



**FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK  
MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS  
DI KELURAHAN SUKAJADI  
KABUPATEN BANYUASIN TAHUN 2009**

**TESIS**

**RENI OKTARINA**

**0806442065**

**PROGRAM STUDI MAGISTER EPIDEMIOLOGI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Reni Oktarina  
NPM : 0806442065  
Tanda Tangan :   
Tanggal : 23 Desember 2010

**RENI OKTARINA**

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA  
EPIDEMIOLOGI KOMUNITAS  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Minum Obat Pada Pengobatan Massal filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin Tahun 2009.

xvii + 72 halaman + 14 tabel + 4 gambar + 3 lampiran

**ABSTRAK**

Penyakit kaki gajah (*Filariasis*) merupakan suatu penyakit infeksi oleh cacing filaria yakni *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Parasit ini ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk. Tahun 2000 WHO menetapkan kesepakatan global untuk eliminasi penyakit kaki gajah. Indonesia telah melaksanakan eliminasi penyakit kaki gajah secara bertahap dimulai pada tahun 2002 di 5 kabupaten percontohan. Obat filariasis diberikan secara gratis kepada masyarakat dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis di daerah endemis. Tetapi masih ada masyarakat yang tidak minum obat filariasis tersebut secara teratur. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini bertujuan melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis di Kabupaten Banyuasin tahun 2009.

Penelitian telah dilakukan di wilayah Puskesmas Sukajadi, Kecamatan Talang Kelapa Sumatera Selatan pada bulan Juli-Agustus 2010 menggunakan desain *cross sectional* dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner kepada 172 responden yang berusia lebih dari 14 tahun. Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden yang minum obat filariasis pada pengobatan massal filariasis di wilayah Puskesmas Sukajadi 79,1 % dan proporsi yang tidak minum obat filariasis 20,9%.

Variabel-variabel yang berhubungan secara bermakna dengan praktik minum obat filariasis adalah pengetahuan dengan OR 2,97, (95% CI : 1,39-6,34), persepsi kerentanan dengan OR 2,22 (95% CI: 1,039 - 4,751), persepsi keseriusan dengan OR 4,3 ( 95% CI : 1,039 - 4,751), persepsi manfaat dengan OR 23,33 (95%CI 8,747 - 64,242) dan persepsi ancaman dengan OR 2,780 (95%CI : 1,310 - 5,900). Dari hasil analisis multivariat, variabel dominan yang berhubungan dengan praktik minum obat adalah persepsi manfaat terhadap pengobatan massal. Perlunya dilakukan peningkatan pengetahuan terutama tentang penularan dan pencegahan serta pelurusan persepsi masyarakat bahwa semua orang dapat tertular filariasis sehingga perlu untuk minum obat filariasis serta peningkatan sosialisasi pengobatan massal.

Kata kunci: Filariasis, MDA, Persepsi

Bacaan : 61 (1968-2009 )

**RENI OKTARINA**

**GRADUATE STUDIES PROGRAM  
COMMUNITY EPIDEMIOLOGY  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Factors Associated With the Ingestion Practices of Mass Drug Administration for the elimination of lymphatic filariasis in Sukajadi Village Banyuasin 2009.

xvii + 72 pages + 14 tables + 4 pictures + 3 appendices

### **ABSTRACT**

*Lymphatic filariasis* is an infectious disease by the *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *Brugia timori*. The parasite is transmitted to humans through mosquito bites. In 2000 the WHO set a global agreement to eliminate elephantiasis disease. Indonesia has conducted filariasis elimination in stages starting in 2002 in five pilot districts. Filariasis drug is given free to the public in the implementation of mass treatment of filariasis in endemic areas. But there are still people who do not take medication regularly filariasis. Accordingly, this study aims to look at the factors related to ingestion practices in the Banyuasin District in 2009.

Research has been conducted in the region Sukajadi PHC, South Sumatra in July-August 2010 using cross-sectional design by conducting interviews using a questionnaire to 172 respondents over the age of 14 years. The results showed the proportion of respondents who take medicine filariasis mass treatment of filariasis in the area of PHC Sukajadi 79.1% and the proportion who do not take medication filariasis 20.9%.

Variables significantly associated with practice of medicine is the knowledge with OR 2.97, (95% CI: 1.39-6.34), perceived susceptibility with OR 2.22 (95% CI: 1.039-4.751), the perceived seriousness with OR 4.3 (95% CI: 1.039-4.751), perceived benefit with OR 23.33 (95% CI 8.747-64.242) and the perception of threat with OR 2.780 (95% CI: 1.310-5.900). From the results of multivariate analysis of the dominant variables associated with the practice of medicine is the perception of the benefits of mass treatment. The need to improve knowledge, especially about transmission and prevention as well as streamlining the public perception that all people can be infected with filariasis and need to take medication as well as increased socialization filariasis mass treatment.

Key words : Filariasis, MDA, Perception

Reference 61 (1963-2009 )

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan Judul

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK  
MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS DI  
KELURAHAN SUKAJADI KABUPATEN BANYUASIN TAHUN 2009**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 23 Desember 2010

Pembimbing



(Prof.dr. Nuning M.K. Masjkuri, MPH, DrPH)

UNIVERSITAS INDONESIA

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 23 Desember 2010

Ketua



( Prof.dr. Nuning M.K. Masjkuri, MPH, DrPH )

Anggota



( dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc )



( dr. Zarfiel Tafal, MPH )



( Drs. Saktiyono, M.Sc )

UNIVERSITAS INDONESIA

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Reni Oktarina  
NPM : 0806442065  
Program Studi : Epidemiologi Komunitas  
Departemen : Epidemiologi  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

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

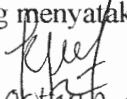
**“ Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Minum Obat Pada Pengobatan Massal filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuwasin Tahun 2009”.**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 23 Desember 2010

Yang menyatakan  
  
(.....*Reni Oktarina*.....)

UNIVERSITAS INDONESIA

**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Reni Oktarina

NPM : 0806442065

Program studi : Epidemiologi

Kekhususan : Epidemiologi Komunitas

Angkatan : 2008/2009

Jenjang : Magister

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

**“Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada pengobatan massal di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009”**

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

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 Desember 2010

METERAI  
TEMPEL  
PALEMBANG  
TGL  
F7D3AAAF362412755  
ENAM RIBU RUPIAH  
6000  
DJP  
Reni Oktarina

UNIVERSITAS INDONESIA



**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Reni Oktarina

Tempat/Tanggal Lahir : Pangkalan Balai / 2 Oktober 1982

Alamat : Jl. Merdeka, No 80 Pangkalan Balai Sum-sel

Alamat Instansi : Jl. Ahmad Yani KM-7 Kemelak Baturaja OKU

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 2 Pangkalan Balai, Lulus Tahun 1994
2. SMPN 1 Banyuasin III, Lulus Tahun 1997
3. SMAN 1 Banyuasin III, Lulus tahun 2000
4. Universitas Sriwijaya, Lulus tahun 2004

Riwayat pekerjaan :

1. Staf Lokalitbang P2B2 Baturaja dari 2005 s.d sekarang.

## KATA PENGANTAR

### *Bismillahirrahmanirrohim,*

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.

Sebelumnya perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada kedua orang tua tercinta H. Achmad Kosim dan Hj. Juhairiah yang telah mendidik dan memberikan dukungan kepada penulis dari kecil sampai penulis menyelesaikan pendidikan sekarang ini. Terima kasih juga kepada suami tercinta Mardiyanto Amrullah yang telah mengijinkan dan merelakan waktunya ditinggalkan penulis untuk menyelesaikan pendidikan di FKM UI. Serta terima kasih kepada kedua Ayah-Ibu mertua Zakaria Mahfi dan Nuraini Daud dan adik-adik yang selalu memberikan dukungannya kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan di FKM UI.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapatkan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan semua pihak akhirnya tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Prof. dr. Nuning M.K. Masjkury, MPH, Dr.PH selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta arahan kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan penelitian ini. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga tak lupa penulis sampaikan kepada :

1. Bapak dr.Tri Yunis Miko, M.Sc Selaku penguji tesis dari awal ujian proposal yang telah memberikan saran dalam penyusunan tesis dan meluangkan waktu untuk menguji hasil penelitian.
2. Bapak dr. Zarfiel Tafal, MPH selaku penguji yang bersedia meluangkan waktu untuk menguji hasil penelitian dan memberikan saran-saran untuk perbaikan penelitian.

3. Bapak Drs. Saktiyono, M.Sc selaku Kasubdit filariasis dan Schistomiasis Kemenkes RI, yang telah meluangkan waktunya untuk menguji hasil penelitian dan memberikan saran-saran untuk perbaikan penelitian.
4. Bapak Akhmad Saikhu, MSc.PH dan Yulian Taviv, M.Si Selaku Kepala Lokalitbang P2B2 Baturaja yang telah mengizinkan penulis untuk melanjutkan pendidikan di FKM UI, serta teman-teman sejawat yang telah memberikan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan.
5. Kepala Dinas Kesehatan Banyuwasin, Kepala Puskesmas Sukajadi yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian serta Bapak Rahman yang telah membantu penulis mengumpulkan data dilapangan.
6. Teman-teman seperjuangan di FKM UI angkatan 2008, Mb Desi, Bu Tri, Mb Ana, Mb Reni, Mb Irma, Uci, Bu Erni, Bu Rita, Mb ika, Rian, Mb Ita dan sahabat lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu, serta abang Fafan yang rela menjadi seksi sibuk setiap ujian.

Penulis sadar penelitian ini masih banyak kekurangan pada penelitian ini, dan itu bersumber dari penulis, namun penulis berharap penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Akhirnya penulis memanjatkan doa semoga kebaikan semua pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini mendapatkan balasan kebaikan dari Allah SWT. Aminn

Penulis

## DAFTAR ISI

JUDUL	Halaman
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI.....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vi</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR ISTILAH.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan Umum.....	6
1.4.2. Tujuan Khusus.....	6
1.5. Manfaat Penelitian.....	7
1.6. Ruang Lingkup.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....</b>	<b>9</b>
2.1. Filariasis.....	9
2.1.1. Definisi Filariasis.....	9
2.1.2. Gejala Filariasis.....	9
2.1.3. Penyebab .....	9
2.1.4. Diagnosis.....	10
2.1.5. Vektor.....	11
2.1.6. Reservoir dan Cara Penularan.....	12
2.2. Program Eliminasi Filariasis .....	12
2.2.1. Pengobatan Massal .....	14
2.2.2. Monitoring dan Evaluasi.....	15
2.2.3. Penatalaksanaan Kasus klinis.....	15
2.3. Perencanaan Pengobatan Massal .....	16

2.4.	Tatalaksana Pengobatan Massal .....	16
2.4.1.	Penyiapan Masyarakat .....	17
2.4.2.	Pelaksanaan Pengobatan Massal .....	17
2.4.3.	Sasaran Pengobatan Massal .....	17
2.4.4.	Distribusi Obat .....	18
2.5.	Jenis Obat dan Cara Pemberian.....	19
2.5.1.	Diethyl Carbamazine Citrate (DEC).....	19
2.5.2.	Albendazole.....	19
2.5.3.	Obat Reaksi Pengobatan.....	20
2.5.4.	Dosis Obat.....	21
2.5.5.	Efek Samping Obat .....	21
2.6.	Tenaga Pelaksana Eliminasi dan Kontrol Petugas.....	22
2.7.	Konsep Perilaku Kesehatan .....	23
2.7.1.	Persepsi .....	24
2.7.2.	Persepsi terhadap Gejala.....	25
2.7.3.	Cara mengukur persepsi.....	26
2.7.4.	Model Keyakinan Kesehatan .....	27
2.8.	Determinan Perilaku kesehatan .....	32
2.9.	Kerangka Teori .....	34
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>35</b>
3.1.	Kerangka Konsep.....	35
3.2.	Definisi Operasional .....	36
3.3.	Hipotesis .....	40
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>41</b>
4.1.	Disain Penelitian.....	41
4.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
4.3.	Populasi Sampel dan Besaran Sampel.....	41
4.3.1.	Populasi .....	41
4.3.2.	Sampel.....	41
4.3.3.	Kriteria Inklusi.....	42
4.3.4.	Kriteria Eklusi.....	42
4.3.5.	Besaran Sampel.....	42
4.4.	Cara Pengambilan Sampel.....	44
4.5.	Pengumpulan Data.....	44
4.6.	Alat Pengumpulan Data.....	44
4.7.	Pengolahan Data dan Analisa Data.....	45
4.7.1	Analisis Univariat.....	45

	4.7.2. Analisis Bivariat.....	45
	4.7.3. Analisis Multivariat.....	47
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>48</b>
	5.1. Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	48
	5.2. Pelaksanaan Penelitian.....	48
	5.3. Analisis Univariat.....	49
	5.3.1. Variable Dependen.....	49
	5.3.2. Variabel Independen.....	49
	5.4. Analisis Bivariat.....	52
	5.5. Analisis Multivariat.....	56
	5.5.1 Pemilihan Kandidat Model.....	57
	5.5.2. Analisis Model Awal.....	58
	5.5.3. Analisis Model Akhir.....	58
	5.5.4. Factor yang Paling Dominan.....	59
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>60</b>
	6.1. Keterbatasan Penelitian.....	60
	6.2. Proporsi Minum Obat.....	61
	6.3. Faktor yang berhubungan dengan praktik minum Obat filariasis.....	62
	6.4. Faktor yang Paling Dominan.....	71
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>72</b>
	7.1. Kesimpulan.....	72
	7.2. Saran.....	72

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan.....	21
Tabel 2.2. Dosis obat Berdasarkan Umur.....	21
Tabel 3.1. Definisi Operasional Faktor-faktor yang mempengaruhi praktik minum obat pada pengobatan massal filariasis di Kab. Banyuasin.....	36
Tabel 4.1. Analisa Perhitungan Odds Rasio.....	46
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Perilaku Minum Obat filariasis Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	49
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	50
Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	50
Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	51
Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Kontrol Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	51
Tabel 5.6. Hubungan Antara Variabel Independen dengan Praktik Minum Obat Filariasis di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009.....	52
Tabel 5.7. Hasil Seleksi Bivariat dan Variabel Yang Menjadi Kandidat Model Masuk ke Dalam Analisis Multivariat.....	57
Tabel 5.8. Analisis Kandidat Model Awal yang masuk ke Analisis Multivariat.....	57
Tabel 5.9. Hasil Analisis Model Awal Setelah Variabel Pendidikan dikeluarkan.....	58
Tabel 5.10. Hasil Analisis Model Akhir .....	58

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	35
Gambar 4.1 Diagram Pengambilan Sampel.....	44





**DAFTAR SINGKATAN**

DEC	: Diethyl Carbamazine Citrate
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DO	: Drop Out
GAELF	: Global Alliance For Elimination Of Lymfatic Filariasis
KIE	: Komunikasi, informasi dan edukasi
Ma. uniformis	: Mansonia uniformis
MDA	: Mass Drug Administration
Mf rate	: Microfilaria rate
OR	: Odds Ratio
PR	: Prevalence ratio
TB	: Tuberculosis
TPE	: Tenaga Pelaksana Eliminasi
WHA	: World Health Assembly
WHO	: World Health Organization



## DAFTAR ISTILAH

Adenolimfangitis	:	Peradangan saluran dan kelenjar limfe
Epididimitis	:	Peradangan pada Epididimus
Hidrokel	:	Pelebaran kantung buah zakar karena terkumpulnya cairan limfe di dalam tunica vaginalis testis
Limfedema	:	Pembengkakan yang terjadi pada kaki, lengan, skrotum, penis, vulva vagina dan payudara.
Limfadenitis	:	Peradangan pada kelenjar limfe
Limfangitis	:	Peradangan pada saluran limfe
Orkitis	:	Peradangan pada buah pelir
Mf rate	:	Angka infeksi mikrofilaria, angka ini didapatkan dari jumlah sediaan darah positif mikrofilaria di bagi jumlah semua penduduk yang di periksa sediaan darahnya.
Occult filariasis	:	Adanya mikrofilaria degeneratif dalam jaringan limfe, paru dan hati bukan dalam aliran darah
Kiluria	:	Kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah ginjal oleh cacing dewasa sehingga cairan limfe dan darah masuk kedalam saluran kemih
Nodul	:	Benjolan kecil
Ulkus	:	Luka pada

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Penyakit kaki gajah (*Filariasis*) merupakan suatu penyakit infeksi oleh cacing filaria yakni *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Parasit ini ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk dan berkembang menjadi cacing dewasa dalam kelenjar limfe sehingga menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik dan *limfadema* (WHO, 2010).

Meskipun filariasis tidak menyebabkan kematian tetapi merupakan penyebab utama timbulnya kecacatan, stigma sosial, hambatan psikososial yang menetap dan menurunkan produktivitas kerja individu, keluarga dan masyarakat sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi keluarga (Dinkes Propinsi NTT, 2004).

Filariasis tersebar hampir di seluruh wilayah Indonesia, di beberapa daerah mempunyai tingkat endemisitas yang cukup tinggi, terutama semua daerah di Sumatera dan Kalimantan yang telah terpetakan menjadi daerah endemis filariasis. Sampai tahun 2008 Depkes melaporkan jumlah kasus kronis filariasis secara kumulatif sebanyak 11.699 kasus kronis dan meningkat lagi menjadi 11.914 kasus kronis pada tahun 2009. Jumlah kasus klinis tersebut belum dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya karena kemungkinan masih ada kasus yang belum dilaporkan. Bila tidak segera dilakukan pengobatan akan menjadi cacat menetap (Depkes, 2008).

Propinsi Sumatera Selatan merupakan salah satu daerah endemis filariasis di Indonesia. Jumlah kasus filariasis kronis yang ditemukan semakin meningkat dari tahun 2003 sampai 2008 dari 91 kasus menjadi 210 kasus. Peningkatan ini disebabkan karena peningkatan surveilans terhadap kasus filariasis sehingga banyak ditemukan kasus baru (Depkes, 2008).

Kabupaten Banyuasin merupakan salah satu kabupaten endemis filariasis di Sumatera Selatan. Hampir seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Banyuasin merupakan daerah endemis filariasis. Sampai tahun 2009 tercatat 130 kasus

merupakan daerah endemis filariasis. Sampai tahun 2009 tercatat 130 kasus filariasis kronis yang tersebar di 52 desa di 15 kecamatan. Data ini juga belum menunjukkan data yang sebenarnya karena hanya laporan 16 puskesmas dari 28 puskesmas yang ada. Sedangkan tingkat endemisitas penyakit kaki gajah berdasarkan survey tahun 1983-2000 rata-rata *Mf rate* (mikrofilaria rate) 2, 202%. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat penularan masih cukup tinggi di bandingkan dengan standar nasional dimana *Mf rate* yang diharapkan dibawah 1% (Dinkes Kab.Banyuasin, 2009).

Dalam laporan yang di publikasikan tahun 2009, WHO menyatakan bahwa filariasis limfatik merupakan penyakit endemis di 81 negara dan 71 negara diantaranya memerlukan pengobatan massal. Pengobatan massal dilakukan apabila suatu daerah mempunyai *Mf rate*  $\geq 1\%$ . Pengobatan massal telah dilaksanakan di 51 negara endemis, dengan hasil pengobatan massal setelah 5-6 putaran menunjukkan penurunan angka kejadian mikrofilaremia. Di Burkina Faso pengobatan massal menurunkan angka kejadian mikrofilaremia sebanyak 62%-92%, di Comoros, Ghana dan Togo turun 73%-100%, dan di India 81%-93%. Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, pengobatan massal dapat mencegah kecacatan pada 32 juta orang dan sekitar 6.6 juta neonatus terhindar dari infeksi filaria (WHO, 2009).

Sejak tahun 1975 Indonesia telah melakukan program pemberantasan penyakit kaki gajah di daerah endemis. Namun karena luasnya daerah yang endemis dan terbatasnya dana dan sarana, tidak banyak yang dapat dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit tersebut. Tahun 1994 WHO menyatakan bahwa penyakit kaki gajah dapat di eliminasi, dan tahun 2000 WHO menetapkan kesepakatan global untuk eliminasi penyakit kaki gajah (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*). Program eliminasi penyakit kaki gajah tersebut dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan DEC (*Diethyl Carbamazine Citrate*) dan Albendazol setahun sekali selama 5 tahun berturut-turut di lokasi yang endemis untuk mengurangi jumlah penderitanya dan perawatan kasus klinis, baik yang akut maupun kronis untuk mencegah dan mengurangi kecacatan pada penderitanya. Pada April 2002 di Desa Mainan

mencanangkan dimulainya eliminasi penyakit kaki gajah dan menetapkannya sebagai salah satu program prioritas (Depkes, 2008).

Indonesia telah melaksanakan eliminasi penyakit kaki gajah secara bertahap dimulai pada tahun 2002 di 5 kabupaten percontohan. Perluasan wilayah akan dilaksanakan setiap tahun. Pada tahun 2008 target pengobatan massal adalah 29,7 juta penduduk, sedangkan yang terealisasi adalah 12,3 juta (41,34%) penduduk sasaran yang mendapat pengobatan massal filariasis. Sampai saat ini, beberapa kabupaten/ kota sedang melaksanakan pengobatan massal (Depkes, 2008).

Kabupaten Banyuasin telah melaksanakan pengobatan massal sejak tahun 2002 di 20 desa percontohan, sampai tahun 2008 jumlah desa yang telah melakukan pengobatan massal menjadi 68 desa. Pada tahap pertama tahun 2002, cakupan pengobatan hanya 19,43% dan meningkat pada tahap selanjutnya menjadi 77,14%, 77,91%, 74,67%, 78,81%, 73,42%, 80,87%, 85,66%, dan menurun lagi pada tahun 2009 menjadi 63,67%. Berdasarkan hasil penelitian Santoso dkk (2006), di Desa Sungai Rengit Kabupaten Banyuasin hanya 11,1% responden yang mengaku pernah minum obat filariasis (Dinkes Kab. Banyuasin, 2009).

Tingkat kepatuhan pengobatan massal di Orissa India meningkat setelah beberapa tahap pengobatan pada beberapa daerah dan menurun pada daerah lainnya seperti di Leogone Haiti. Faktor yang berkontribusi dalam kegagalan pengobatan massal filariasis adanya perbedaan target populasi, ketakutan akan efek samping obat, ketidakpercayaan kepada program pemerintah, dan kegagalan tidak menerima obat (Babu BV, 2004).

Hasil penelitian Setouthy (2007) di Mesir menunjukkan pentingnya kepatuhan minum obat pada program pengobatan massal filariasis. Tingkat kepatuhan minum obat yang tinggi (>85%) memperlihatkan bahwa 2 tahap pengobatan sama efektifnya dengan 5 tahapan pengobatan massal untuk menurunkan angka infeksi filariasis di masyarakat. Sehingga ada kemungkinan dapat mengeliminasi filariasis kurang dari 5 kali tahap pengobatan di daerah dengan kepatuhan tinggi tetapi butuh lebih dari 5 kali pengobatan pada daerah dengan tingkat kepatuhan yang rendah.

Green (1980) mengidentifikasi bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan norma; faktor pemungkin seperti ketersediaan sumber daya, keterjangkauan atau akses ke pelayanan; serta faktor penguat seperti sikap dan perilaku petugas, tokoh masyarakat, keluarga. Sedangkan menurut Becker (1979) dalam teori *Health Belief Model* menyatakan bahwa mereka yang rentan terhadap masalah kesehatan, menganggap serius masalah, yakin terhadap efektivitas pengobatan dapat menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

Dalam pelaksanaan program pengobatan massal di Kabupaten Banyuasin tidak semua masyarakat berpartisipasi dalam pengobatan massal filariasis, ini terlihat dari rendahnya cakupan pengobatan massal yang masih di bawah standar yang ditetapkan yakni >80%. Menurut Tomar dan Kusnanto (2007) rendahnya cakupan bukan hanya disebabkan oleh kurangnya partisipasi masyarakat tetapi juga jauhnya jarak pemukiman masyarakat dari tempat pelaksanaan pengobatan massal, kurangnya informasi yang sampai kepada masyarakat tentang pelaksanaan pengobatan massal serta adanya efek samping obat filariasis itu sendiri. Untuk meningkatkan cakupan pengobatan massal filariasis dan kepatuhan minum obat tergantung pada ketersediaan obat, efisiensi sistem distribusi obat, motivasi dari tenaga pelaksana dan penyuluhan kepada masyarakat serta komitmen pejabat politik dan pemerintah daerah setempat (Depkes, 2008).

Peningkatan cakupan pengobatan massal merupakan salah satu faktor yang penting dalam keberhasilan program pengobatan massal filariasis. Sehingga perlu untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada pengobatan massal di Kabupaten Banyuasin untuk membantu mencapai target cakupan yang akhirnya akan menurunkan infeksi filariasis.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Sejak tahun 2002 Kabupaten Banyuasin telah melaksanakan kegiatan pengobatan massal di beberapa kecamatan namun cakupan pengobatan massal filariasis masih rendah. Angka cakupan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Banyuasin secara keseluruhan setiap tahun masih dibawah standar nasional yakni

filariasis masih rendah. Angka cakupan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Banyuasin secara keseluruhan setiap tahun masih dibawah standar nasional yakni 85%. Hal ini menunjukkan masih banyak penduduk yang belum minum obat filariasis, sehingga berisiko untuk menderita filariasis (Dinkes Kab.Banyuasin, 2009).

Pengobatan massal filariasis menjadi salah satu strategi dalam pelaksanaan eliminasi penyakit kaki gajah yang di dukung oleh WHA (*World Health Assembly*). Obat filariasis diberikan secara gratis kepada masyarakat dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis di daerah endemis. Tetapi masih ada masyarakat yang tidak minum obat filariasis tersebut secara teratur. Masyarakat yang tidak minum obat filariasis karena memang tidak menerima obat dan ada yang menerima obat tetapi tidak mau minum obat tersebut. Menurut hasil penelitian Suherni (2008), responden tidak menerima obat filariasis karena tidak tahu ada pengobatan massal dan tidak berada di tempat saat pelaksanaan pengobatan massal. Adanya efek samping obat filariasis menyebabkan responden yang menerima obat filariasis tidak mau minum obat filariasis yang diberikan. Ketidapatuhan individu dalam program pengobatan massal dapat menyebabkan individu tersebut menjadi reservoir yang memungkinkan timbulnya infeksi lagi (Liang. L, 2007).

Keberhasilan program pengobatan massal dipengaruhi berbagai faktor. Salah satunya adalah tergantung pada keputusan masyarakat untuk minum atau tidak minum obat yang telah dibagikan oleh petugas kesehatan. Keputusan tersebut dipengaruhi oleh persepsi tentang kerentanan penyakit, persepsi terhadap keseriusan penyakit, persepsi terhadap manfaat dan hambatan dalam pengobatan serta persepsi terhadap ancaman penyakit filariasis itu sendiri. Menurut Glanz (1997) persepsi tersebut dipengaruhi oleh variabel demografi (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya), variabel sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial) dan variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah). Persepsi ini penting diketahui untuk menentukan apakah individu akan mengambil keputusan untuk minum obat filariasis tersebut.

Masih sedikit penelitian mengenai perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal, diantaranya adalah penelitian Suherni (2007) di Bandung

Jawa Barat yang menunjukkan faktor yang paling berkontribusi adalah distribusi obat dan jenis sosialisasi pengobatan, dan penelitian Kusumawardani (2009) di Depok Jawa Barat hanya melihat deskripsi faktor predisposisi perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal filariasis di Depok.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai praktik minum obat filariasis dalam pelaksanaan pengobatan massal di Kabupaten Banyuasin Tahun 2009 dengan menggunakan model kepercayaan kesehatan untuk melihat hubungan antara persepsi individu, faktor pengetahuan dan adanya kontrol petugas dengan keputusan individu untuk minum atau tidak minum obat filariasis yang telah diberikan.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dikemukakan maka pertanyaan penelitian :

1. Bagaimana gambaran praktik minum obat filariasis pada pengobatan massal di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
3. Faktor apa yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum :**

Diketuinya faktor faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Banyuasin tahun 2009.

#### **1.4.2. Tujuan Khusus :**

1. Diketuinya proporsi minum obat dan tidak minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.



2. Diketuainya hubungan antara karakteristik individu (umur, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin) dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
3. Diketuainya hubungan antara pengetahuan tentang filariasis dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
4. Diketuainya hubungan antara persepsi kerentanan penyakit dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
5. Diketuainya hubungan antara persepsi keseriusan penyakit dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
6. Diketuainya hubungan antara persepsi manfaat minum obat filariasis dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
7. Diketuainya hubungan antara persepsi hambatan untuk minum obat filariasis dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
8. Diketuainya hubungan antara persepsi ancaman/bahaya penyakit dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
9. Diketuainya hubungan antara adanya kontrol petugas pemberi obat dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
10. Diketuainya faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuasin dalam proses pengambilan

- keputusan dalam upaya meningkatkan pelaksanaan pengobatan massal program eliminasi penyakit kaki gajah.
2. Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi referensi ilmiah dan dasar untuk penelitian lebih lanjut.
  3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur penelitian di bidang kesehatan mengenai pengobatan massal filariasis.

#### **1.6. Ruang Lingkup**

Penelitian ini akan melihat faktor faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis di Kabupaten Banyuasin tahun 2009. Pada penelitian ini akan dilihat hubungan antara karakteristik individu (faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), persepi (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat dan rintangan), pengetahuan tentang filariasis, adanya kontrol petugas pemberi obat filariasis dengan praktik minum obat filariasis pada pengobatan massal pada tahun 2009.

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah Puskesmas Sukajadi, Kecamatan Talang Kelapa Sumatera Selatan pada bulan Juli-Agustus 2010. Wilayah Puskesmas ini dipilih karena pada tahun 2009 wilayah Puskesmas ini telah selesai melaksanakan kegiatan pengobatan massal filariasis tahap kedua pada tahun 2009.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Kerangka sampel diambil berdasarkan data kartu berobat filariasis yang diperoleh dari kader desa atau tenaga pelaksana eliminasi pada kegiatan pengobatan massal filariasis tahun 2009. Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner kepada masyarakat yang berusia lebih dari 14, tahun karena pada umur tersebut diasumsikan responden dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ada pada kuesioner.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Filariasis

##### 2.1.1. Definisi

Filariasis atau penyakit kaki gajah adalah suatu infeksi sistemik yang disebabkan oleh cacing filaria yang cacing dewasanya hidup dalam saluran limfe dan kelenjar limfe manusia dan ditularkan oleh nyamuk secara biologik (Soedarto,1990). *Mikrofilaria* hidup di dalam darah dan terdapat di aliran darah tepi pada waktu-waktu tertentu saja, umumnya pada malam hari (Sutanto, 2008).

Sedangkan menurut Bell (1995), cacing gelang penyebab filariasis yang ditularkan melalui nyamuk dapat bersifat zoonotik dan menimbulkan perbesaran yang menyolok dan cacat pada anggota tubuh.

##### 2.1.2. Gejala Filariasis

Gejala klinis filariasis disebabkan oleh *mikrofilaria* dan cacing dewasa baik yang hidup maupun yang telah mati. *Mikrofilaria* biasanya tidak menimbulkan kelainan tetapi dalam keadaan tertentu dapat menyebabkan *occult filariasis*. Sedangkan cacing dewasa dapat menimbulkan limfadenitis dan limfangitis retrograde dalam stadium akut (Sutanto,2008).

Pada dasarnya gejala yang ditimbulkan disebabkan oleh adanya fase radang dan fase obstruksi. Pada fase radang akan terjadi limfangitis akut sebagai gejala awal dan terjadi pada ekstremitas bawah, demam sampai 40 derajat celsius disertai menggigil. Daerah yang terserang menjadi merah, nyeri dan membengkak sehingga seringkali saluran limfe dapat diraba. Selain itu sering dijumpai limfadenitis, orkitis, funikulitis dan abses pada lipat paha dan ketiak. Sedangkan akibat obstruksi akan terjadi varises limfe, hidrokkel, kiluria (Soedarto, 1990).

##### 2.1.3. Penyebab

Filaria di Indonesia disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu; *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori* (Soedarto,1990). *Mikrofilaria* mempunyai periodisitas tertentu, artinya, *mikrofilaria* berada pada

darah tepi pada waktu tertentu saja. Secara epidemiologi cacing filaria dibagi menjadi 6 tipe yaitu (Depkes, 2008).

- a. *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan (urban)  
Ditemukan di daerah perkotaan seperti Jakarta, Bekasi, Tangerang, Semarang, Pekalongan yang ditularkan oleh nyamuk *Culex quinquefasciatus* yang berkembang biak di air limbah rumah tangga.
- b. *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan (rural)  
Ditemukan didaerah pedesaan di luar Jawa, terutama tersebar luas di Papua dan Nusa Tenggara Timur, mempunyai periodisitas nokturna yang ditularkan melalui berbagai spesies nyamuk *Anopheles*, *Culex* dan *Aedes*.
- c. *Brugia malayi* tipe periodik nokturna  
Wuchereria di temukan di darah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbirostris* yang ditemukan di daerah persawahan yang tersebar di Sulawesi (Depkes,2008).
- d. *Brugia malayi* tipe subperiodik nokturna  
Wuchereria ditemukan di darah tepi pada siang dan malam hari, tetapi lebih banyak ditemukan pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia spp* yang ditemukan di daerah rawa di Sumatera Selatan.
- e. *Brugia malayi* tipe non periodik  
Wuchereria ditemukan di darah tepi baik malam maupun siang hari. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia bonnae* dan *Mansonia uniformis* yang ditemukan di hutan rimba di daerah Kalimantan Timur (Sudjadi,1996).
- f. *Brugia timori* tipe periodik nokturna  
Wuchereria ditemukan di darah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbirostris* yang ditemukan di daerah persawahan di Nusa Tenggara Timur dan Maluku Tenggara.

#### 2.1.4. Diagnosis

*Mikrofilaria* dapat dengan mudah dideteksi pada waktu *mikrofilaria* maksimal dalam darah tepi. *Mikrofilaria* yang mempunyai periodesitas nokturnal, konsentrasi maksimal terjadi pada pukul 22.00-02.00 malam, sedangkan *Mikrofilaria* yang mempunyai periodesitas diurnal, konsentrasi maksimalnya

terjadi pada siang hari. *Mikrofilaria* hidup dapat dilihat dengan mikroskop kekuatan rendah pada tetesan darah tepi pada slide atau pada darah yang sudah dihemolisa. Pewarnaan dengan giemsa untuk sediaan darah tebal maupun tipis dapat dipakai untuk mengidentifikasi spesies dari *mikrofilaria* (Chin, 2006). Teknik yang lebih sensitif untuk *W.bancrofti* menggunakan ELISA atau *immunocromatic test card*. Cacing dewasa dalam sarang dapat didiagnosa dengan gelombang ultra, terlihat sebagai *filarial dancing sign* (Weil, 1997).

Umumnya diagnosis diarahkan untuk mendeteksi *Mikrofilaria* atau antigen yang bersirkulasi dalam darah. Beberapa diagnosis yang dikembangkan diantaranya pemeriksaan mikroskopis, serologis dan molekuler. Untuk uji serologis dan molekuler kurang praktis untuk di lapangan terutama di daerah endemis, namun dapat diaplikasikan pada daerah non endemik filariasis (Haryuningtyas, D dan Subekti, Didik T, 2006).

#### 2.1.5. Vektor

Di Indonesia hingga saat ini telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres* yang menjadi vektor *filariasis*. Sepuluh spesies nyamuk *Anopheles* diidentifikasi sebagai vektor *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan. *Culex quinquefasciatus* merupakan vektor *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan. Enam spesies *mansonia* merupakan vektor *Brugia malayi*. Di Indonesia bagian timur *Mansonia* dan *Anopheles barbirostris* merupakan vektor *filaria* yang penting. Beberapa spesies *Mansonia* dapat menjadi vektor *Brugia malayi* tipe subperiodic nokturna. Sementara *Anopheles barbirostris* merupakan vektor penting terhadap *Brugia timori* yang terdapat di Nusa Tenggara Timur dan Kepulauan Maluku Selatan (Depkes, 2008).

Untuk melaksanakan pemberantasan vektor filariasis, perlu mengetahui bionomic vektor yang mencakup tempat berkembang biak, perilaku menggigit dan tempat istirahat. Setiap daerah mempunyai spesies nyamuk yang berbeda beda, pada umumnya terdapat beberapa spesies nyamuk sebagai vektor utama dan spesies lain hanya merupakan vektor potensial.

Hasil penelitian Santoso. dkk (2006) di Desa Sungai Rengit Kabupaten Banyuasin, nyamuk yang dominan tertangkap adalah *Ma. uniformis* yang telah

dikonfirmasi sebagai vektor utama filariasis di Sumatera Selatan. Pada studi komunitas nyamuk di Desa Sebus Kabupaten Banyuasin didapatkan spesies nyamuk antara lain *Ma.boninae/dives*, *Ma.uniformis*, *Cx spp*, *An separatus* dan *Aedes aegypti* (Ambarita, 2004). Walaupun banyak jenis nyamuk yang tertangkap namun tidak semua merupakan vektor filariasis. *Ma.uniformis* dan *An. nigerimus* merupakan vektor filariasis yang telah dikonfirmasi sebagai vektor utama filariasis di Sumatera Selatan (Depkes, 2008).

Pengendalian nyamuk sebagai vektor penular filariasis dilaksanakan untuk memutus rantai penularan. Dilaksanakan secara terpadu dengan pengendalian vektor malaria, demam berdarah dan pengendalian vektor lainnya (Depkes, 2008).

#### **2.1.6. Cara Penularan dan Reservoir**

Penyakit ini ditularkan melalui nyamuk yang menghisap darah seseorang yang telah tertular sebelumnya. Seseorang dapat tertular atau terinfeksi penyakit kaki gajah apabila orang tersebut digigit nyamuk yang infeksius yaitu nyamuk yang mengandung larva stadium III (L3). Nyamuk tersebut mendapat *mikrofilaria* sewaktu menghisap darah penderita yang mengandung *mikrofilaria* atau binatang reservoir yang mengandung *mikrofilaria*. Siklus penularan penyakit kaki gajah ini melalui dua tahap, yaitu perkembangan dalam tubuh nyamuk (vector) dan tahap kedua perkembangan dalam tubuh manusia (hospes) dan reservoir (Depkes, 2008).

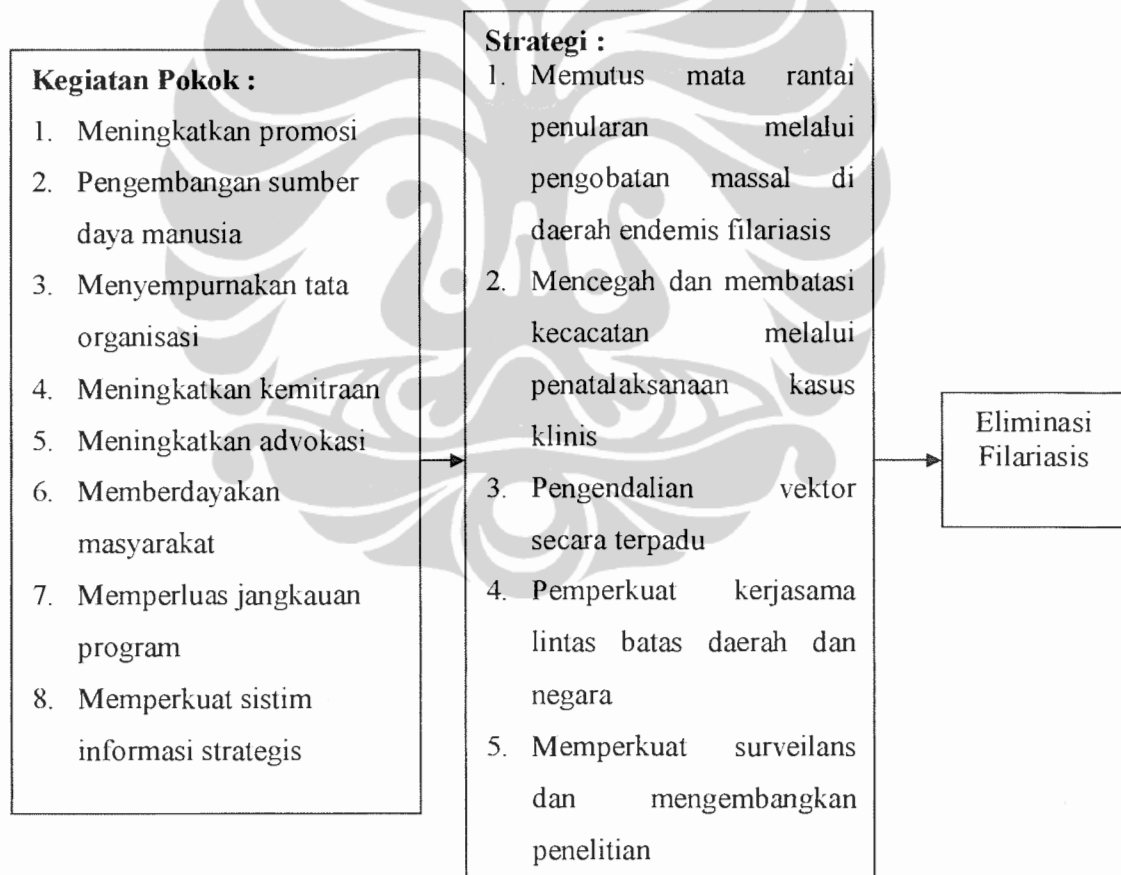
Bila manusia digigit oleh nyamuk yang mengandung larva stadium III (L3) maka larva stadium III (L3) akan menempel di kulit dan menembus kulit melalui luka tusuk dan melalui sistem limpa ke kelenjar getah bening. Cacing akan berkembang biak menghasilkan *mikrofilaria* dalam darah dan akan menginfeksi nyamuk yang menggigit (Bell, 1995).

Beberapa jenis hewan dapat berperan sebagai sumber penularan (hewan reservoir) seperti lutung (*Presbytis cristatus*), kera (*Macaca fascicularis*) dan kucing (*Felis catus*). Pengendalian filariasis pada hewan reservoir tidak mudah sehingga menyulitkan upaya pemberantasan filariasis pada manusia (Depkes, 2008).

## 2.2. Program Eliminasi Filariasis

Eliminasi filariasis adalah tercapainya suatu keadaan dimana penularan filariasis di masyarakat sedemikian rendahnya sehingga penyakit ini tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat (Depkes,2008). Eliminasi filariasis merupakan salah satu prioritas nasional program pemberantasan penyakit menular. Dua strategi pokok yang digunakan adalah dengan pengobatan massal atau *Mass Drug Administration* (MDA) dengan menggunakan kombinasi obat DEC dan *Albendazole* dan mengurangi kecacatan terhadap penderita kronis dengan cara penatalaksanaan kasus kronis filariasis (Dinkes Propinsi NTT, 2005). Berikut skema eliminasi filariasis, strategi dan kegiatan pokoknya :

Bagan 2.1. Skema eliminasi filariasis, strategi dan kegiatan pokoknya :



Sumber : Depkes, 2008

### 2.2.1. Pengobatan Massal Filariasis

Pengobatan massal putaran pertama di tingkat nasional yang mengikuti pendoman *Global Alliance for the Elimination of Lymphatic Filariasis (GAELF)* dimulai pada tahun 2002 dan menjangkau rata-rata 79% dari 250.000 penduduk berisiko di Indonesia (WHO, 2003).

Program pengobatan massal dilakukan di Kabupaten/Kota endemis yang mempunyai angka mikrofilaria  $\geq 1\%$ . Penentuan Kabupaten/Kota endemis dilakukan dengan melaksanakan survey *mikrofilaria* (survey darah jari) di desa dengan jumlah kasus klinis terbanyak. Sebelum melakukan pengobatan massal, Kabupaten/Kota yang telah ditetapkan sebagai Kabupaten/Kota endemis perlu melakukan survey data dasar di minimal 2 desa berdasarkan jumlah kasus klinis terbanyak (Depkes, 2008).

Pengobatan massal dilakukan pada semua penduduk Kabupaten/Kota, sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut. Pengobatan massal dapat dilakukan serentak pada seluruh wilayah Kabupaten/Kota, atau secara bertahap per kecamatan sesuai dengan kemampuan daerah dalam mengalokasikan anggaran daerah untuk kegiatan pengobatan massal. Pengobatan massal secara bertahap harus dapat diselesaikan di seluruh wilayah Kabupaten/Kota dalam kurun waktu 5-7 tahun agar tidak terjadi reinfeksi (Depkes, 2008).

Kabupaten Banyuasin melakukan pengobatan massal filariasis secara bertahap. Pelaksanaan pengobatan massal dimulai dari kecamatan yang dengan tingkat *Mf rate* yang tertinggi dan kemudian disusul dengan kecamatan-kecamatan yang berdekatan pada putaran-putaran selanjutnya (Dinkes Banyuasin, 2009).

Pelaksanaan pengobatan massal filariasis yang dilakukan dalam waktu lama, yakni sekali setahun selama 5 tahun berturut-turut dan adanya efek samping obat filariasis dapat menyebabkan *drop out* yang tinggi (Depkes, 2008). Hal sama juga terjadi pada pengobatan kusta dan pengobatan TB dimana salah satu penyebab tingginya *drop out* berobat karena adanya efek samping obat (Syaumaryadi, 2000).



### 2.2.2. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi pengobatan massal merupakan hal yang sangat penting dalam program pengobatan massal filariasis. Hal yang perlu dilakukan dalam rangka monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengobatan massal adalah :

- a. Melakukan monitoring cakupan pengobatan massal setiap tahun setelah pengobatan massal.
- b. Melakukan survey cakupan pengobatan massal setelah pelaksanaan pengobatan massal tahap pertama.
- c. Melakukan survey evaluasi prevalensi mikrofilaria sebelum pengobatan massal tahun ketiga dan kelima (Depkes, 2008)

Setelah pengobatan massal tahun kelima selesai dilaksanakan di suatu Kabupaten/kota, dilakukan penilaian untuk menentukan apakah filariasis telah berhasil dieliminasi dari Kabupaten/Kota tersebut Apabila setelah pengobatan tahap kelima selesai dan hasil evaluasi dinyatakan berhasil, maka Kabupaten tersebut mendapatkan sertifikasi bebas filariasis (Depkes, 2008).

### 2.2.3. Penatalaksanaan Kasus

#### a. Penatalaksanaan Kasus klinis

Penatalaksanaan kasus klinis dilakukan terhadap semua kasus klinis yang ditemukan untuk mencegah dan mengurangi kecacatan. Penatalaksanaan kasus dilakukan dengan pemberian obat dan perawatan terhadap kasus klinis.

#### b. Penatalaksanaan Kasus Asimtomatis

Setiap orang sehat yang ditemukan mikrofilaria dalam darahnya mendapatkan pengobatan yang memadai agar tidak menderita kasus klinis filariasis dan tidak menjadi sumber penularan terhadap masyarakat lainnya (Depkes, 2008).

### **2.3. Perencanaan Pengobatan Massal**

Sebelum melakukan pengobatan massal, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu melakukan beberapa persiapan diantaranya sebagai berikut :

1. Mempersiapkan data dasar dan menghitung kebutuhan obat serta logistik lainnya. Jumlah dan kebutuhan bahan dan obat disesuaikan dengan sasaran pengobatan di masing-masing lokasi pengobatan.
2. Melakukan Koordinasi Kabupaten/Kota untuk mendapatkan kesepakatan dengan Puskesmas untuk pelaksanaan pengobatan massal. Pertemuan ini membahas rencana pengobatan massal (jumlah sasaran, jumlah tenaga pelaksana eliminasi atau TPE yang dibutuhkan, kebutuhan obat dan bahan serta sarana, dan pendanaan pengobatan massal), rencana advokasi, sosialisasi, pelatihan TPE, penyuluhan kepada masyarakat.
3. Melakukan advokasi Kabupaten/Kota untuk memperoleh dukungan pengobatan massal serta menjelaskan reaksi efek samping pengobatan dan memperoleh dukungan politis serta dana untuk pengobatan massal tahun selanjutnya.
4. Pertemuan koordinasi Kecamatan yang dilakukan 1-2 minggu sebelum pelatihan TPE, selama satu hari.
5. Sosialisasi pengobatan massal. Sosialisasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang pengobatan massal filariasis, sehingga semua penduduk untuk melaksanakan pengobatan dan menyikapi dengan benar apabila terjadi reaksi pengobatan. Sosialisasi dilakukan selama satu bulan terus menerus menjelang pengobatan massal.
6. Pelatihan TPE filariasis. Setiap TPE bertanggung jawab terhadap 20-30 kepala keluarga (100-150 orang). Pelatihan dilakukan 1 minggu sebelum pelaksanaan pengobatan (Depkes, 2008).

### **2.4. Tatalaksana Pengobatan Massal**

Setelah perencanaan selesai dilakukan maka dimulai persiapan untuk melakukan pengobatan massal dengan melakukan kegiatan-kegiatan :

#### **2.4.1. Penyiapan Masyarakat**

Menurut buku Pedoman Eliminasi Filariasis di Indonesia (Depkes, 2008) kegiatan ini dilaksanakan oleh tenaga pelaksana eliminasi dengan mengunjungi warga dari rumah ke rumah di wilayah binaan TPE untuk :

1. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tempat, waktu dan berbagai hal lain mengenai filariasis dan pengobatan massal.
2. Mengisi kartu pengobatan dan formulir sensus penduduk binaan.
3. Menyeleksi dan mencatat penduduk yang ditunda pengobatannya.
4. Pendataan kasus kronis filariasis.

#### **2.4.2. Pelaksanaan Pengobatan Massal**

Pelaksanaan pengobatan massal dilaksanakan oleh TPE dibawah pengawasan petugas kesehatan Puskesmas di pos-pos pengobatan massal atau kunjungan dari rumah ke rumah. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Menyiapkan pos pengobatan massal, obat, kartu pengobatan dan air minum.
2. Mengundang penduduk untuk datang ke pos pengobatan yang telah ditentukan.
3. Memberikan obat yang harus diminum didepan TPE dengan dosis yang telah di ditentukan dan mencatatnya di Kartu Pengobatan.
4. Mengunjungi penduduk kerumahnya bagi yang tidak datang di pos pengobatan.
5. Mencatat jenis reaksi pengobatan di Kartu Pengobatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan.
6. Membuat laporan (Depkes, 2008).

#### **2.4.3. Sasaran Pengobatan Massal**

Pengobatan massal filariasis dilaksanakan serentak terhadap semua penduduk sasaran yang tinggal di daerah endemis filariasis, tetapi pengobatan di tunda bagi (Depkes, 2008) :

1. Anak usia kurang dari 2 tahun
2. Ibu hamil

3. Orang yang sedang sakit berat
4. Penderita kasus kronis filariasis yang sedang dalam serangan
5. Anak berusia kurang dari 5 tahun dengan marasmus atau kwasiorkor.

Anak yang tingginya < 90 cm dan ibu menyusui minggu pertama tidak boleh diberikan *ivermectin+albendazole*. Sedangkan di daerah loiasis tidak dilakukan pengobatan massal karena ditakutkan terjadi efek samping berat (Chin, 2006).

#### 2.4.4. Distribusi Obat

Dalam pelaksanaan pengobatan massal perlu dipertimbangkan pendekatan yang cocok dan efektif untuk masing-masing tempat. Menurut buku panduan eliminasi kaki gajah (Depkes, 2008), pendekatan pendekatan yang dapat digunakan dalam distribusi obat adalah :

- a. Distribusi sistim kesehatan desentralisasi, yakni pelaksanaan pengobatan massal di pusatkan di Puskesmas, Pustu dan Polindes. Pendekatan ini memerlukan adanya staf yang cukup.
- b. Distribusi stand, yakni masing-masing desa/kelurahan menyediakan stand yang dapat dicapai dengan mudah oleh masyarakat atau membuat pos pengobatan massal di beberapa lokasi desa.
- c. Distribusi kelompok penduduk khusus, yakni distribusi obat diberikan pada kelompok tertentu seperti pasien rawat inap, pelajar di sekolah, kantor - kantor dan lainnya.
- d. Daerah kumpulan komunitas, yakni dilakukan di pasar, terminal, dimana masyarakat berkumpul secara alami.
- e. Distribusi obat rumah ke rumah, yakni distribusi obat yang dilakukan oleh tenaga pelaksana eliminasi untuk memberikan obat bagi orang-orang yang ada di rumah pada saat itu. Biasanya distribusi ini dilakukan untuk memberikan obat kepada penduduk yang tidak datang ke lokasi pengobatan.

## **2.5. Jenis Obat, Cara Pemberian dan Efek Samping Obat**

Selama ini Indonesia melaksanakan pengobatan penyakit kaki gajah dengan dosis rendah yaitu DEC 100 mg untuk dewasa dan 50 mg untuk anak usia 2-10 tahun selama 40 minggu. Dengan keikutsertaan Indonesia dalam global eliminasi yang dicanangkan oleh WHO maka sejak tahun 2002 digunakan kombinasi DEC 6mg/kg dan Albendazole 400 mg/kgBB untuk semua umur serta Paracetamol 10mg/kgBB yang diberikan sekali setahun selama minimal 5 tahun. Sebaiknya obat diminum sesudah makan dan di depan petugas kesehatan atau tenaga eliminasi filariasis untuk memastikan bahwa obat tersebut benar-benar diminum (Depkes, 2008).

### **2.5.1. Diethyl Carbamazine Citrate (DEC)**

DEC mempunyai reaksi yang cepat terhadap mikrofilaria. Dalam beberapa jam mikrofilaria di peredaran darah mati. Cara kerjanya dengan melumpuhkan otot mikrofilaria di peredaran darah, sehingga tidak dapat bertahan di tempat hidupnya dan mengubah komposisi dinding mikrofilaria sehingga menjadi lebih muda dihancurkan oleh sistem pertahanan tubuh. DEC juga dapat menghambat perkembangan cacing dewasa yang masih hidup selama 9-12 bulan (Chin,2006).

### **2.5.2. Albendazole**

Untuk membunuh cacing dewasa diberikan juga Albendazole yang dikenal sebagai obat yang digunakan dalam pengobatan cacing usus (cacing gelang, cacing kremi, cacing cambuk dan cacing tambang). Kombinasi DEC dan *albendazole* diharapkan dapat menambah manfaat pengobatan filariasis dalam membunuh cacing filaria dewasa tanpa menambah efek samping yang tidak dikehendaki. *Mikrofilaria* mungkin saja muncul kembali setelah pengobatan, sehingga pengobatan harus diulangi dalam interval setahun (Heyman,D.L, 2004).

### **2.5.3. Obat untuk Reaksi Pengobatan**

Reaksi efek samping dapat berupa sakit kepala, pusing, demam, mual, muntah, sakit otot, sakit sendi, lesu, gatal-gatal, keluar cacing usus, asma

bronchial dan *wheezing*. Untuk mengatasi reaksi pengobatan dapat diberikan obat reaksi sesuai dengan gejala yang timbul yaitu (Depkes 2008) :

- a. Paracetamol 500 mg  
Untuk mengatasi demam, sakit kepala, pusing, sakit otot.  
Dosis dewasa : 3 x1 tablet perhari, selama 3 hari  
Dosis anak-anak : Sesuai berat badan atau umur
- b. CTM 4 mg  
Untuk mengatasi gejala alergi dan gatal-gatal.  
Dosis dewasa : 3 x1 tablet per hari, selama 3 hari  
Dosis anak-anak : Sesuai berat badan atau umur
- c. Antasida  
Untuk mengatasi gejala mual dan muntah-muntah  
Dosis dewasa : 3 x 1 tablet per hari, selama 3 hari  
Dosis anak : Sesuai berat badan atau umur
- d. Salep Antibiotika  
Untuk mengobati abses dan ulkus pada penderita kronis. Lama pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
- e. Amoksisilin 500 mg  
Untuk mengobati abses dan ulkus  
Dosis dewasa : 3 x1 tablet per hari, selama 5 hari  
Dosis anak-anak : Sesuai berat badan atau umur

#### 2.5.4. Dosis Obat

Obat yang digunakan dalam pengobatan massal ada tiga jenis obat dengan dosis berdasarkan berat badan seperti pada Tabel 2.1. Selain pemberian obat berdasarkan berat badan, digunakan juga pemberian obat berdasarkan kelompok umur, karena pemberian obat berdasarkan berat badan sulit dilakukan pada pengobatan massal. Dosis yang digunakan seperti pada Tabel 2.2. di halaman selanjutnya.

Tabel 2.1 Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan

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

Sumber : Depkes, 2008

Tabel 2.2 Dosis Obat Berdasarkan Umur

Umur	DEC (100mg) Tablet	Albendazole (400mg) Tablet	Parasetamol (500mg) Tablet
2-5	1	1	0,25
6-14	2	1	0,5
>14	3	1	1

Sumber : Depkes, 2008

### 2.5.5. Efek Samping Obat

Efek samping obat yang dirasakan setelah minum obat filariasis merupakan reaksi imunitas tubuh terhadap matinya *mikrofilaria*. Reaksi umum pengobatan ini dapat berupa sakit kepala, pusing, mual, demam, menurunnya nafsu makan, muntah, sakit otot, sakit sendi, lesu, gatal-gatal, keluar cacing usus, asma bronchial dan *wheezing*. Reaksi umum ini dapat terjadi beberapa jam sampai 3 hari pertama setelah minum obat DEC. Selain itu reaksi lokal terjadi disebabkan oleh matinya cacing dewasa yang dapat timbul setelah 3 minggu pengobatan massal, berupa nodul, limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis, funikulitis, epididimitis, orkitis, orkalgia, abses, ulkus dan limfedema (Depkes, 2006).

Salah satu penyebab terjadinya penurunan cakupan pengobatan massal di kepulauan Mentawai dikarenakan adanya efek samping dari pengobatan tersebut (Tomar & Kusnanto, 2007). Hasil penelitian Suherni (2007) menunjukkan 31% responden mengalami reaksi efek samping obat filariasis. Efek samping yang paling banyak dirasakan adalah sakit kepala, mual, mengantuk selain itu juga ada juga responden yang merasakan demam, muntah, keluar cacing saat buang air

besar, dan nyeri otot setelah minum obat filariasis. Menurut Nandha dkk (2007) reaksi efek samping lebih tinggi terjadi pada putaran pertama pengobatan dibandingkan putaran pengobatan filariasis selanjutnya.

Penjelasan dan pemahaman mengenai efek samping perlu dijelaskan kepada masyarakat di wilayah yang sedang dilakukan pengobatan massal agar penduduk tidak menolak untuk diobati pada tahap selanjutnya.

## **2.6. Tenaga Pelaksana Eliminasi dan Kontrol Petugas**

Menurut Depkes (2008), salah satu faktor yang menunjang keberhasilan pengobatan massal filariasis adalah adanya peran serta masyarakat yang bersedia menjadi kader atau tenaga pelaksana eliminasi penyakit kaki gajah. Setiap tenaga pelaksana eliminasi bertanggung jawab terhadap 20-30 keluarga (100-150 orang), tergantung kondisi daerah masing masing. Tenaga pelaksana eliminasi ini diberikan pelatihan terlebih dahulu sebelum melakukan kegiatan pengobatan massal.

Penelitian Suherni (2008) di Jawa Barat menunjukkan ada hubungan antara penerimaan obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal dengan  $OR=18,57$ . Sedangkan untuk keberadaan TPE filariasis tidak ada hubungan dengan perilaku minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal. Hal ini bisa disebabkan oleh TPE filariasis yang tersedia tidak melakukan peranannya dengan baik. Responden merasa TPE filariasis tidak memberikan informasi tentang pengobatan massal filariasis, kondisi ini dikarenakan kurangnya pelatihan yang dilakukan sehingga menyebabkan TPE filariasis kurang peduli dan tidak memiliki motivasi untuk menjelaskan informasi yang berkaitan dengan pengobatan masyarakat (Suherni, 2008).

Petugas pemberi obat filariasis harus memastikan bahwa obat-obat yang diberikan dalam pengobatan massal filariasis ditelan penerima obat secara langsung di depan petugas tersebut (Depkes, 2008).

Kebijakan yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Kepulauan Mentawai yang mengijinkan obat diberikan kepada masyarakat untuk diminum di rumah sebelum tidur, hal ini justru semakin melonggarkan masyarakat dalam minum obat filariasis. Kebijakan tersebut merupakan upaya untuk meminimalkan efek



samping yang biasanya terjadi kira-kira 4 jam setelah minum obat, diharapkan dengan mengizinkan masyarakat untuk minum obat di rumah sebelum tidur dapat mengurangi efek samping yang diderita karena orang tersebut akan mengantuk dan tidur. Namun, kebijakan ini melemahkan kontrol petugas terhadap masyarakat untuk minum obat filariasis. Kontrol petugas yang lemah dapat mengakibatkan efektifitas pengobatan tidak optimal karena kepatuhan masyarakat minum obat filariasis tidak dapat diketahui secara langsung oleh petugas (Tomar & Kusnanto, 2007).

Hasil penelitian Suherni (2008) di Jawa Barat, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara adanya kontrol petugas terhadap perilaku minum obat *filaria* pada pengobatan massal. Peluang responden yang tidak dikontrol oleh petugas pemberi obat filariasis 14,28 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang dikontrol petugas pemberi obat filariasis.

## 2.7. Konsep Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner (1938), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Sedangkan Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor yang mempengaruhinya. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati, yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Sedangkan menurut Cals dan Cobb mengemukakan bahwa perilaku kesehatan sebagai perilaku untuk mencegah penyakit pada tahap yang belum menunjukkan gejala. (<http://id.wikipedia.org/wiki/>).

Notoatmodjo (2005) membagi perilaku kesehatan menjadi dua kelompok, yakni :

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Perilaku ini disebut perilaku sehat, yang mencakup perilaku mencegah atau menghindarkan diri dari penyakit atau penyebab penyakit.

2. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan. Perilaku ini disebut juga perilaku pencarian pelayanan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Hasil penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui objek terlebih dahulu,
2. *Interest* (ketertarikan), yakni orang tersebut mulai tertarik kepada stimulus,
3. *evaluation* (pertimbangan), yakni orang tersebut menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
4. *Trial* (mencoba), orang tersebut mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption* (adopsi), orang tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### 2.7.1. Persepsi

Persepsi adalah proses memperoleh, menginterpretasikan, memilih dan mengatur stimulus yang diterima oleh sistem saraf. Persepsi manusia tergantung pada indera yaitu, penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan sentuhan. Faktor internal yang ada pada seseorang akan mempengaruhi bagaimana seseorang akan menginterpretasikan stimulus yang dilihatnya. Itu sebabnya stimulus yang sama akan dipersepsikan secara berbeda (<http://www.studiocentral.com>).

Persepsi dapat bersifat sementara, ketika mendapat informasi baru maka akan terjadi pergeseran persepsi. Persepsi akan dipengaruhi oleh pengalaman atau pengetahuan, harapan atau *expectation*, kebutuhan, motivasi, emosi, budaya (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Sarwono (2001) persepsi adalah keadaan yang terjadi bila penginderaan disatukan dan dikoordinasikan di dalam pusat syaraf yang lebih tinggi (otak) sehingga manusia bisa mengenali dan menilai objek-objek. Persepsi

yang didasarkan dari setiap pengalaman, menimbulkan reaksi sesuai dengan asas refleksi yaitu pengideraan → persepsi → reaksi.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi mungkin ada pada pihak subjek/pelaku persepsi, pada objek/target atau pada lingkungan/situasi di tempat terjadinya persepsi sebagai berikut (Siagian, 1995):

1). Faktor pada subjek/Pelaku persepsi

Penafsiran seorang individu terhadap apa yang dilihatnya sangat dipengaruhi oleh karakteristik/sifat-sifat pribadi dari individu pelaku persepsi tersebut. Karakteristik pribadi tersebut meliputi ; sikap, motif, kepentingan, pengalaman dan pengharapan.

2). Faktor pada objek/Target

Karakteristik atau ciri khas objek yang diamati dapat mempengaruhi persepsi subjek/individu pelaku persepsi terhadap objek tersebut. Ciri objek yang menonjol akan mempengaruhi persepsi terhadap objek seperti gerakan, suara, ukuran.

3). Faktor lingkungan/Situasi

Situasi dan unsur-unsur lingkungan dapat mempengaruhi persepsi. Bila kita melihat seorang dalam keadaan sehat 5 tahun yang lalu kemudian kita melihat teman tersebut terbaring di RS sekarang, maka persepsi kita terhadap teman tersebut berubah dari yang semula sehat menjadi sakit.

### 2.7.2. Persepsi Terhadap Gejala

Apabila objek persepsi berupa penyakit maka karakteristik objek berupa gejala-gejala. Biasanya gejala tertentu menyertai dan merupakan pertanda penyakit tertentu. Beberapa gejala bisa lebih serius daripada gejala-gejala yang lain. Pada dasarnya orang akan memutuskan melakukan pengobatan berdasarkan persepsi terhadap gejala. Oleh karena itu mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi terhadap gejala sebagai berikut :

1). Perbedaan Individual

Sebagian orang kelihatannya lebih memperhatikan keadaan internal diri sehingga lebih sensitif terhadap gejala-gejala pada badan

mereka. Oleh karena itu mereka lebih cepat mencatat perubahan-perubahan pada diri mereka dan menaksir lebih tinggi persepsi terhadap gejala-gejala tersebut sehingga cenderung datang berobat dengan penyakit yang kurang gawat atau datang lebih awal untuk mencari pengobatan (Smet,B., 1994).

## 2). Psikososial

Menurut Skelton dan Pennebaker (1982) dalam Sarafino (1998) karena orang tidak terlalu tepat dalam menilai keadaan fisik internal dengan pasti maka persepsi dari sensasi badan mereka dapat sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor kognitif, sosial dan emosi.

## 3). Perbedaan Sosial Budaya

Orang dari budaya yang berbeda terlihat berbeda pula persepsi dan reaksi mereka terhadap gejala-gejala sakit. Perbedaan ini mungkin akibat dari norma budaya untuk penguatan perilaku pengendalian diri lawan (versus) perilaku kesukaran dan ketidakberdayaan bila dalam keadaan sakit/nyeri.

### 2.7.3. Cara Mengukur Persepsi

Mengukur persepsi hampir sama dengan mengukur sikap. Walaupun variabel yang diukur bersifat abstrak, tetapi secara ilmiah dapat diterjemahkan dalam angka. Metode pengukuran persepsi terdiri dari *self report* dan pengukuran *involuntary behavior*.

*Self report* merupakan suatu metode dimana persepsi dinilai dengan menggunakan daftar pertanyaan dan jawaban tersebut menjadi indikator persepsi seseorang. Pendekatan *involuntary behavior* dilakukan dengan melakukan observasi terhadap reaksi-reaksi fisiologis tanpa disadari oleh individu yang bersangkutan. Observer dapat menginterpretasikan persepsi individu dari reaksi raut wajah, suara, gerak tubuh, keringat dan aspek fisiologis lainnya. Instrumen yang dapat digunakan dalam mengukur persepsi antara lain gambar, video dan daftar pertanyaan (Azwar 2002).

#### **2.7.4. Model Keyakinan Kesehatan ( Health Belief Models)**

Teori *Health Belief Model* (HBM) berhubungan dengan pendidikan kesehatan. Model keyakinan kesehatan menekankan bahwa persepsi seseorang mengenai betapa mudahnya mereka terkena penyakit dan efektivitas pengobatan mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku. Pada hakekatnya HBM dirancang untuk meramalkan kemungkinan perilaku kesehatan individu sebagai fungsi dari ancaman dan manfaat yang dirasakan (Stone,1979).

Menurut model keyakinan kesehatan (*the health belief models*) yang dikembangkan oleh Becker (1974) terdapat komponen yang mempengaruhi seseorang mengambil tindakan yaitu kerentanan dan keseriusan yang dirasakan terhadap suatu masalah kesehatan, manfaat minus rintangan yang dirasakan dan isyarat atau tanda-tanda untuk bertindak, variabel demografi, variabel sosiopsikologik dan variabel struktural yang dijelaskan secara ringkas dibawah ini:

##### **2.7.4.1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)**

Suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang mempunyai persepsi bahwa ia dan keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

##### **2.7.4.2. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)**

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan didorong oleh tingkat keseriusan penyakit tersebut terhadap masyarakat dan individu.

##### **2.7.4.3. Manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefit and barrier*)**

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit yang dianggap gawat atau serius, maka ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada persepsinya terhadap manfaat tindakan dalam mendapatkan tindakan. Umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

#### 2.7.4.4. Isyarat atau tanda-tanda (*cues*)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, keseriusan, keuntungan tindakan diperlukan isyarat-isyarat berupa faktor eksternal seperti, pesan-pesan media, nasehat dan anjuran keluarga dan teman. Bila pesan-pesan yang berisi peringatan, isyarat dan pedoman untuk bertindak itu sampai, diterima dan diyakini oleh individu tersebut maka mereka akan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan tersebut.

#### 2.7.4.5. Variabel Demografi

Variabel ini meliputi umur, seks, ras, etnik seperti yang dijabarkan dibawah ini :

##### 1). Umur

Umur merupakan salah satu karakteristik seseorang yang mempunyai hubungan erat dengan keterpaparan, selain itu juga mempunyai hubungan yang erat dengan berbagai karakteristik lain seperti pekerjaan, status perkawinan dan reproduksi (Noor, 2008).

Sasaran pengobatan massal filariasis adalah semua penduduk yang berusia lebih dari 2 tahun (Depkes, 2008). Hasil penelitian Kusumawardani (2009) menunjukkan proporsi minum obat pada kelompok umur 15-45 tahun lebih tinggi dibandingkan proporsi minum obat pada kelompok umur 55-65 tahun. Menurut Amarilo dkk (2007), tidak ada perbedaan yang bermakna antara umur dengan penerimaan obat filaria pada pengobatan massal di Philipina. Anak-anak lebih patuh untuk minum obat kusta karena diawasi oleh orang tua (Harjo, 2002).

##### 2). Jenis Kelamin

Penelitian Syaumaryadi (2000) menunjukkan pria lebih berisiko tidak patuh minum obat TB, walaupun tidak bermakna secara statistik. Hasil penelitian Suherni (2007) juga menunjukkan hal yang sama. Proporsi pria yang tidak minum obat lebih tinggi dari proporsi

wanita, hal ini disebabkan karena pria tidak mau pekerjaannya terganggu karena adanya efek samping obat sehingga tidak mau minum obat filariasis yang diberikan. Menurut Galdas dkk (2005), pria lebih cenderung tidak mencari bantuan kepada tenaga kesehatan untuk beberapa penyakit seperti depresi, penyalahgunaan obat, cacat fisik di bandingkan wanita.

Sedangkan hasil penelitian di Haiti menunjukkan perempuan mempunyai peluang untuk tidak patuh minum obat filariasis sebesar 2,74 kali di bandingkan pria (Talbot dkk, 2008).

### **3). Tingkat Pendidikan**

Pendidikan adalah pengalaman yang mempengaruhi upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan atau praktik untuk memelihara dan mengatasi kesehatannya. Perubahan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan didasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2005). Sedangkan menurut kamus pendidikan dan promosi kesehatan, pendidikan merupakan pengalaman yang mempengaruhi cara orang melihat atau mengamati dalam hubungan dengan lingkungan fisik, sosial dan budaya (Modeste, 2004). Menurut Siagian (1993), jenjang pendidikan formal berhubungan dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian Syaumaryadi (2000) tentang kepatuhan minum obat penderita pada penderita TB, menunjukkan bahwa orang yang berpendidikan rendah lebih berisiko untuk tidak patuh minum obat dibandingkan yang berpendidikan tinggi walaupun secara statistik tidak bermakna.

Berbeda halnya dengan hasil penelitian Amarillo (2005), Suherni (2008) dan Kusumawardani (2009) yang menunjukkan tidak hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku minum obat filaria.

#### 4). Pekerjaan

Menurut penelitian Syaumaryadi (2000), penderita TB yang bekerja mempunyai resiko untuk tidak patuh berobat dibandingkan yang tidak bekerja. Berbeda dengan hasil penelitian Harjo (2002), penderita kusta yang tidak bekerja memiliki risiko 1,28 kali untuk tidak teratur berobat dibandingkan penderita kusta yang bekerja. Hal ini karena penderita kusta yang bekerja merasa malu untuk berhubungan dengan orang banyak sehingga ingin cepat sembuh dan cenderung lebih teratur berobat. Sedangkan hasil penelitian Suherni (2008) dan Amarillo dkk (2007) menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku minum obat.

#### 5). Suku

Pada dasarnya setiap orang dapat tertular filariasis apabila digigit oleh nyamuk infeksi. Pada daerah endemis filariasis, tidak semua orang terinfeksi filariasis menunjukkan gejala klinis. Menurut Depkes (2006), suku pendatang pada daerah endemis filariasis lebih berisiko untuk terinfeksi filariasis dibandingkan penduduk asli. Sehingga kemungkinan kelompok suku pendatang lebih termotivasi untuk minum obat filariasis. Hasil penelitian Suherni (2008) di Jawa Barat, menunjukkan suku Sunda mempunyai peluang 1,87 kali untuk tidak minum obat dibandingkan suku pendatang (Jawa, Bali, Lampung).

#### 2.7.3.6. Variabel Sosiopsikologik

Variabel ini meliputi : kepribadian, kelas sosial, tekanan kelompok. Banyak diantara variabel ini merupakan unsur penting dari komunikasi. Penelitian yang dilakukan Becker dan Maiman (1975) menunjukkan perilaku patuh pada pasien terkait dengan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan.



### 2.7.3.7. Variabel Struktural/Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui indera yang dimiliki. Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom (Notoatmodjo, 2007) dikembangkan 3 ranah perilaku yang salah satunya adalah pengetahuan. Secara garis besar ada 6 tingkatan pengetahuan :

- 1). Tahu (*know*) : diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- 2). Memahami (*comprehension*) : dapat diartikan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- 3). Aplikasi (*application*) : diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya atau orang yang telah memahami objek yang dimaksud dan dapat menerapkannya pada situasi yang lain.
- 4). Analisis (*analysis*) : kemampuan seseorang untuk menjabarkan, memisahkan dan mencari hubungan antara komponen yang terdapat dalam masalah atau objek yang diketahui.
- 5). Sintetis (*synthesis*) : kemampuan seseorang untuk merangkum atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.
- 6). Evaluasi (*evaluation*) : kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap objek tertentu.

Hasil penelitian Suherni (2008), menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku minum obat filariasis, OR= 8,21. Hasil penelitian di Filipina juga menunjukkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku minum obat filaria OR= 1,62.

Hasil penelitian Anorital dan Marleta (2004) di Tabalong Selatan menyatakan bahwa faktor pengetahuan sikap dan perilaku penderita positif mikrofilaria merupakan faktor penting yang perlu diidentifikasi agar pelaksanaan pengobatan dapat berjalan sampai selesai. Selain itu selama pengobatan, perlu dilakukan advokasi (pendampingan) yang dilakukan oleh petugas pemberi obat, serta dapat menjelaskan efek samping obat yang akan timbul dan sampai pada tahap tertentu efek samping akan semakin berkurang.

Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2005), sikap merupakan kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Fungsi sikap belum tentu merupakan tindakan reaksi atau aktivitas tetapi merupakan predisposisi perilaku. Dalam menentukan sikap yang utuh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

## 2.7. Determinan Perilaku Kesehatan

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku disebut determinan perilaku.

Berdasarkan teori Green dalam Notoatmodjo (2005), faktor perilaku sendiri ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*disposing factors*), yaitu faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai tradisi.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan, antara lain saran dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.
- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Terkadang meskipun orang tahu mampu berperilaku sehat tetapi tidak melakukannya. Sehingga untuk berperilaku sehat memerlukan contoh dari para tokoh masyarakat.

Teori Karr dalam Notoatmodjo (2005) mengidentifikasi 5 determinan perilaku yaitu :

- a. Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus diluar dirinya.
- b. Adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*). Didalam kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat sekitarnya.

- c. Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
- d. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personal autonomy*) untuk mengambil keputusan.
- e. Adanya kondisi atau situasi yang memungkinkan (*action situation*). Untuk bertindak apapun diperlukan suatu situasi dan kondisi yang tepat. Kondisi tersebut dapat berupa fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada. Meskipun faktor lain tidak ada masalah, tetapi apabila kondisi tidak mendukung maka perilaku tersebut tidak akan terjadi.

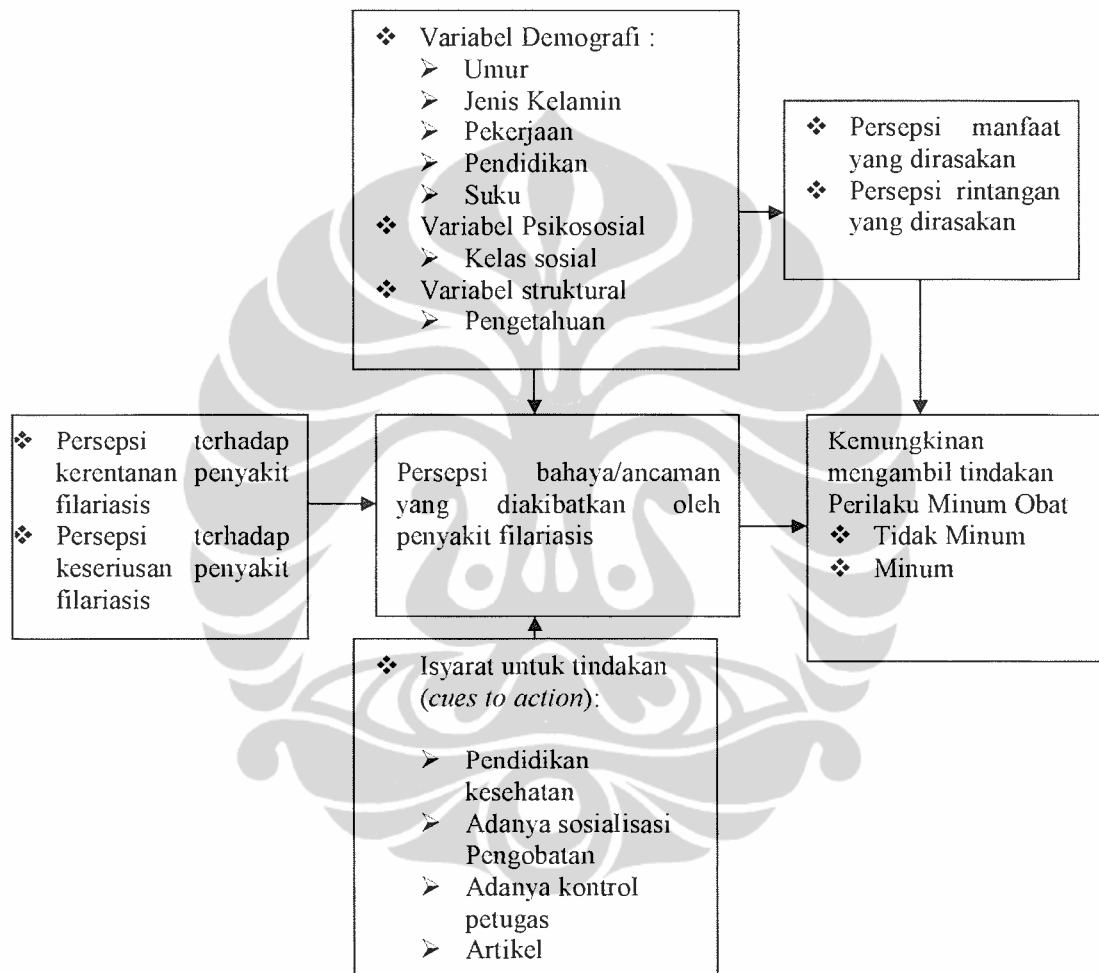
Menurut teori WHO seseorang akan berperilaku karena adanya 4 alasan pokok, yaitu ( Notoatmodjo, 2005).

1. Pemikiran dan perasaan (*Thought and feeling*).  
Hasil pemikiran dan perasaan seseorang atau pertimbangan pribadi terhadap objek. Seseorang akan melakukan suatu perilaku berdasarkan pertimbangan untung ruginya, manfaat, sumber daya dan lainnya.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal reference*).  
Perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan yang pada umumnya para tokoh masyarakat setempat.
3. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang.
4. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang.

## 2.9. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka teori tentang perilaku, faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya praktik minum obat tersebut, maka dirumuskan suatu kerangka konsep penelitian yang dapat digambarkan dalam skema berikut ini:

**Gambar 2.1.**  
**Kerangka Teori faktor- faktor yang berhubungan dengan Praktik Minum Obat Filariasis Pada Kegiatan Pengobatan Massal Filariasis.**



Sumber : Modifikasi Health Belief models (Glanz, 2002)

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

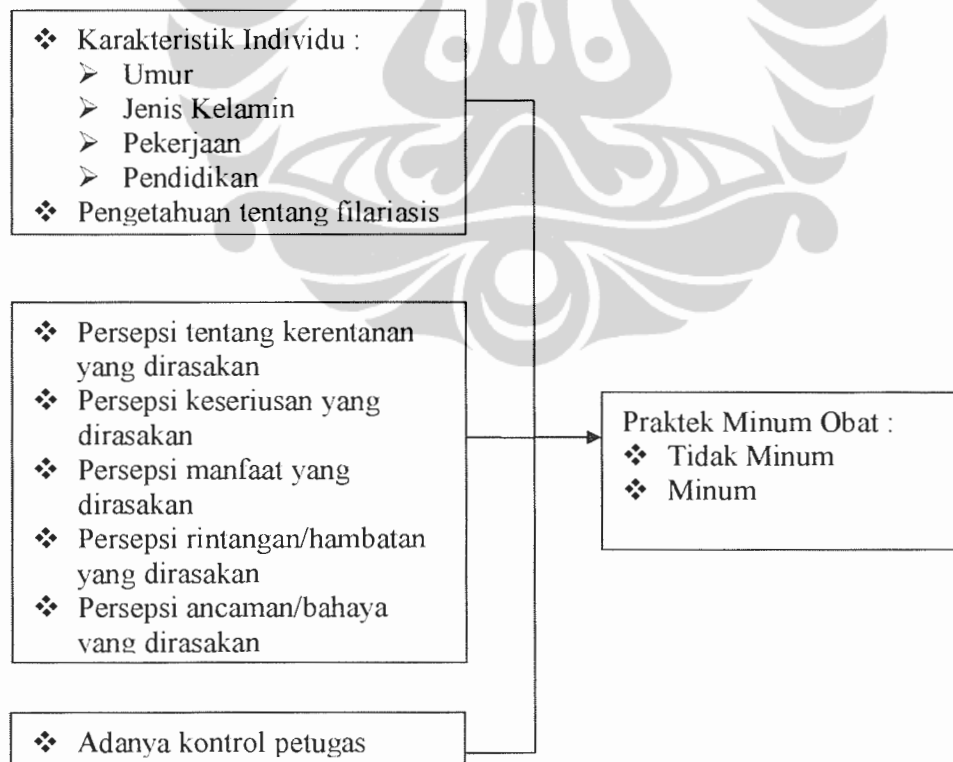
#### 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan kumpulan konsep-konsep yang akan diamati atau diukur yang saling berhubungan. Sedangkan konsep merupakan abstraksi dari suatu fenomena tertentu yang tidak bisa diamati dan diukur, untuk dapat diukur konsep dapat dijabarkan dalam bentuk variabel.

Berdasarkan tinjauan pustaka banyak faktor yang mempengaruhi praktik minum obat pada kegiatan pengobatan massal filariasis. Kerangka konsep penelitian ini merupakan penyederhanaan dari kerangka teori *Health Belief Model*. Sehingga kerangka konsep penelitian ini digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 3.1.**

**Kerangka konsep faktor- faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal filariasis di Kelurahan Sukajadi Kab. Banyuasin tahun 2009.**



Sumber : Modifikasi *Health Belief Models*

### 3.2. Definisi Operasional

**Tabel 3.1. Definisi Operasional Faktor-faktor yang mempengaruhi praktik minum obat pada pengobatan massal filariasis di Kab. Banyuasin**

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Dependen</b>					
1	Praktik Minum Obat Filariasis	Pernyataan tindakan responden untuk minum obat filariasis pada saat pelaksanaan pengobatan massal filariasis pada tahun 2009.	Kuesioner dan Kartu Pengobatan Massal	1: Minum 2: Tidak Minum	Nominal
<b>Variabel Independen</b>					
2	Umur	Pernyataan usia responden pada saat pengobatan massal pada tahun 2009. Data kontinyu dikategorikan berdasarkan nilai mean	Kuesioner	1 : Resiko $\geq$ nilai mean 2: Tidak beresiko $<$ nilai mean	Rasio
3	Jenis Kelamin	Penampakan fisik responden berdasarkan KTP atau kartu pengenalan lainnya.	Kuesioner	1 : laki-laki 2 : Perempuan	Nominal
4	Pendidikan yang dimiliki	Pernyataan tingkat pendidikan berdasarkan Ijazah terakhir yang dimiliki pada saat pengobatan massal dilakukan pada tahun 2009.	Kuesioner	1 : Tinggi (Tamat SMA- Tamat PT) 2 : Rendah (Tidak Sekolah- Tamat SMP)	Ordinal
5	Pekerjaan	Pernyataan aktivitas utama responden yang	Kuesioner	1: Tidak Bekerja 2: Bekerja	Nominal

		memberikan penghasilan bagi kehidupannya pada saat pengobatan massal filariasis dilakukan tahun 2009.			
6	Pengetahuan	<p>Pernyataan kemampuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang vektor, agen, gejala, pencegahan, penularan cara pengobatan massal filariasis, cara minum obat, efek samping obat pada saat pelaksanaan penelitian dilaksanakan.</p> <p>Diukur dengan 9 pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai dijumlahkan menjadi skor persepsi kerentanan. Skor maksimal 44.</p>	Kuesioner	<p>1: Pengetahuan baik apabila skor &gt; dari nilai rata-rata Pengetahuan</p> <p>2: Pengetahuan kurang apabila skor <math>\leq</math> nilai rata-rata</p>	Ordinal
7	Persepsi kerentanan yang dirasakan	<p>Pernyataan perasaan responden tentang mudahnya tidaknya dirinya tertular penyakit kaki gajah.</p> <p>Diukur dengan 3 pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai</p>	Kuesioner	<p>1: Rentan apabila skor &gt; nilai rata-rata</p> <p>2: Tidak rentan apabila skor <math>\leq</math> dari nilai rata-rata</p>	Ordinal

		dijumlahkan menjadi skor persepsi kerentanan. Skor maksimal 6.			
8	Persepsi keseriusan yang dirasakan	<p>Pernyataan perasaan responden tentang dapat tidaknya penyakit kaki gajah menimbulkan gangguan berat terhadap kegiatan sehari-hari.</p> <p>Diukur dengan 5 pertanyaan, setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai dijumlahkan menjadi skor persepsi keseriusan. Skor maksimal 10.</p>	Kuesioner	<p>1: Serius apabila skor &gt; nilai rata-rata</p> <p>2: Tidak serius apabila skor <math>\leq</math> dari nilai rata-rata</p>	Ordinal
9	Persepsi manfaat minum obat filariasis yang dirasakan	<p>Pernyataan perasaan responden tentang kegunaan minum obat kaki gajah untuk mencegah tertular penyakit kaki gajah.</p> <p>Diukur dengan 2 pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai dijumlahkan menjadi skor persepsi manfaat. Skor maksimal 4.</p>	Kuesioner	<p>1: Bermanfaat apabila skor &gt; nilai rata-rata</p> <p>2: Tidak Bermanfaat apabila skor <math>\leq</math> dari nilai rata-rata</p>	Ordinal
10	Persepsi rintangan/hamb	<p>Pernyataan perasaan responden tentang gejala</p>	Kuesioner	1: Tidak ada rintangan/hamb	Ordinal



	atan minum obat filariasis yang dirasakan	tidak enak yang dapat timbul akibat minum obat kaki gajah. Diukur dengan 3 pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai dijumlahkan menjadi skor persepsi rintangan. Skor maksimal 6.		atan apabila skor < nilai rata-rata  2: Ada rintangan/hambatan apabila skor $\geq$ dari nilai rata-rata	
11	Persepsi Ancaman/Bahaya	Pernyataan perasaan responden tentang masalah yang dapat ditimbulkan penyakit kaki gajah. Diukur dengan 5 pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan benar diberi nilai 2 jika salah nilai 1. Kemudian nilai dijumlahkan menjadi skor ancaman. Skor maksimal 10.	Kuesioner	1: Ancaman apabila skor > dari nilai rata-rata  2: Tidak ancaman apabila skor $\leq$ dari nilai rata-rata	Ordinal
12	Kontrol petugas pemberi obat filariasis	Petugas pemberi obat filariasis meminta responden meminum obat di depan petugas tersebut pada saat pengobatan massal tahun 2009.	Kuesioner	1 : Ada 2 : Tidak da	Nominal

### 3.3. Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
3. Ada hubungan antara pendidikan dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
4. Ada hubungan antara pekerjaan dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
5. Ada hubungan antara pengetahuan tentang filariasis dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
6. Ada hubungan antara persepsi kerentanan penyakit yang dirasakan responden dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
7. Ada hubungan antara persepsi keseriusan penyakit yang dirasakan responden dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
8. Ada hubungan antara persepsi manfaat minum obat yang dirasakan responden dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
9. Ada hubungan antara persepsi rintangan/hambatan minum obat yang dirasakan responden dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
10. Ada hubungan antara persepsi ancaman/bahaya penyakit yang dirasakan responden dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.
11. Ada hubungan antara kontrol petugas dengan praktik minum obat filariasis di Kelurahan Sukajadi Kabupaten Banyuasin tahun 2009.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* karena variabel dependen dan variabel independen di observasi pada saat yang bersamaan dengan menanyakan variabel independen pada saat pelaksanaan pengobatan massal tahun 2003-2008 (Pratikna, 2001). Populasi sampel studi merupakan masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan pengobatan massal filariasis di wilayah kerja Puskesmas Sukajadi tahun 2009.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukajadi Kabupaten Banyuasin Propinsi Sumatera Selatan pada bulan Juli sampai Agustus 2010. Wilayah Puskesmas tersebut dipilih sebagai lokasi penelitian karena merupakan salah satu daerah yang telah melakukan pengobatan massal sampai tahap kedua pada tahun 2009.

#### 4.3 Populasi, Sampel dan Besaran Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh penduduk di Kecamatan Talang Kelapa yang menerima obat filariasis dalam kegiatan pengobatan massal filariasis pada tahun 2009.

##### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah penduduk yang tinggal di desa dalam wilayah kerja Puskesmas Sukajadi. Pemilihan desa dilakukan berdasarkan pertimbangan angka cakupan pengobatan yang tinggi dan kelengkapan data kartu pengobatan yang ada. Penduduk yang ikut dalam pengobatan massal filariasis di desa yang terpilih

di ambil sebagai sampel secara acak berdasarkan kartu pengobatan massal filariasis.

#### 4.3.3 Kriteria Inklusi

- Penduduk yang masih tinggal di daerah penelitian.
- Penduduk yang berumur 14 keatas.
- Penduduk yang mempunyai kartu berobat filariasis.

#### 4.3.4 Kriteria Eksklusi

- Penduduk yang tidak bersedia ikut dalam penelitian.

#### 4.3.5 Besar Sampel

Penetapan desa terpilih berdasarkan angka cakupan yang tinggi dan akses untuk ke lokasi penelitian. Untuk menghitung proporsi yang tidak minum obat, jumlah sampel penelitian diperoleh berdasarkan hasil perhitungan sampel minimal dari Ariawan (1998).

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}^2 P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2))}{d^2}$$

n	:	Besar sampel
$P_1$	:	Proporsi yang menerima obat dan tidak minum obat filariasis (5,8 %) (Suherni, 2008)
$1 - P_1$	:	1- 0,058
$P_2$	:	Proporsi yang menerima obat dan minum obat filariasis (94,2%)
$1 - P_2$	:	1- 0,942
d	:	0,05
$Z_{1-\alpha}$	:	1,96

Berdasarkan hasil perhitungan sampel diatas, sampel penelitian ini berjumlah 168 individu, dengan mempertimbangkan individu yang drop out maka perlu ditambahkan 10%, sehingga total sampel minimal adalah 184 individu.

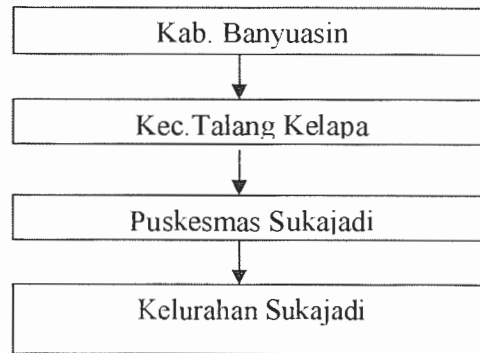
#### 4.4 Cara Pengambilan Sampel

Pada tahun 2009 pelaksanaan pengobatan massal filariasis tahap ke dua dilakukan di Kecamatan Talang Kelapa dan tahap kelima Kecamatan Rambutan. Kecamatan Talang Kelapa meliputi wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi, Puskesmas Gasing, Puskesmas Kenten, Puskesmas Tanjung Lago. Sedangkan Kecamatan Rambutan meliputi wilayah kerja Puskesmas Simpang Rambutan dan Sei Dua. Masing-masing Puskesmas mempunyai jumlah wilayah kerja yang dilakukan pengobatan massal filariasis berbeda-beda.

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukajadi. Pemilihan sampel dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Sampel diambil dari desa terpilih tempat dilaksanakan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Banyuasin. Pemilihan desa dilakukan berdasarkan tingginya cakupan pengobatan massal di wilayah Puskesmas Sukajadi dan memiliki catatan pengobatan yang lengkap. Berdasarkan laporan Eliminasi Kaki Gajah cakupan tertinggi pengobatan kaki gajah adalah Kelurahan Sukajadi.
2. Kerangka sampel diambil dari kartu pengobatan filariasis. Unit analisis adalah rumah tangga, kemudian dibuat daftar rumah tangga yang menerima obat atau yang mempunyai kartu pengobatan. Kemudian rumah tangga yang terdaftar di pilih secara *systematic random sampling*. Selanjutnya setelah sampel rumah tangga terpilih, di buat daftar rumah tangga terpilih.
3. Apabila dalam suatu kartu pengobatan massal ditemukan ada anggota keluarga yang mendapat obat filariasis yang berumur lebih dari 14 tahun lebih dari satu maka pemilihan responden dalam rumah tangga dilakukan secara acak.
4. Wawancara dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah kepada responden yang terpilih. Apabila setelah tiga kali kunjungan responden tidak bisa ditemui maka responden tidak dapat diganti.

Gambar.4.1. Diagram Pengambilan Sampel



#### 4.5. Pengumpulan Data

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer yang dikumpulkan melalui wawancara. Wawancara dilakukan menggunakan kuesioner terstruktur kepada individu yang terpilih untuk melihat bagaimana perilaku pengobatan massal filariasis yang telah dilaksanakan pada tahun 2009 di Kabupaten Banyuasin. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner yang dimodifikasi dari kuesioner yang digunakan oleh Suherni (2007) pada penelitian mengenai perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal di Jawa Barat, dan Amarillo (2008).

Pengumpulan data dilakukan oleh surveyer dengan latar belakang pendidikan kesehatan dibantu oleh kader kesehatan di Kelurahan Sukajadi sebanyak 6 orang. Sehari Sebelum pelaksanaan pengambilan data kelapangan, dilakukan pelatihan terlebih dahulu kepada para surveyer untuk menyamakan persepsi terhadap isi kuesioner.

#### 4.6. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terstruktur, yang berisi pertanyaan mengenai karakteristik responden, pengetahuan responden tentang filariasis, persepsi (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan), dan adanya kontrol petugas kesehatan terhadap praktik minum obat filariasis.

#### 4.7. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan secara manual kemudian dilanjutkan dengan menggunakan perangkat komputer setelah melalui tahapan (Hastono, 2007) :

1. Editing data yaitu setiap kuesioner yang masuk diperiksa untuk memastikan apakah setiap pertanyaan pada kuesioner telah terisi dengan benar.
2. Coding data yaitu setiap lembar kuisisioner dilakukan pengkodean.
3. Entry data yaitu data yang telah di koding dimasukkan dalam komputer dengan program SPSS untuk melakukan analisis.
4. Cleaning data yaitu pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak.

##### 4.7.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase berbagai variabel yang diteliti. Sehingga dapat diketahui deskripsi masing-masing variabel dalam penelitian.

##### 4.7.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara perilaku minum obat dengan variabel karakteristik responden, pengetahuan responden tentang filariasis, persepsi (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan), dan adanya kontrol petugas kesehatan .

Beberapa analisis bivariat yang digunakan adalah :

##### a. Uji Chi Square

Uji chi square digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen (kategorik) dengan variabel dependen (kategorik). Prinsip dasarnya adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi).

Rumus uji chi square yang digunakan :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Aturan yang berlaku pada uji chi square adalah :

1. Bila pada tabel 2x2 di jumpai nilai expected kurang dari 5, maka yang digunakan adalah fisher exact.
2. Bila pada tabel 2x2 tidak ada nilai expected kurang dari 5 maka uji yang dipakai adalah continuity correction.
3. Bila tabelnya lebih dari 2x2, misalnya 3x2,3x3 maka yang digunakan uji pearson chi square.

Jika hasil P value < 0,05 maka ada hubungan bermakna antara variabel dependen dengan variabel Independen.

b. Odds Ratio (OR)

Data yang dihasilkan akan dianalisis dengan menggunakan *odds rasio* (OR) dengan confidence interval 95% untuk melihat besar hubungan antara faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat pada pengobatan massal di Kabupaten Banyuasin tahun 2009 .

Tabel.4.1. Analisa Perhitungan Prevalence Ood Ratio :

	Minum Obat	Tidak minum Obat	
Expose	a	b	a+b
Non Expose	c	d	c+d
	a+c	b+d	N

$$OR = \frac{a/a+b}{d/c+d}$$

Diharapkan dari hasil analisa akan didapatkan :

1. Bila  $OR > 1$ , maka variabel tersebut merupakan faktor resiko praktik minum obat filariasis .
2. Bila  $OR < 1$ , maka variabel tersebut merupakan faktor protektif praktik minum obat.
3. Bila  $OR = 1$ , maka variabel tersebut tidak ada hubungan dengan praktik minum obat di filariasis.



### 4.7.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis yang bertujuan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Riyanto, 2009). Jenis analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi logistik ganda, yang bertujuan untuk melihat variabel independen yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap variabel dependen. Uji ini dapat memasukkan beberapa variabel independen secara bersama-sama kedalam satu model.

Analisis regresi logistik yang digunakan yaitu regresi logistik ganda model faktor prediksi. Pemodelan ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal filariasis di Kabupaten Banyuwangi.

Tahapan pemodelan yang dilakukan ( Hastono, 2007 ) :

1. Melakukan seleksi, analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $P \text{ value} \leq 0.25$  maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat. Namun bisa saja  $P \text{ value} > 0.25$  tetap dapat dimasukkan kedalam multivariat bila secara substansi penting.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk kedalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai  $P \text{ value} \leq 0.05$  dan mengeluarkan variabel yang  $P \text{ value} > 0.05$ . Pengeluaran variabel tidak serentak tetapi secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai  $P \text{ value}$  terbesar. Pemilihan variabel ini dikenal dengan metode ENTER.
3. Melihat variabel independen yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen dengan melihat nilai  $\exp(B)$  untuk variabel yang signifikan. Semakin besar nilai  $\exp(B)$  semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Daerah Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Sukajadi Kecamatan Talang Kelapa Kabupaten Banyuasin Sumatera Selatan. Kelurahan Sukajadi termasuk ke dalam wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi. Kabupaten Banyuasin telah melakukan pengobatan massal secara bertahap sejak tahun 2002, sedangkan di Kecamatan Talang Kelapa khususnya Kelurahan Sukajadi baru dimulai pada tahun 2008. Sehingga pada tahun 2009 Kelurahan Sukajadi sudah melakukan pengobatan massal tahap kedua.

Kelurahan Sukajadi terdiri dari 68 RT, dengan jumlah penduduk 24.215 jiwa. Berdasarkan laporan hasil pengobatan massal filariasis Kabupaten Banyuasin pada tahun 2009, jumlah penduduk sasaran pengobatan filariasis yang harus diobati sebanyak 23.682 jiwa dan yang telah diobati sebanyak 18.978 jiwa.

#### 5.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2010. Pengumpulan data primer dibantu oleh petugas Puskesmas dan Kader Kesehatan. Sebelum pelaksanaan pengumpulan data dilakukan pelatihan terlebih dahulu kepada pewawancara sehingga ada persamaan persepsi terhadap isi kuesioner.

Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 30 responden untuk melihat apakah ada pertanyaan yang tidak valid. Setelah dilakukan analisa terhadap hasil uji coba kuesioner baru dilaksanakan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dari rumah ke rumah, jika kebetulan pada saat kegiatan Posyandu responden yang dimaksud datang ke Posyandu maka dilakukan wawancara pada saat itu.

Terdapat 2 pos pengobatan massal filariasis di Kelurahan Sukajadi. Penduduk yang ikut serta dalam kegiatan pengobatan massal mempunyai kartu berobat yang akan dipakai selama 5 tahun masa pengobatan. Jumlah penduduk yang mempunyai kartu berobat sebanyak 586 Keluarga.

### 5.3. Distribusi Responden

#### 5.3.1. Variabel Dependen

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah praktik minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal filariasis di Kelurahan Sukajadi tahun 2009. Berdasarkan hasil wawancara terhadap 172 (93,5%) responden, sebagian besar responden minum obat filariasis yang dibagikan pada saat pelaksanaan pengobatan filariasis (79,1%) dan 20,9% yang tidak minum obat filariasis yang dibagikan oleh petugas kesehatan (Tabel 5.1).

**Tabel. 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Praktik Minum Obat filariasis Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Praktik Minum Obat	Minum	136	79,1
		Tidak minum	36	20,9

#### 5.3.2. Variabel Independen

Ada 11 variabel independen yang akan diteliti yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis. Variabel tersebut adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi hambatan, persepsi manfaat, persepsi ancaman/bahaya dan kontrol petugas kesehatan.

##### 5.3.2.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi

Dari hasil wawancara terhadap 172 responden diketahui umur responden bervariasi dari 15 tahun sampai 75 tahun. Rata-rata umur responden adalah 40 tahun, kemudian responden dikelompokkan berdasarkan berisiko dan tidak berisiko untuk minum obat filariasis. Sebagian besar responden (50,6%) dikelompokkan pada kategori kelompok umur berisiko (Tabel 5.2).

Dari 172 responden yang diwawancarai sebanyak 113 responden laki-laki (65,7%) dan 59 responden (34,3%) perempuan. Sebagian besar responden berpendidikan rendah (61,0%) dan yang berpendidikan tinggi sebanyak (39%).

Sedangkan menurut jenis pekerjaan sebagian besar responden mempunyai pekerjaan ( 65,1%) ( Tabel 5.2).

**Tabel. 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Umur	Berisiko	87	50,6
		Tidak berisiko	85	49,4
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	113	65,7
		Perempuan	59	34,3
3	Pendidikan	Tinggi	67	39,0
		Rendah	105	61,0
4	Pekerjaan	Tidak bekerja	60	34,9
		Bekerja	112	65,1

#### 5.3.2.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dihitung berdasarkan skor hasil jawaban responden terhadap 9 pertanyaan tentang vektor, agen, gejala, pencegahan, penularan dan pengobatan, cara minum obat, dan efek samping obat filariasis. Setiap jawaban yang benar diberikan nilai 2 dan jika salah diberi nilai 1. Skor maksimal adalah 44, kemudian di kategorikan berdasarkan nilai rata-rata. Dikategorikan baik jika skor responden lebih besar dari skor rata-rata dan dikategorikan kurang apabila skor responden kurang atau sama dengan rata-rata. Hasil penelitian menunjukkan 91 responden berpengetahuan baik (59,9%) dan 81 responden berpengetahuan kurang baik (40,1%) ( Tabel 5.3) .

**Tabel. 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Pengetahuan	Baik	91	59,9
		Kurang	81	40,1

#### 5.3.2.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi

Pada tabel 5.3 terlihat distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap filariasis. Persepsi responden terhadap kerentanan filariasis di bagi menjadi dua

kelompok yaitu rentan dan tidak rentan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (69,8%) merasa rentan terhadap filariasis. Hanya sebagian kecil responden (7,0%) yang mempunyai persepsi bahwa filariasis bukan penyakit yang serius. Dari semua responden yang diwawancarai sebagian besar (80,2%) menyatakan ada hambatan untuk minum obat filariasis. Sebagian besar responden (68,8%) menganggap pengobatan yang dilakukan bermanfaat dan merupakan ancaman bagi sebagian responden (66,3%) (Tabel 5.4).

**Tabel. 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Persepsi kerentanan yang dirasakan	Rentan	120	69,8
		Tidak rentan	52	30,2
2	Persepsi keseriusan yang dirasakan	Serius	160	93,0
		Tidak serius	12	7,0
3	Persepsi hambatan minum obat	Tidak ada hambatan	34	19,8
		Ada hambatan	138	80,2
4	Persepsi manfaat minum obat	Bermanfaat	118	68,6
		Tidak bermanfaat	54	31,4
5	Persepsi Ancaman/ Bahaya	Ancaman	114	66,3
		Bukan ancaman	58	33,7

#### 5.3.2.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kontrol Petugas Kesehatan

Berdasarkan hasil pengolahan data sebagian besar responden (82,6%) menyatakan bahwa tidak ada kontrol dari petugas kesehatan untuk minum obat filariasis yang dibagikan (Tabel 5.5).

**Tabel. 5.5**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Kontrol Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun 2009**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Kontrol Petugas Kesehatan	Ada	30	17,4
		Tidak Ada	142	82,6

## 5.4. Analisis Bivariat

**Tabel. 5.6**  
**Hubungan Antara Variabel Independen dengan Praktik Minum Obat**  
**Filariasis di Wilayah Kerja Puskesmas Sukajadi Kelurahan Sukajadi tahun**  
**2009**

Variabel	Perilaku minum Obat				Total	Nilai Pv	OR	95%CI
	Minum		Tidak minum					
	n	%	n	%				
	<b>172</b>		<b>36</b>					
<b>Umur</b>								
Resiko	67	49,3	20	50,7	87	0,575	0,777	0,371 - 1,625
Tidak resiko	69	55,6	16	44,4	85			
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki-laki	87	77,0	26	23,0	113	0,432	0,683	0,304 - 1,534
Perempuan	49	83,1	10	16,9	59			
<b>Pendidikan</b>								
Tinggi	57	85	10	14,9	67	0,130	2,152	1,016 - 4,556
Rendah	79	75,2	26	24,8	105			
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak bekerja	50	83,3	10	16,7	60	0,432	1,512	0,674 - 3,392
Bekerja	86	76,7	26	23,3	112			
<b>Pengetahuan</b>								
Baik	89	86,4	14	15,4	91	<b>0,007</b>	2,976	1,395- 6,347
Kurang	47	68,1	22	27,2	81			
<b>Persepsi kerentanan</b>								
Rentan	100	83,3	20	16,7	120	<b>0,043</b>	2,222	1,039 - 4,751
Tidak rentan	36	69,2	16	30,8	52			
<b>Persepsi keseriusan</b>								
Serius	130	81,3	30	18,8	160	<b>0,028</b>	4,333	1,306 - 14,376
Tidak Serius	6	50,0	6	50,0	12			
<b>Persepsi hambatan</b>								
Tidak ada hambatan	29	85,3	5	14,7	34	0,480	1,680	0,600- 4,706
Ada hambatan	107	77,5	31	22,5	138			
<b>Persepsi manfaat</b>								
Bermanfaat	112	94,9	6	5,1	118	<b>0,000</b>	23,333	8,747 - 64,242
Tidak bermanfaat	24	79,1	30	55,6	54			
<b>Persepsi ancaman</b>								
Ancaman	97	85,1	17	14,9	114	<b>0,010</b>	2,780	1,310 - 5,900
Bukan ancaman	39	67,2	19	32,8	58			
<b>Kontrol Petugas</b>								
Ada	27	90,0	3	10,0	30	0,139	3,321	0,976 - 11,29
Tidak ada	109	76,8	36	20,9	172			

#### **5.4.1. Hubungan Umur dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Pada penelitian ini diperoleh rasio odds (OR) 0,777 yang artinya responden pada kelompok umur berisiko ( $\leq 40$  tahun) memiliki risiko untuk minum obat 0,777 kali dari pada kelompok umur yang tidak berisiko ( $> 40$  tahun). Dari hasil analisis diperoleh antara umur dengan praktik minum obat diperoleh nilai  $p = 0,575$  dengan  $95\% \text{ CI} = 0,371-1,625$ , yang artinya hubungan antara umur dengan praktik minum obat secara statistik tidak bermakna (Tabel 5.6).

#### **5.4.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktik Minum Obat Filariasis Proporsi**

Proporsi laki-laki yang tidak minum obat filariasis lebih besar (23%) dari pada perempuan (16,9%). Hasil analisis diperoleh odds ratio (OR) 0,683 yang artinya laki-laki mempunyai risiko minum obat filariasis 0,683 kali dibandingkan perempuan. Dari hasil analisis antara jenis kelamin dengan praktik minum obat diperoleh nilai  $p = 0,432$  dengan  $95\% \text{ CI} = 0,0304-1,534$ , yang artinya hubungan antara jenis kelamin dan praktik minum obat secara statistik tidak bermakna.

#### **5.4.3. Hubungan Pendidikan dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh proporsi responden yang berpendidikan tinggi mempunyai risiko yang lebih besar (85%) untuk minum obat filariasis di bandingkan responden dengan pendidikan rendah (75,2%). Peluang responden yang berpendidikan tinggi untuk minum obat filariasis 2,152 kali di bandingkan responden berpendidikan rendah. Uji statistik di peroleh nilai  $p = 0,130$  dengan  $95\% \text{ CI} = 1,016-4,556$ , yang artinya hubungan antara pendidikan dan praktik minum obat secara statistik tidak bermakna.

#### **5.4.4. Hubungan Pekerjaan dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Proporsi responden yang minum obat filariasis lebih tinggi pada kelompok yang tidak bekerja dibandingkan pada kelompok yang bekerja. Responden yang tidak bekerja mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 1,512 kali dibandingkan responden yang bekerja. Secara statistik hubungan antara pekerjaan dan praktik minum obat tidak bermakna karena dilihat dari nilai  $p = 0,423$  dengan  $95\% \text{ CI} = 0,674 -3,392$ .

#### **5.4.5. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis**

Pada kelompok responden yang minum obat filariasis, proporsi responden yang berpengetahuan baik (86,4) lebih tinggi dari pada yang berpengetahuan kurang (68,1%). Responden yang berpengetahuan baik mempunyai risiko 2,976 kali untuk minum obat filariasis di bandingkan responden yang berpengetahuan kurang. Pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan praktik minum obat filariasis karena dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p= 0,007$  dengan 95% CI = 1,935- 6,374 (Tabel 5.6).

#### **5.4.6. Hubungan Persepsi Kerentanan dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Hasil penelitian diperoleh nilai rasio odds (OR) = 2,222 yang artinya responden yang merasa rentan terhadap filariasis mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 2,222 kali dibandingkan responden yang tidak merasa rentan terhadap filariasis. Dari uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,043$  dengan 95%CI = 1,039–4,751 (Tabel 5.6) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara persepsi kerentanan terhadap filariasis dengan praktik minum obat filariasis.

#### **5.4.7. Hubungan Persepsi Keseriusan dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Dari tabel 5.6 terlihat bahwa responden yang minum obat filariasis lebih besar (81,3%) pada kelompok responden yang menganggap filariasis sebagai penyakit yang serius dibandingkan responden yang tidak menganggap serius filariasis (50%). Responden yang menganggap serius filariasis mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 4,333 kali dibandingkan yang tidak menganggap serius filariasis. Dari uji statistik didapatkan nilai  $p= 0,028$  dengan 95%CI = 1,306–14,376, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara persepsi keseriusan terhadap filariasis dengan praktik minum obat filariasis.



#### **5.4.8. Hubungan Persepsi Hambatan dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Pada tabel 5.6 dapat dilihat proporsi responden yang minum obat lebih tinggi pada kelompok responden yang merasa tidak ada hambatan untuk minum obat filariasis dibandingkan kelompok responden yang merasa ada hambatan minum obat filariasis tersebut. Responden yang merasa tidak ada hambatan untuk minum obat filariasis mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 1,68 kali dibandingkan responden yang merasa ada hambatan untuk minum obat filariasis. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,480$  dengan  $95\%CI = 0,600-4,706$  yang artinya secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara persepsi hambatan dengan praktik minum obat filariasis.

#### **5.4.9. Hubungan Persepsi Manfaat dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Proporsi responden yang minum obat lebih tinggi pada kelompok responden yang menyatakan bahwa pengobatan itu bermanfaat (94,9%) di bandingkan responden yang menyatakan tidak bermanfaat (79%). Responden yang merasakan pengobatan bermanfaat mempunyai risiko untuk minum obat 23,33 kali dibandingkan responden yang menyatakan pengobatan tidak bermanfaat. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,000$  dengan  $95\%CI = 8,74-64,242$  yang artinya secara statistik ada hubungan bermakna antara persepsi manfaat dengan praktik minum obat filariasis (Tabel 5.6).

#### **5.4.10. Hubungan Persepsi Ancaman dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Dari hasil analisis pada tabel 5.6 terlihat bahwa responden yang minum obat filariasis lebih tinggi pada kelompok responden yang menyatakan filariasis sebagai ancaman dibandingkan responden pada kelompok yang tidak menganggap filariasis sebagai ancaman. Responden yang menganggap filariasis sebagai ancaman/bahaya mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 2,78 kali dibandingkan responden yang menganggap filariasis bukan ancaman/bahaya. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,010$  dengan  $95\%CI = 1,310 - 5,900$  yang artinya secara statistik ada hubungan bermakna antara persepsi ancaman dengan praktik minum obat filariasis.

#### **5.4.11. Hubungan Kontrol Petugas dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Proporsi responden yang minum obat filariasis lebih tinggi pada kelompok responden yang ada kontrol petugas (90%) dibandingkan responden yang tidak ada kontrol petugas (76,8). Responden yang ada kontrol dari petugas kesehatan berisiko untuk minum obat filariasis 3,321 kali dibandingkan responden yang tidak ada kontrol dari petugas kesehatan. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,319$  dengan  $95\%CI = 0,976-11,29$  (tabel 5.6) yang artinya secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara kontrol petugas dengan praktik minum obat filariasis.

### **5.5. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan beberapa variabel independen secara bersamaan. Jenis analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik ganda, yang bertujuan untuk melihat beberapa faktor resiko yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap praktik minum obat filariasis.

#### **5.5.1. Pemilihan Variabel Independen Sebagai Kandidat Model**

Pada penelitian ini terdapat 11 variabel yang diduga berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis. Untuk melakukan uji multivariat, terlebih dahulu dilakukan penyaringan variabel melalui analisis bivariat antara variabel dependen dengan variabel independen. Variabel yang memiliki nilai  $p \leq 0,25$  dapat diikutsertakan dalam model multivariat selain itu variabel yang nilai  $p > 0,25$  tetapi secara substansi berhubungan tetap bisa diikutsertakan dalam model multivariat.

Berdasarkan hasil seleksi bivariat pada tabel 5.7 dapat diketahui dari 11 variabel independen, yang dapat menjadi kandidat untuk diikutsertakan pada model awal ada 7 variabel yaitu pendidikan, pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi ancaman, dan kontrol petugas seperti yang tercantum pada tabel dibawah ini :

**Tabel 5.7**  
**Hasil Seleksi Bivariat dan Variabel Yang Menjadi Kandidat Model Masuk ke Dalam Analisis Multivariat**

Variabel	Nilai Pv
Umur	0,502
Jenis Kelamin	0,347
Pendidikan	<b>0,116</b>
Pekerjaan	0,308
Pengetahuan	<b>0,004</b>
Persepsi kerentanan	<b>0,042</b>
Persepsi keseriusan	<b>0,020</b>
Persepsi hambatan	0,304
Persepsi manfaat	<b>0,000</b>
Persepsi ancaman	<b>0,008</b>
Kontrol petugas	<b>0,083</b>

### 5.5.2. Analisis Model Awal

Setelah mendapatkan variabel terpilih sebagai model awal, kemudian memilih variabel yang dianggap penting untuk masuk kedalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai  $p \leq 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang nilai  $p > 0,05$ . Pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai  $p$  yang paling besar.

**Tabel 5.8.**  
**Analisis Kandidat Model Awal yang masuk ke Analisis Multivariat**

Variabel	B	Pv	OR	95% C.I.
Pendidikan	0,674	0,246	1,961	0,63 - 6,12
Pengetahuan	0,950	0,096	2,586	0,85 - 7,90
Kerentanan	-2,094	0,005	0,123	0,03 - 0,54
Keseriusan	2,220	0,025	9,209	1,33 - 63,91
Manfaat	4,229	0,000	68,618	15,81 - 297,83
Ancaman	1,198	0,049	3,312	1,01 - 10,90
Kontrol petugas	2,973	0,006	19,541	2,40 - 159,42

Pada tabel 5.8 dapat terlihat bahwa variabel pendidikan mempunyai nilai  $p > 0,05$  yang paling besar, sehingga variabel pendidikan dikeluarkan dari model. Pada langkah selanjutnya variabel pendidikan tidak diikutsertakan lagi dalam analisis sehingga dihasilkan model baru tanpa variabel pendidikan ( tabel 5.9).

**Tabel 5.9.**  
**Hasil Analisis Model Awal Setelah Variabel Pendidikan dikeluarkan**

	B	Pv	OR	95% C.I.
Pengetahuan	0,967	0,085	2,630	0,88 -7,89
Kerentanan	-2,121	0,004	0,120	0,03 - 0,51
Keseriusan	2,438	0,014	11,447	1,64 -80,00
Manfaat	4,144	0,000	63,039	15,07 - 263,76
Ancaman	1,158	0,056	3,183	0,971 -10,43
Kontrol petugas	3,215	0,002	24,905	3,10 - 200,12

Hasil analisis model awal setelah variabel pendidikan dikeluarkan, terlihat ada satu variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$  yaitu variabel pengetahuan dengan nilai  $p = 0,085$  sehingga variabel pengetahuan dikeluarkan dari analisis, kemudian didapatkan model tanpa variabel pengetahuan (Tabel 5.10).

### 5.5.3. Analisis Model Akhir

**Tabel 5.10.**  
**Hasil Analisis Model Akhir**

	B	P	OR	95% C.I.
Kerentanan	-2,169	0,003	0,114	0,03 - 0,48
Keseriusan	2,680	0,005	14,587	2,33 - 95,08
Manfaat	4,132	0,000	62,303	15,43 - 251,50
Ancaman	1,313	0,028	3,718	1,15 - 11,96
Kontrol petugas	2,817	0,005	16,731	2,36 - 118,86

Pada tabel diatas tidak ditemukan variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$  sehingga semua variabel memenuhi syarat nilai  $p \leq 0,05$  untuk masuk sebagai model akhir. Variabel tersebut adalah persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi ancaman dan kontrol petugas.

#### **5.5.4. Faktor yang Paling Dominan yang Berhubungan dengan Praktik Minum Obat**

Untuk melihat variabel yang paling dominan berhubungan dengan praktik minum obat filariasis dapat dilihat dari nilai OR yang paling besar. Dalam penelitian ini faktor yang paling dominan berhubungan dengan praktik minum obat adalah variabel persepsi manfaat pengobatan filariasis dengan nilai OR = 62,3 (CI 95% : 15,43 – 251,5).



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1. KETERBATASAN PENELITIAN

##### 6.1.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dimana pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan sehingga hanya dapat menjelaskan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen tanpa menjelaskan hubungan sebab akibat antara variabel. Penelitian ini rentan dengan *temporal ambiguity* untuk beberapa exposure yang dilihat pada saat penelitian.

Banyak faktor yang mempengaruhi praktik minum obat filariasis, namun pada penelitian ini hanya dibatasi beberapa variabel saja, sehingga kemungkinan masih banyak variabel lain yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis belum diikutsertakan dalam penelitian ini.

##### 6.1.2. Instrumen Pengumpulan Data

Pada penelitian sebelumnya tidak ada pedoman instrumen atau kuesioner baku untuk pengumpulan data persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi hambatan, persepsi manfaat dan persepsi ancaman. Untuk itu penulis menggunakan acuan teori- teori dari kepustakaan, sebagai acuan untuk membuat instrumen pengumpulan data. Untuk meminimalisasi perbedaan persepsi antara pewawancara dilakukan pelatihan sehari sebelum pelaksanaan penelitian untuk menyamakan persepsi terhadap isi kuesioner.

##### 6.1.3. Bias

Bias informasi yang rentan terjadi adalah *recall bias* yaitu bias yang terjadi karena perbedaan akurasi antara daya ingat responden melaporkan kejadian yang sebenarnya. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2010 sedangkan pengobatan massal dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2009, selang waktu yang cukup lama dapat menyebabkan responden lupa apakah minum obat

atau tidak. Namun hal ini dapat diminimalisasi dengan hanya menanyakan pengobatan massal tahun 2009 dan pewawancara membawa contoh obat filariasis untuk memudahkan responden mengingat bahwa obat yang mereka minum adalah obat filariasis. Selain itu pelaksanaan pengobatan hampir bersamaan dengan pengobatan massal filariasis 2010 sehingga responden lebih mudah ingat sebelumnya pernah minum obat atau tidak.

Pengumpulan data yang dilakukan dalam waktu satu bulan memungkinkan adanya *maturation bias*, dimana selama pelaksanaan penelitian ada responden berubah selama pengukuran penelitian. Seperti perubahan pengetahuan dan perubahan persepsi. Jadi setelah selesai penelitian, peneliti tidak mungkin dapat menentukan apakah penyebab perbedaan tersebut adalah karena waktu atau variabel independen (Campbell, D.T, 1963).

Sebanyak 184 responden hanya sekitar 12 responden (6,5%) yang menolak berpartisipasi dalam penelitian, sehingga bias seleksi karena non respon rendah. Dari semua responden yang diwawancara didapatkan 36 responden yang tidak minum obat dan 136 responden yang minum obat. Untuk melakukan uji hubungan semua responden diambil sehingga kasus 4 kali lebih besar dari jumlah kontrol.

#### **6.1.4. Presisi dan Power Penelitian**

Pada beberapa variabel yang bermakna mempunyai presisi yang kurang tepat. Hal ini terlihat dari derajat kemaknaan (95% CI) yang lebar. Presisi yang kurang tepat ini dimungkinkan karena jumlah sampel yang kecil untuk mendapatkan rentang CI yang lebih sempit.

Pada perhitungan sampel penelitian ini belum memperhitungkan power penelitian. Setelah penelitian selesai dilakukan perhitungan power penelitian. Hanya beberapa variabel penelitian yang mempunyai power lebih dari 80%. Hal ini disebabkan karena jumlah sampel terlalu kecil sehingga power penelitian untuk beberapa variabel sangat rendah seperti pada lampiran 2.

## **6.2. PROPORSI MINUM OBAT**

Dari hasil penelitian didapatkan proporsi responden yang minum obat filariasis adalah 79,1%. Hasil ini lebih rendah dibandingkan dengan hasil penelitian Suherni (2008) yang mendapatkan proporsi minum obat filariasis 94,2% dan Kusumawardani (2009) yang mendapatkan proporsi minum obat filariasis 85% . Sebagian besar responden yang tidak minum obat beralasan takut karena efek samping obat filariasis dan mengganggu pekerjaan mereka sehari-hari.

Pelaksanaan pengobatan massal di Kelurahan Sukajadi pada tahun 2009 dilaksanakan lebih dahulu daripada pengobatan massal di Bandung Jawa Barat tahun 2009. Sehingga kemungkinan responden yang tidak minum obat lebih dikarenakan pengalaman tidak enak minum obat pada tahap pertama.

Pada pengobatan massal sebagian besar yang mengambil obat adalah wanita, mereka mendapatkan obat untuk satu keluarga. Ada beberapa kepala rumah tangga yang tidak minum obat karena saat pengobatan massal sedang pergi bekerja diluar daerah sehingga saat pulang lupa minum obat tersebut.

## **6.3. FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK MINUM OBAT**

### **6.3.1. Hubungan Umur Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Sasaran pengobatan massal adalah semua penduduk yang berusia dua tahun ke atas. Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah penduduk yang berumur diatas 15 tahun sampai 75 tahun. Rata-rata umur responden adalah 40 tahun. Dari hasil analisis didapatkan nilai  $p = 0,575$  artinya secara statistik umur tidak berhubungan bermakna dengan praktik minum obat filariasis. Hal ini mungkin disebabkan oleh proporsi responden pada kelompok kategori berisiko cenderung sama dengan kelompok kategori tidak berisiko.

Menurut Noor (2008), umur merupakan salah satu karakteristik seseorang yang berhubungan erat dengan keterpaparan. Selain itu juga mempunyai hubungan yang erat dengan pekerjaan, status perkawinan dan reproduksi.

Hasil ini sama dengan penelitian Suherni (2007), yang mendapatkan umur tidak berhubungan bermakna dengan Praktik minum obat filariasis. Berbeda



dengan hasil penelitian (Harjo, 2002) yang menyatakan anak-anak lebih patuh untuk minum obat kusta karena diawasi oleh orang tua.

### **6.3.2. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden adalah laki-laki. Proporsi laki-laki (23%) yang tidak minum obat filariasis lebih sedikit dari pada proporsi perempuan (16,9%) yang tidak minum obat filariasis. Secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku minum obat dimana nilai  $p=0,432$  dengan  $OR=0,683$  (95%CI : 0,304-1,534). Pada penelitian ini di dapatkan jenis kelamin laki-laki merupakan faktor protektif terhadap praktik minum obat filariasis walaupun secara statistik tidak bermakna. Hal ini kemungkinan disebabkan karena proporsi responden laki-laki lebih besar dari responden wanita.

Sebagian besar responden laki-laki tidak minum obat filariasis karena mereka tidak mau pekerjaan mereka terganggu oleh efek samping obat tersebut dan mereka pergi bekerja di tempat yang jauh sehingga saat pulang lupa untuk minum obat filariasis yang di bagikan.

Hasil ini hampir sama dengan hasil penelitian Suherni (2007) yang menunjukkan proporsi laki-laki yang tidak minum obat filariasis lebih tinggi dibandingkan perempuan. Penelitian Syaumaryadi (2000) juga menunjukkan bahwa pria lebih berisiko untuk tidak patuh minum obat TB dibandingkan perempuan. Menurut Galdas dkk (2005), laki-laki cenderung tidak mencari pengobatan untuk beberapa penyakit dibandingkan perempuan.

### **6.3.3. Hubungan Pendidikan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan rendah (61%). Responden yang mempunyai pendidikan tinggi mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 2,152 dibandingkan responden yang berpendidikan rendah, namun hubungan antara pendidikan dengan praktik minum obat filariasis secara statistik tidak bermakna. Hal ini karena pada tingkat pendidikan formal tidak ada informasi khusus tentang filariasis. Responden yang berpendidikan rendah mendapatkan informasi filariasis bukan dari jenjang pendidikan tetapi

sering mengikuti kegiatan di Posyandu sehingga mendapatkan informasi tentang filariasis.

Sejalan dengan penelitian Suherni (2007), Amarillo (2005) dan kusumawardani (2009) yang menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan praktik minum obat filariasis.

Menurut Notoatmodjo (2005), perubahan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan melalui pendidikan kesehatan didasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sedangkan menurut Siagian (1993), jenjang pendidikan formal berhubungan dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan.

#### **6.3.4. Hubungan Pekerjaan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Sebagian besar responden yang bekerja (23,3%) tidak minum obat filariasis yang dibagikan dibandingkan responden yang tidak bekerja (16,7%). Responden yang tidak mempunyai pekerjaan mempunyai risiko untuk minum obat 0,432 kali di bandingkan responden yang bekerja. Hal ini disebabkan oleh karena responden mempunyai anggapan bahwa dengan minum obat filariasis dapat menyebabkan demam, pusing dan mual, sehingga dapat mengganggu pekerjaan mereka. Selain itu obat filariasis merupakan salah satu pencegahan, sehingga masyarakat yang mendapat obat adalah orang yang merasa sehat sehingga mereka tidak merasa tertular filariasis.

Menurut Harjo (2002), penderita kusta yang bekerja cenderung lebih teratur berobat karena sebagian penderita kusta yang bekerja merasa malu untuk berhubungan dengan orang banyak sehingga ingin cepat sembuh.

Sama dengan hasil penelitian Suherni (2007) dan Amarillo (2007) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku minum obat filariasis.

#### **6.3.5. Hubungan Pengetahuan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Berdasarkan hasil analisis ternyata ada hubungan secara statistik antara pengetahuan dengan perilaku minum obat filariasis. Responden yang berpengetahuan tinggi mempunyai risiko 2,976 kali untuk minum obat filariasis

dibandingkan responden yang berpendidikan rendah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Suherni (2007) dan hasil penelitian Amarillo (2007) yang juga menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan perilaku minum obat filariasis.

Sebagian besar responden (86%) pernah mendengar istilah filariasis karena pengobatan massal filariasis di Kelurahan Sukajadi merupakan tahap kedua sehingga masyarakat pernah terpapar dengan obat filariasis, namun hanya 39,5% responden yang pernah bertemu dengan penderita filariasis. Sebagian besar responden tahu bahwa filariasis ditularkan melalui nyamuk tetapi tidak tahu bagaimana cara penularannya.

Masih ada anggapan bahwa penyakit filariasis adalah penyakit keturunan, hal ini disebabkan karena masyarakat melihat ada satu keluarga yang menderita filariasis. Sebanyak 59,5% responden tidak tahu penyebab filariasis, hal ini mungkin disebabkan kurangnya sosialisasi filariasis di masyarakat. Gejala filariasis yang paling banyak diketahui oleh responden adalah pembengkakan pada kaki, tangan, payudara dan kemaluan, dan hanya sedikit (1,2%) yang tahu bahwa kencing nanah merupakan salah satu gejala filariasis.

Sebanyak 45,3% responden menyatakan bahwa minum obat filariasis dapat mencegah tertular dari filariasis, namun masih ada responden yang tidak tahu apakah filariasis dapat diobati atau tidak. Hanya 24,3% responden yang tahu bahwa pengobatan massal dilakukan sekali setahun selama 5 kali.

Efek samping obat yang paling banyak diketahui oleh responden adalah sakit kepala, mual dan muntah. Sebagian besar responden tahu efek samping obat karena sudah pernah minum obat filariasis pada pengobatan filariasis tahap pertama. Sehingga ada kecenderungan pada pengobatan tahap kedua mereka tidak mau minum obat filariasis lagi.

Pendidikan secara tidak langsung mempunyai hubungan dengan pengetahuan. Hal ini terlihat pada kelompok yang berpendidikan tinggi (61,2%) cenderung mempunyai pengetahuan tinggi dibandingkan yang berpendidikan rendah (59%). Walaupun dalam pendidikan formal tidak ada pelajaran khusus tentang filariasis, tetapi responden mempunyai sumber pengetahuan lainnya seperti televisi dan surat kabar.

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui indera yang dimiliki. Bloom dalam Notoatmodjo (2007), membagi pengetahuan dalam 6 tingkatan yakni tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Pada tahap ini objek akan mengambil keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan berdasarkan pengetahuan tersebut. Pengetahuan dapat diperoleh dari penyuluhan langsung petugas kesehatan, media televisi, koran, buku.

Menurut Anorital dan Marleta (2004), faktor pengetahuan, sikap dan perilaku penderita positif *mikrofilaria* merupakan faktor penting yang perlu diidentifikasi agar pelaksanaan pengobatan dapat berjalan sampai selesai. Selain itu selama pengobatan perlu dilakukan pendampingan serta menjelaskan efek samping obat yang akan timbul sampai pada tahap tertentu efek samping akan semakin berkurang.

#### **6.3.6. Hubungan Persepsi kerentanan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Dari hasil analisis, responden yang merasa rentan terhadap filariasis sebanyak 68,8%. Responden yang merasa rentan terhadap filariasis mempunyai risiko minum obat filariasis 2,22 kali untuk minum obat filariasis dibandingkan responden yang tidak merasa rentan terhadap filariasis. Secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi kerentanan dengan perilaku minum obat filariasis. Hal ini kemungkinan terjadi karena responden merasa rentan atau dapat tertular filariasis sehingga mereka bersedia melakukan pencegahan dengan minum obat filariasis yang dibagikan oleh petugas kesehatan.

Proporsi responden yang merasa rentan (69,8%) terhadap filariasis lebih banyak dari responden yang tidak merasa rentan. Responden yang merasa tidak rentan terhadap filariasis cenderung tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang merasa rentan terhadap filariasis.

Di Kelurahan Sukajadi sendiri tidak ditemukan penderita kronis filariasis. Sehingga ada sebagian responden (44,4%) tidak minum obat filariasis karena merasa dirinya tidak dapat tertular filariasis. Persepsi kerentanan responden tentang filariasis dipengaruhi oleh pengetahuan. Pada kategori tingkat

pengetahuan baik, persepsi responden terhadap filariasis cenderung lebih baik (79,6%) dibandingkan pada kelompok responden berpengetahuan rendah (59,4%).

Rendahnya tingkat pengetahuan responden mengenai cara penularan dan gejala filariasis merupakan salah satu penyebab responden tidak merasa rentan terhadap filariasis. Masa inkubasi filariasis yang membutuhkan waktu lama untuk terjadinya pembengkakan pada anggota tubuh, menyebabkan responden yang merasa sehat, dan tidak tahu bahwa didalam tubuhnya sudah terdapat *mikrofilaria*.

Dalam teori model keyakinan kesehatan yang dikembangkan oleh Becker (1974) menyebutkan bahwa persepsi seseorang mengenai betapa mudahnya mereka terkena penyakit dan efektivitas pengobatan mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku.

### **6.3.7. Hubungan Persepsi Keseriusan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Responden yang minum obat filariasis sebanyak 82,3% menganggap filariasis sebagai penyakit yang serius sedangkan yang menganggap tidak serius 50%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan bermakna antara persepsi keseriusan dengan perilaku minum obat filariasis. Responden yang menganggap serius filariasis mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 4,33 kali dibandingkan responden yang tidak menganggap filariasis sebagai penyakit yang tidak serius.

Sebagian besar responden menyatakan filariasis sebagai penyakit yang parah tetapi masih ada responden yang menganggap filariasis sebagai penyakit yang tidak parah karena tidak menimbulkan kecacatan. Persepsi ini kemungkinan dikarenakan pengetahuan responden masih rendah tentang filariasis sehingga tidak tahu akibat dari penyakit kaki gajah yang akan ditimbulkan.

Pada kelompok responden yang berpengetahuan kurang, lebih banyak responden yang menyatakan penyakit filariasis bukan merupakan penyakit yang parah (4,1%) dibandingkan responden yang berpengetahuan baik. Selain itu, yang tidak minum obat lebih banyak pada kelompok responden yang berpengetahuan rendah (1%). Berdasarkan hasil penelitian lebih dari 95% responden menyatakan

bahwa penderita filariasis akan sulit bekerja, menemukan pasangan hidup dan mereka malu dengan kondisi mereka.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Aisyah (2001), yang memperlihatkan adanya hubungan bermakna antara persepsi keseriusan dengan kepatuhan berobat TB. Berdasarkan hasil penelitiannya sebagian responden yang berobat sudah dalam keadaan serius/ parah sehingga responden merasa khawatir dengan penyakitnya sehingga mendorong mereka untuk teratur berobat.

Hal ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* yang menyatakan tindakan individu untuk mencari pencegahan dan pengobatan didorong oleh tingkat keseriusan penyakit terhadap individu tersebut.

#### **6.3.8. Hubungan Persepsi Hambatan Dengan Praktik Minum Obat Filariasis**

Persepsi hambatan diukur dengan menggunakan pertanyaan tentang efek samping obat. Hambatan yang dimaksud adalah pengetahuan dan pengalaman tentang efek samping minum obat filariasis.

Dari semua responden yang diwawancarai, sebanyak 80,2% responden menyatakan ada hambatan dalam untuk minum obat filariasis. Responden yang menganggap tidak ada hambatan untuk minum obat filariasis mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 1,680 kali di bandingkan yang menganggap ada hambatan, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Hal ini kemungkinan karena jumlah sampel tidak mencukupi untuk membuktikan hubungan antara persepsi hambatan dengan perilaku minum obat.

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden (98,3%) pernah mendengar bahwa minum obat filariasis dapat menimbulkan efek samping. Responden yang tidak minum obat lebih banyak pada kelompok yang khawatir terhadap gejala tidak enak yang ditimbulkan oleh obat filariasis. Sebagian besar (83,7%) menyatakan gejala yang ditimbulkan oleh obat filariasis mengganggu kehidupan mereka sehari-hari.

### 6.3.9. Hubungan Persepsi Manfaat Dengan Praktik Minum Obat Filariasis

Responden yang menyatakan pengobatan filariasis bermanfaat mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 23,3 kali di bandingkan yang menyatakan tidak bermanfaat. Hal ini terlihat juga proporsi responden yang minum obat lebih tinggi pada kelompok responden yang menyatakan pengobatan filariasis bermanfaat (94,9%) dibandingkan responden yang merasa pengobatan filariasis tidak bermanfaat (79,1%).

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,00$  dengan  $CI95\% = 8,747 - 64,242$ . Hasil ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara persepsi manfaat dengan perilaku minum obat filariasis. Namun terlihat dari nilai CI yang lebar kemungkinan disebabkan oleh sampel yang kecil sehingga presisinya kurang tepat.

Pada kelompok responden yang berpengetahuan kurang, lebih banyak (10,1%) menyatakan bahwa obat filariasis tidak dapat mencegah tertular dari filariasis dibandingkan responden berpengetahuan tinggi (1%). Sebanyak 31,4% responden menyatakan tidak mau minum obat karena ada efek samping setelah minum obat filariasis tersebut. Pada kelompok responden yang berpengetahuan tinggi, lebih banyak (75,7%) responden yang tetap minum obat walaupun ada efek samping obat setelah minum obat di bandingkan responden pada kelompok pengetahuan rendah. Responden yang berpengetahuan rendah cenderung kurang memahami dampak dari filariasis, sehingga saat mereka tahu ada efek samping yang dapat mengganggu kegiatan mereka sehari-hari, mereka menolak untuk minum obat. Apabila responden mempunyai pengetahuan baik dan mempunyai persepsi bahwa obat tersebut bermanfaat dan dapat mencegah mereka dari tertular filariasis, walaupun ada efek samping mereka akan tetap minum obat tersebut.

Menurut Becker dalam Notoatmodjo (2005), apabila individu merasa dirinya rentan terhadap penyakit yang dianggapnya serius, maka ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat dan hambatan yang dirasakan. Umumnya manfaat lebih menentukan daripada hambatan yang mungkin ditemukan dalam melakukan suatu tindakan.

### 6.3.10. Hubungan Persepsi Ancaman Dengan Praktik Minum Obat Filariasis

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan yang bermakna antara persepsi ancaman dengan praktik minum obat filariasis. Responden yang menganggap filariasis sebagai suatu ancaman mempunyai risiko untuk minum obat 2,78 kali dibandingkan responden yang tidak merasa filariasis sebagai suatu ancaman.

Sebagian besar responden merasa bahwa filariasis merupakan ancaman/bahaya untuk diri mereka, Namun mereka menyatakan tidak mungkin menderita filariasis pada wawancara (65%). Kemungkinan hal ini disebabkan gejala awal filariasis yang hampir sama dengan penyakit lainnya, untuk deteksi sedini mungkin dan memerlukan pemeriksaan khusus. Sehingga responden yang merasa sehat tidak tahu bahwa dalam tubuhnya sudah ada *mikrofilaria*.

Apabila individu merasa terancam terhadap masalah yang akan ditimbulkan oleh suatu penyakit, maka responden akan melakukan suatu tindakan pencegahan. Sebagian responden pernah melihat gambar penderita filariasis melalui poster dan leaflet yang dibawa oleh petugas kesehatan saat membagikan obat. Walaupun responden tidak mempunyai gejala-gejala filariasis, karena merasa terancam dan takut tertular sehingga mau minum obat filariasis.

### 6.3.11. Hubungan Kontrol Petugas Dengan Praktik Minum Obat Filariasis

Dari hasil penelitian hanya 17,4% responden yang menyatakan ada kontrol dari petugas kesehatan saat minum obat filariasis. Hal ini disebabkan pengobatan massal di kelurahan disukajadi dilakukan di Posyandu dan Kantor Lurah. Pada pengobatan tahap pertama, masyarakat diminta untuk minum obat ditempat pengambilan obat berlangsung, tetapi pada tahap pengobatan tahap kedua (tahun 2009) penduduk tidak mau minum di tempat karena khawatir mengalami efek samping obat. Sebagian besar membawa obat pulang untuk diminum dirumah sebelum tidur sesuai anjuran petugas kesehatan untuk diminum sebelum tidur. Sebanyak 82,6% responden tidak minum obat didepan petugas, sehingga petugas tidak dapat mengontrol apakah obat diminum atau tidak.

Responden yang mendapatkan kontrol dari petugas kesehatan mempunyai risiko untuk minum obat filariasis 3,321 kali dibandingkan yang tidak ada kontrol



petugas kesehatan, namun hasil ini secara statistik menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara kontrol petugas dengan praktik minum obat.

Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Suherni di Jawa Barat (2007), yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kontrol petugas dengan praktik minum obat. Hal ini dikarenakan di Jawa Barat semua responden minum obat di Pos Pengobatan sehingga dapat langsung dikontrol oleh petugas kesehatan.

#### **6.4. FAKTOR YANG PALING DOMINAN BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK MINUM OBAT**

Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh 5 variabel yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis yaitu persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi ancaman dan kontrol petugas. variabel yang paling dominan dari kelima variabel tersebut adalah persepsi manfaat dengan odds ratio (OR) = 62,3 (95% CI : 15,43 – 251,50 ).

Persepsi manfaat merupakan variabel yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik minum obat filariasis pada pengobatan massal, karena apabila individu merasa rentan terhadap suatu penyakit yang dianggap serius maka ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada persepsinya terhadap manfaat dalam mendapatkan tindakan. Umumnya manfaat lebih menentukan daripada hambatan, sehingga walaupun ada efek samping obat filariasis jika individu merasakan obat dapat melindunginya dari tertular filariasis maka ia akan minum obat filariasis tersebut.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Suherni (2007) yang mendapatkan variabel dominan adalah distribusi obat dan penelitian Aisyah (2001) variabel dominan adalah persepsi keseriusan. Perbedaan ini disebabkan karena perbedaan variabel dalam penelitian.

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. KESIMPULAN

1. Proporsi responden yang minum obat filariasis pada pengobatan massal filariasis di wilayah Puskesmas Sukajadi 79,1 % dan proporsi yang tidak minum obat filariasis 20,9%.
2. Variabel-variabel yang berhubungan secara bermakna dengan praktik minum obat filariasis adalah pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan persepsi ancaman.
3. Variabel-variabel yang tidak berhubungan secara bermakna dengan praktik minum obat adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, persepsi hambatan dan kontrol petugas.
4. Variabel dominan yang berhubungan dengan praktik minum obat adalah persepsi manfaat terhadap pengobatan massal.

#### 7.2. SARAN

1. Berdasarkan adanya hubungan bermakna antara pengetahuan dengan praktik minum obat filariasis, perlu ditingkatkan pengetahuan masyarakat terutama tentang penularan dan pencegahan filariasis. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan penyuluhan langsung, menggunakan poster atau spanduk yang di pasang di tempat umum serta peningkatan sosialisasi pengobatan massal.
2. Berdasarkan adanya hubungan bermakna antara persepsi kerentanan dengan praktik minum obat filariasis, perlu diluruskan persepsi bahwa semua orang bisatertular filariasis. Sehingga perlu melakukan pencegahan agar tidak tertular filariasis, salah satunya dengan minum obat filariasis.
3. Berdasarkan adanya hubungan bermakna antara persepsi manfaat dengan praktik minum obat perlu diluruskan bahwa manfaat obat tidak dapat

dirasakan secara langsung tetapi apabila terlambat maka filariasis sulit untuk sembuh total dan mengakibatkan kecacatan.

4. Melakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar sehingga diperoleh derajat kemaknaan yang sempit dan melihat adanya hubungan kausal antara karakteristik individu, persepsi dengan praktik minum obat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Allport, Gordon W.1968, *Personality and social Encounter*, Beacon press, Boston.
- Anorital, 2004, *Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Penderita Filariasis Malayi selama pelaksanaan Pengobatan di Kabupaten Tabalong*, Media Litbangkes, Kesehatan,Vol (14)4. Jakarta.
- Armaid, 2002, *Hubungan Keberadaan PMO Dengan Keteraturan Minum Obat Penderita TB di Kabupaten Kerinci tahun 2001*, FKM UI, Depok.
- Ariawan, Iwan. 1998, *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*, FKM UI, Depok.
- Amarillo, Maria L. et al, 2007, *Factor Associated with the Acceptance of Mass Drug Administration for the Elimination of Lymphatic Filarial in Agusan Del Sur Philipines*, dari: [http://www. filariajournal.com](http://www.filarijournal.com)
- Ambarita,L.P, dkk. 2006, *Studi Komunitas Nyamuk di Desa Sebu bus Kabupaten Banyuasin Sumsel*, *Jurnal ekologi Kesehatan*, Vol.5 no.1, 268-375, Jakarta.
- Aisyah, 2001, *Hubungan Persepsi, Pengetahuan TB dengan keteraturan berobat TB di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur Tahun 2001*, FKM UI, Depok.
- Azwar, Saifudin. 2002, *Sikap Manusia Teori Skala dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajar, Jakarta
- Babu. BV, 2004, *Coverage, compliance and some operational issues of mass drug administration during the programme to eliminate lymphatic filariasis in Orissa India*, *Trop Med Int Health* 9: 702-709. dari: <http://www.filarijournal.com>
- Bell,C.1995, *Zoonosis: Infeksi yang Ditularkan Oleh Hewan ke Manusia*, Buku Kedokteran EKG, cetakan ke-1, Jakarta.
- Chin, dkk, 2006, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Edisi ke-17,Cetakan ke-2, CV Infomedika, Jakarta.
- Champbell,D.T, Stanley.J.C, 1963, *Experimental and Quasi Experimental design for research*, Rand McNally College publishing company, Chichago.
- Depkes RI. 2008, *Pedoman Eliminasi Filariasis di Indonesia*. Dirjen PP&PL, Jakarta.

- Depkes RI. 2002, *Pedoman Pengobatan Massal Penyakit Kaki Gajah*. Dirjen PP&PL, Jakarta.
- Dinkes Propinsi NTT, 2004, *Tools Kit Handbook : Buku Pegangan Alat Bantu Untuk Eliminasi Filariasis*, Dinkes Prop NTT.
- Dinkes Kabupaten Banyuasin, 2002-2009, *Laporan Tahunan Eliminasi Penyakit Kaki Gajah Kabupaten Banyuasin Propinsi Sumatera Selatan*.
- Dirjen PP&PL. 2009, *Profil Subdit Filariasis dan Schistomiasis Tahun 2008*, Jakarta.
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P, 2005, *Men and health help-seeking behaviour: literature review*, *Journal of Advanced Nursing*;49:616–23. [PubMed ] dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737222>
- Glanz, K., Rimer, BK & Lewis, FM (2002). *Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons.
- Graham R. Little,1999, *A Theory of Perception*, <http://www.griphilosophy.co.nz/paper1.htm> [28 Desember 2010]
- Green et.al,1980, *Health Education Planning A Diagnostic Approach California*, Mayfield publishing company.
- Haryuningtyas. D, Subekti,D.T, 2006, *Dinamika Filariasis Di Indonesia*, Lokakarya Nasional Penyakit Zoonosis dari: <http://www.peternakan.litbang.deptan.go.id/publikasi/lokakarya/lkzo05-38.pdf>
- Harjo, 2002, *Faktor yang berhubungan dengan ketidakteraturan berobat penderita kusta di Kabuapten Majalengka tahun 1998-2000*, FKM-UI, Depok.
- Hastono SP. 2007, *Analisis Data Kesehatan*, FKM UI, Depok.
- Heyman, L,et al, 2004, *Control of Communicable diseases Manual*, edisi ke-18, American Public Health Assosiation, Washington.
- Kasnodiharjo, M Soedomo,1987, *People's Attitude Toward Filariasis and DEC Treatment in Kumpeh area Jambi Sumatera*, Buletin Penelitian kesehatan, 15(3): 24-28, Jakarta.
- Kusuma D, 2009,*Gambaran factor predisposisi dan Praktik minum obat pada pengobatan massal filariasis di 7 RW kelurahan Bakti Jaya Depok tahun 2009*, FKM UI, Depok.

- Lemeshow, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Liang, L. et.al, 2008, *Impact of five annual round of mass drg administration with DEC and Albendazole on Wuchereria bancrofti infection in America samoa*, American society of tropical medicine and hygiene, 78(6):924-928, dari: <http://www.filariajournal.com>
- Modeste N. 2004, *Dictionary of Public Health Promotion and Education*, 2<sup>nd</sup> edition, Jhon Wiley & Sons Inc.
- Nanda. et all, 2007, *Delivery strategi of mass annual single dose DEC administration to eliminate lymphatic filariasis in the urban areas of pondicherry south India:5years of experience*, dari :<http://www.filariajournal.com/content/6/1/7>
- Notoatmodjo, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka cipta, Jakarta.
- Noor Nasri, 2008, *Epidemiologi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Oqueka.T,et all, 2005, *Impact of two rounds of mass drug administration using diethylcarbamazine combined with albendazole on the prevalence of Brugia timori and of intestinal helminthes on Alor island Indonesia*, dari: <http://www.filariajournal.com/content/4/1/5>.
- Perilaku Manusia, [http://id.wikipedia.org/wiki/Perilaku\\_manusia](http://id.wikipedia.org/wiki/Perilaku_manusia) [28 Desember 2010]
- Persepsi, <http://www.wordiq.com/definition/Perception>, [28 Desember 2010]
- Perception, <http://www.simplypsychology.pwp.blueyonder.co.uk/perception-theories.html>, [28 Desember 2010].
- Santoso. dkk, 2008, *Epidemiologi Filariasis di desa Sungai Rengit Kecamatan Talang Kelapa Kab.Banyuasin tahun 2006*, Buletin Penelitian Kesehatan Vol.36, No.2, Jakarta.
- Sarwono, Sarlito Wirawan 1991, *Teori-teori psikologi sosial*, Rajawali Press , Jakarta
- Sarwono, Sarlito Wirawan, 1999, *Psikologi sosial: psikologi kelompok dan psikologi terapan*: Balai Pustaka, Jakarta

- Setouhy, EL.et.al, 2007, *The effect of Compliance on the impact of mass drug Administration for elimination of lymphatic filariasis in Egypt*, American society of tropical medicine and hygiene,77(6):1069-1073. dari: <http://www.filariajournal.com>
- Siagian, Sondang P, 1995, *Teori motivasi dan aplikasinya* , Rineka Cipta, Jakarta
- Sarafino, E.P, 1998. *Health Psychology*, Third edition, Jhon Wiley & Sons, Inc. USA
- Soedarto, 1990, *Penyakit- Penyakit Infeksi di Indonesia*, Jakarta Widya Medika. Jakarta.
- Sopiyudin Dahlan. 2009, *Besar Sampel dan cara Pengambilan Sampel dalam penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Sudjadi F,A, 1996, *Habitat Alami Brugia malayi non periodic penyebab filariasis di Kalimantan Timur*, Berita Kedokteran Masyarakat, vol XXI (1).
- Suherni, 2008, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis pada Kegiatan Pengobatan Massal Filariasis di Kab. Subang, Jawa Barat tahun 2007*, FKM UI, Depok.
- Sutanto.Inge,dkk. 2008, *Parasitologi Kedokteran*,edisi ke-4, FKUI, Jakarta.
- Syaumaryadi, 2000, *Hubungan Efek Samping Obat Dengan Kepatuhan Berobat Penderita TB di Kota Palembang tahun 1999-2000*, FKM UI. Depok.
- Talbot et all, 2008, *Predictor Haiti of compliance in MDA for the treatment and prevention of lymphatic filariasis in leogane Haiti*, Trop Med Int Health 78(2).pp 283-288, dari: <http://www.filariajournal.com>
- Tomar& Kusnanto. H, 2007. *Proses Pengobatan massal filariasis di Kepulauan mentawai*, Working paper series (Program Magister kebijakan dan Manajemen pelayanan Kesehatan), UGM, no19.
- Thomas, J.C, 2001, *Infectious disease*, Oxford university Press, New York.
- Pratikna,A.W, 2001, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan* , PT Raja Grafindo, Jakarta.
- Riyanto, 2009, *Penerapan Analisis Multivariat dalam penelitian Kesehatan*. Niftra media press, Bandung.
- WHO, 2003, *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*,: Annual report on Lymphatic Filariasis 2002.
- WHO, 2009, *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*, *WHO weekly epidemiological record*, [online], 42:84:437-444. dari : <http://www.who.org>.

- WHO, 2010, Filariasis, online dari <http://www.who.int/topics/filarisis/en>
- Weil, 1997, *Filariasis test : A Rapid format antigen test for diagnostic of Bancroftian filariasis*, *Parasitol today*, 1997; 13:401-4.
- Weerasooriya, M.V et al, 2007, *Social Mobilization, Drug Coverage, Compliance and Adverse Reaction in Mass Drug Administration (MDA) Programme for Elimination of Lymphatic Filarial in Srilanka*, *Am trop med Hyg*, dari: <http://www.filariajournal.com/content/6/1/11>.
- Wirdani, 2000. *Hubungan Keberadaan PMO dengan Keteraturan Minum Obat Pada Penderita TB di Kabupaten Pandeglang*, FKM UI, Depok.
- Walgito, Bimo, 2003, *Psikologi sosial (suatu pengantar)*, Andi, Yogyakarta.





## Perhitungan Power Sampel

No	Variabel	P1 (%)	P2 (%)	N1	N2	1- $\beta$ (%)
1	Jenis Kelamin	0,493	0,556	36	136	9,8
2	Pekerjaan	0,833	0,767	36	136	7,5
3	Pendidikan	0,85	0,752	36	136	16,8
4	Pengetahuan	0,864	0,681	36	136	50,2
5	Persepsi kerentanan	0,833	0,692	36	136	28,7
6	Persepsi keseriusan	0,813	0,50	36	136	92,7
7	Persepsi manfaat	0,949	0,791	36	136	51
8	Persepsi hambatan	0,853	0,775	36	136	9,3
9	Persepsi ancaman	0,851	0,672	36	136	48
10	Kontrol petugas	0,90	0,768	36	136	33



**KUESIONER**  
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK MINUM**  
**OBAT FILARIASIS PADA KEGIATAN PENGOBATAN MASSAL**  
**FILARIASIS DI KABUPATEN BANYUASIN TAHUN 2009**

**INFORMED CONSENT**

Yth. Bapak/Ibu/Sdr/Sdri yang budiman,

Salah satu program eliminasi kaki gajah adalah dengan pengobatan massal penyakit kaki gajah pada daerah endemis untuk memutus mata rantai penularan. Peningkatan cakupan pengobatan merupakan salah satu indikator yang mempengaruhi keberhasilan program pengobatan massal penyakit kaki gajah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik minum obat kaki gajah di Kabupaten Banyuasin. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dengan memberikan jawaban yang sejujurnya akan membantu dalam validitas penelitian ini. Setiap jawaban yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya.

Setelah membaca penjelasan diatas, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Banyuasin,.....

Paraf responden

(                    )

Paraf pewawancara

(                    )

**Kode Pewawancara** :

**No Responden** :

**A. Karakteristik Responden**

A.1. Desa tempat tinggal :

A.2. Nama responden :

A.3. Umur responden :

A.4. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki  
2. Perempuan

A.5. Pendidikan : 1. Tidak tamat SD  
2. Tamat SD/ Sederajat  
3. Tamat SMP/Sederajat  
4. Tamat SMA/Sederajat  
5. Tamat Perguruan tinggi

A.6. Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja  
2. PNS/TNI/POLRI  
3. Karyawan swasta  
4. Wiraswasta  
5. Petani/Berkebun/berladang  
6. Ibu rumah tangga  
7. Lain-lain... ( sebutkan)

### **B. Praktik minum obat**

- B.1. Apakah pernah ada pengobatan massal kaki gajah di desa anda?
1. Ya
  2. Tidak (selesai)
  3. Tidak Tahu (selesai)
- B.2. Bagaimana cara pemberian obat kaki gajah tersebut ?
1. Ada petugas yang datang kerumah untuk memberikan obat tersebut
  2. Dari Puskesmas dan Posyandu
  3. Lainnya .....
- B.3. Apakah sebelumnya ada pemberitahuan mengenai pengobatan massal kaki gajah di desa Bapak/Ibu/Sda?
1. Ya
  2. Tidak
  3. Tidak tahu
- B.4. Apakah Bapak/Ibu/Sda menerima obat kaki gajah tersebut?
1. Ya
  2. Tidak (langsung ke C.1)
- B.5. Berapa macam obat yang diberikan? (Tunjukkan contoh obat DEC, Albendazole, Parasetamol, dan CTM minta responden untuk memilih obat yang diterima).....
- B.6. Apakah Bapak/Ibu/Sda minum obat kaki gajah pada pengobatan massal tersebut?
1. Ya (langsung ke pertanyaan B.8)
  2. Tidak
- B.7. Jika tidak, mengapa?.....( langsung ke pertanyaan C )
- B.8. Bila pernah minum obat tersebut, apakah kemudian timbul gejala-gejala tidak enak/kurang enak badan?
1. Ya
  2. Tidak (langsung ke pertanyaan C)
- B.9. Jika ya, gejala apa yang Bapak/Ibu/Sda rasakan?.....

### **C. Pengetahuan tentang kaki gajah :**

- C.1. Apakah pernah mendengar istilah filariasis atau penyakit kaki gajah?
1. Ya
  2. Tidak
- C.2. Apakah pernah melihat/ bertemu dengan penderita kaki gajah?
1. Ya
  2. Tidak
- C.3. Menurut Bapak/Ibu/Saudara penyakit kaki gajah dapat ditularkan?
1. Ya
  2. Tidak ( langsung ke C.6)
- C.4. Bila dapat ditularkan, melalui apa? (Pilih salah satu jawaban)
1. Nyamuk
  2. Lalat
  3. Alat makan
  4. Air
  5. Udara
  7. Ditularkan langsung oleh penderita itu sendiri
  8. Lain-lain.....
  9. Tidak tahu ( Langsung ke pertanyaan C.6)

- C.5. Bagaimana cara penularannya?.....
- C.6. Apa yang menyebabkan terjadinya penyakit kaki gajah? (Pilih salah satu jawaban)
1. Cacing
  2. Jamur/Bakteri/Virus
  3. Protozoa (*Tripanosoma, Aemoba, Plasmodium*)
  4. Menginjak tempat larangan atau keramat
  5. Penyakit keturunan
  6. Lain-lain.....
  7. Tidak tahu

- C.7. Apa saja gejala penyakit kaki gajah? (Jawaban boleh lebih dari satu)

	Ya	Tidak
A Pembengkakan pada kaki, tangan, payudara dan kemaluan	1	2
B Demam	1	2
C Sakit kepala	1	2
D Timbul bisul didaerah lipatan paha dan ketiak	1	2
E Kencing nanah (kiluria)	1	2
F Lain-lain.....	1	2
G Tidak tahu	1	2

- C.8. Bagaimana cara mencegah agar tidak tertular penyakit kaki gajah (Jawaban boleh lebih dari satu)

	Ya	Tidak
A Tidur menggunakan kelambu	1	2
B Memakai baju lengan panjang	1	2
C Menggunakan obat anti nyamuk (bakar, semprot,oles)	1	2
D Menggunakan kasa pada ventilasi di rumah	1	2
E Minum obat filariasis	1	2
F Lain-lain.....	1	2
G Tidak tahu	1	2

- C.9. Apakah penyakit kaki gajah dapat di obati?

1. Ya
2. Tidak ( Langsung ke pertanyaan no C.11)
3. Tidak Tahu ( Langsung ke pertanyaan C.11)

- C.10. Berapa kali pengobatan diberikan?

1. 1 kali setahun selama 5 tahun berturut-turut.
2. 1 kali
3. Tidak tahu

- C.11. Apakah setelah minum obat penyakit kaki gajah dapat menimbulkan gejala-gejala rasa tidak enak sebagai berikut : (Jawaban boleh lebih dari satu)

	Ya	Tidak
A Pusing/sakit kepala	1	2
B Mual/Muntah	1	2
C Diare	1	2
D Keluar cacing saat BAB	1	2
E Demam/ Menggigil	1	2
F Mengantuk	1	2
G Lain-lain.....	1	2
H Tidak tahu	1	2

## **PERTANYAAN TENTANG PERSEPSI**

Bapak/Ibu/Saudara diminta memberikan pendapat tentang persepsi terhadap risiko tertular penyakit kaki gajah, keparahan penyakit kaki gajah, manfaat pengobatan massal penyakit kaki gajah, hambatan dalam pengobatan massal kaki gajah, serta ancaman/bahaya penyakit kaki gajah. Pilih salah satu pendapat/jawaban yang tercantum/ terkandung dalam pertanyaan berikut.

### **D. Persepsi Kerentanan (Resiko terkena filariasis)**

D.1. Apakah di desa Bapak/Ibu/Sda ada penderita penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

D.2. Apakah Bapak/Ibu/Sda bisa tertular penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

D.3. Apakah semua orang bisa tertular penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

### **E. Persepsi Keseriusan (Keparahan)**

E.1. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah penyakit kaki gajah merupakan penyakit yang parah?

1. Ya
2. Tidak

E.2. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah penyakit kaki gajah dapat menimbulkan kecacatan?

1. Ya
2. Tidak

E.3. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah orang yang menderita kaki gajah akan sulit untuk bekerja dan mencari nafkah?

1. Ya
2. Tidak

E.4. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah orang yang menderita penyakit kaki gajah akan sulit menemukan pasangan hidup?

1. Ya
2. Tidak

E.5. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah orang yang menderita penyakit kaki gajah akan malu dengan kondisi mereka?

1. Ya
2. tidak

### **F. Persepsi tentang ketakutan akan efek samping obat (Hambatan)**

F.1. Apakah Ibu/Bapak/Sda pernah mendengar bahwa minum obat kaki gajah dapat menimbulkan gejala- gejala tidak enak seperti pusing, sakit kepala, mual, muntah, mengigil?

1. Ya
2. Tidak

F.2. Apakah Ibu/Bapak/Sda khawatir akan mengalami gejala-gejala tidak enak yang ditimbulkan oleh obat kaki gajah tersebut?

1. Ya
2. Tidak

F.3. Menurut Bapak/Ibu/Sda apakah gejala-gejala tidak enak tersebut dapat mengganggu kegiatan sehari-hari?

1. Ya
2. Tidak

#### **G. Persepsi tentang manfaat minum obat (Manfaat)**

G.1. Apakah menurut Bapak/Ibu/Sda, minum obat kaki gajah dapat mencegah tertular dari penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

G.2. Apakah Bapak/Ibu/Saudara tetap minum obat kaki gajah walaupun ada rasa tidak enak badan (efek samping obat) setelah meminum obat tersebut ?

1. Ya
2. Tidak

#### **H. Persepsi Ancaman**

H.1. Apakah penyakit kaki gajah merupakan ancaman/bahaya bagi diri Bapak/Ibu/Sda?

1. Ya
2. Tidak

H.2. Apakah mungkin Bapak/Ibu/saudara saat ini menderita penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

H.3. Apakah mungkin Bapak/Ibu/saudara menderita penyakit kaki gajah di waktu yang akan datang?

1. Ya
2. Tidak

H.4. Apakah mungkin ada anggota keluarga Bapak/Ibu/saudara saat ini menderita penyakit kaki gajah?

1. Ya
2. Tidak

H.5. Apakah mungkin ada anggota keluarga Bapak/Ibu/saudara menderita penyakit kaki gajah di waktu yang akan datang?

1. Ya
2. Tidak

#### **I. Ketersediaan tenaga pelaksana eliminasi filariasis**

I.1. Apakah di daerah Bapak/Ibu/Sda ada kader untuk penyakit kaki gajah?

1. Ada
2. Tidak ada ( Lanjut ke pertanyaan no J.1)
3. Tidak tahu ( Lanjut ke pertanyaan no J.1)

I.2. Apakah kader tersebut memberikan penjelasan tentang pengobatan massal kaki gajah ?

1. Ya
2. Tidak ( Lanjut ke pertanyaan no J.1)

I.3. Apakah penjelasan yang diberikan jelas?

1. Jelas
2. Tidak jelas

**J. Kontrol petugas pemberi obat filariasis**

K.1. Apakah petugas yang memberikan obat penyakit kaki gajah meminta Bapak/Ibu/Sda untuk meminum obat tersebut di depannya?

1. Ya
2. Tidak
3. Tidak tahu

Terima Kasih

