

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1. Analisis Univariat

5.1.1. Perilaku Minum Obat Filariasis

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Perilaku Minum Obat Filariasis	Jumlah	Persentase
Tidak minum obat	18	6,8
Minum obat	246	93,2
Total	264	100

Sebagian besar responden minum obat filariasis pada saat pelaksanaan pengobatan massal filariasis tahun 2007 yaitu sebanyak 246 orang (93,2%).

5.1.1.1. Alasan Tidak Minum Obat Filariasis

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Alasan Tidak Minum Obat Filariasis	Jumlah	Persentase
Takut efek samping obat	12	66,7
Tidak di tempat	2	11,1
Tidak tahu ada pengobatan massal filariasis	1	5,6
Tidak mengambil obat filariasis	1	5,6
Malas minum obat	1	5,6
Obat hilang	1	5,6
Total	18	100

Dari 18 responden yang tidak minum obat filariasis, sebagian besar (66,7%) mengatakan tidak minum obat filariasis karena takut efek samping obat filariasis.

5.1.2. Faktor Predisposisi

5.1.2.1. Karakteristik Demografi

5.1.2.1.1. Umur

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Kabupaten Subang tahun 2007

Variabel	Jumlah	Min – Max	Mean/Median	SD Mean	95% CI Mean
Umur	264	16 – 75	38,32/37,0	10,6	37,04 – 39,61

Dari tabel di atas diketahui rata-rata umur responden adalah 38,32 tahun (95% CI: 37,04 – 39,61) dengan median 37 tahun dan standar deviasi 10,6 tahun. Umur termuda responden 16 tahun dan umur tertua 75 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden diantara 37,04 sampai dengan 39,61 tahun. Distribusi umur responden secara keseluruhan tampak tidak normal, hal ini dilihat dari rasio skewness = 3,2 (nilai skewness 0,48 dan standar error 0,15) melebihi ± 2 . Dari uji *Kolmogorof-Smirnov* diketahui nilai *p value* = 0,003 ($p < 0,05$) yang artinya distribusi umur tidak normal. Untuk analisis selanjutnya menggunakan uji *Mann-Whitney U* karena variabel umur berdistribusi tidak normal dan variabel yang diuji adalah numerik (umur) dan kategorik (perilaku minum obat filariasis).

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Kabupaten
Subang tahun 2007

Variabel	Kategori Awal	n	%	Kategori D.O.	n	%
Jenis Kelamin (n = 264)	Laki-laki	55	20,8	Laki-laki	55	20,8
	Perempuan	209	79,2	Perempuan	209	79,2
Suku (n = 264)	Sunda	242	91,7	Suku sunda	242	91,7
	Jawa	20	7,6	Suku pendatang	22	8,3
	Bali	1	0,4			
	Lampung	1	0,4			
Pendidikan (n = 264)	Tidak tamat SD	45	17,0	Rendah	219	83,0
	Tamat SD	124	47,0			
	Tamat SMP	50	18,9			
	Tamat SMA	37	14,0	Tinggi	45	17,0
	Tamat PT	8	3,0			
Pekerjaan (n = 264)	PNS	5	1,9	Bekerja	118	44,7
	Karyawan swasta	10	3,8			
	ABRI	1	0,4			
	Wiraswasta	69	26,1			
	Petani	33	12,5			
	Tidak bekerja	146	55,3	Tidak bekerja	146	55,3
Pengetahuan	Nilai 0	13	4,9	Pengetahuan kurang	178	67,4
	Nilai 1	16	6,1			
	Nilai 2	28	10,6			
	Nilai 3	33	12,5			
	Nilai 4	49	18,6			
	Nilai 5	39	14,8			
	Nilai 6	20	7,6	Pengetahuan baik	86	32,6
	Nilai 7	20	7,6			
	Nilai 8	16	6,1			
	Nilai 9	12	4,5			
	Nilai 10	4	1,5			
	Nilai 11	5	1,9			
	Nilai 12	9	3,4			
Nilai 13	0	0				

5.1.2.1.2. Jenis Kelamin

Distribusi jenis kelamin responden di Kabupaten Subang tahun 2007 menunjukkan persentase yang lebih besar pada perempuan dari pada laki-laki, yaitu 79,2%.

5.1.2.1.3. Suku

Berdasarkan hasil analisis diperoleh suku sunda sebagai suku dengan persentase terbanyak (91,7%). Untuk keperluan analisis bivariat maka variabel suku dijadikan dua kategori yaitu suku sunda dan suku pendatang (Jawa, Bali, Lampung), dengan persentase masing-masing 91,7% dan 8,3%.

5.1.2.1.4. Pendidikan

Hasil analisis didapatkan bahwa tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah tamat SD, yaitu sebanyak 124 orang (47,0%). Untuk analisis lebih lanjut dengan menggunakan tabel 2 x 2 maka variabel pendidikan dibagi menjadi dua kategori yaitu pendidikan rendah (tidak tamat SD, tamat SD, tamat SMP) dan pendidikan tinggi (tamat SMA, tamat PT). Distribusi pendidikan rendah sebanyak 219 orang (83%) dan pendidikan tinggi sebanyak 45 orang (17%).

5.1.2.1.5. Pekerjaan

Hasil distribusi responden menurut pekerjaan didapatkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja, yaitu sebanyak 146 orang (55,3%). Analisis lebih lanjut dari variabel pekerjaan menggunakan tabel 2 x 2, untuk itu variabel pekerjaan dibagi menjadi kategori bekerja (PNS, karyawan swasta, ABRI, wiraswasta, petani) sebanyak 118 orang (44,7%) dan tidak bekerja sebanyak 146 orang (55,3%).

5.1.2.2. Pengetahuan tentang Filariasis

Dari hasil analisis diketahui bahwa responden yang menjawab 4 jawaban benar memiliki jumlah yang paling besar, yaitu 49 orang (18,6%). Untuk

memudahkan analisis lebih lanjut maka variabel pengetahuan dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu pengetahuan kurang (67,4%) dan pengetahuan baik (32,6%).

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Vektor, Agen, Gejala dan Pencegahan Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Pengetahuan	Kategori Awal	n	%	Kategori D.O.	n	%
Vektor (n = 264)	Nyamuk	179	67,8	Benar	179	67,8
	Lalat	3	1,1	Salah	85	32,2
	Alat makan	2	0,8			
	Makanan	1	0,4			
	Penularan langsung	1	0,4			
Tidak menjawab	78	29,5				
Agen (n = 264)	Cacing	104	39,4	Benar	104	39,4
	Jamur	1	0,4	Salah	160	60,6
	Bakteri	6	2,3			
	Virus	5	1,9			
Tidak menjawab	148	56,1				
Gejala (n = 264)	1 jawaban benar	139	52,7	Benar	211	79,9
	2 jawaban benar	33	12,5			
	3 jawaban benar	24	9,1			
	4 jawaban benar	12	4,5			
	5 jawaban benar	3	1,1			
	Tidak menjawab	53	20,1	Salah	53	20,1
Pencegahan (n = 264)	1 jawaban benar	69	26,1	Benar	248	93,9
	2 jawaban benar	83	31,4			
	3 jawaban benar	47	17,8			
	4 jawaban benar	21	8,0			
	5 jawaban benar	9	3,4			
	6 jawaban benar	19	7,2			
	Tidak menjawab	16	6,1	Salah	16	6,1

5.1.2.2.1. Vektor Filariasis

Sebanyak 179 responden (67,8%) dari 264 responden sudah mengetahui dengan benar bahwa filariasis ditularkan oleh nyamuk.

5.1.2.2.2. Agen Filariasis

Dari tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar responden (56,1%) sama sekali tidak tahu atau tidak menjawab saat ditanyakan agen penyebab dari filariasis.

5.1.2.2.3. Gejala Filariasis

Dari 264 responden yang ditanya tentang gejala filariasis, sebagian besar responden menjawab 1 jawaban benar yaitu sebanyak 139 orang (52,7%).

5.1.2.2.4. Pencegahan Filariasis

Responden yang menjawab cara pencegahan filariasis dengan benar sebanyak 248 orang (93,9%), sedangkan responden yang tidak menjawab atau menjawab tidak tahu sebanyak 16 orang (6,1%).

5.1.3. Faktor Pemungkin

Tabel 5.6.

Distribusi Responden Berdasarkan Penerimaan Obat Filariasis, Alasan Tidak Menerima Obat Filariasis, Pendistribusian Obat Filariasis dan Ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Variabel	Kategori Awal	Jumlah	Persentase
Penerimaan Obat Filariasis (n = 264)	Tidak menerima obat	4	1,5
	Menerima obat	260	98,5
Alasan Tidak Menerima Obat Filariasis (n = 4)	Tidak tahu	1	25,0
	Tidak di tempat	2	50,0
	Tidak mengambil obat	1	25,0
Pendekatan Distribusi Obat Filariasis (n = 260)	Puskesmas	11	4,2
	Pos pengobatan massal	124	47,7
	Kumpulan pengajian	1	0,4
	Petugas datang ke rumah	124	47,7
Ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis (n = 264)	Tidak ada	57	21,6
	Ada	207	78,4

5.1.3.1. Penerimaan Obat Filariasis

Dari tabel di atas dapat terlihat bahwa hampir semua responden (98,5%) menerima obat filariasis pada saat pengobatan massal filariasis berlangsung. Sedangkan responden yang tidak menerima obat filariasis sebanyak 1,5%.

5.1.3.1.1. Alasan Tidak Menerima Obat Filariasis

50% dari 4 responden mengaku tidak menerima obat filariasis dikarenakan tidak di tempat pada saat pengobatan massal filariasis berlangsung.

5.1.3.2. Pendistribusian Obat Filariasis

Dari 260 responden yang menerima obat filariasis, jumlah responden yang mendapatkan obat dari petugas yang mengantarkan obat ke rumah sama dengan responden yang memperoleh obat dari pos pengobatan massal filariasis, yaitu sebesar 124 orang (47,7%). Analisis lebih lanjut variabel pendistribusian obat filariasis menggunakan tabel 2 x 2. Untuk itu variabel ini dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, pengajian) dan pendekatan rumah ke rumah (petugas datang ke rumah mengantarkan obat filariasis) dengan persentase masing-masing 52,3% dan 47,7%.

5.1.3.3. Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis

5.1.3.3.1. Ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis

Sebanyak 207 responden dari 264 responden (78,4%) mengatakan ada Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis di daerah mereka.

5.1.3.3.2. Informasi yang Diberikan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis tentang Pengobatan Massal Filariasis

Tabel 5.7.
Distribusi Responden Berdasarkan Informasi yang Diberikan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis tentang Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Informasi TPE Filariasis tentang Pengobatan Massal Filariasis						Total	
Ada informasi				Tidak ada informasi			
Informasi yang diberikan jelas		Informasi yang diberikan tidak jelas					
n	%	n	%	n	%	n	%
131	63,3	63	30,4	13	6,3	207	100

Dari 207 responden yang mengatakan ada TPE di daerahnya sebagian besar menjawab TPE memberikan informasi tentang pengobatan massal filariasis dengan jelas sebanyak 131 orang (63,3%).

5.1.4. Faktor Penguat

5.1.4.1. Kontrol Petugas Pemberi Obat Filariasis

Tabel 5.8.
Distribusi Responden Berdasarkan Kontrol Petugas Pemberi Obat Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Kontrol Petugas	Jumlah	Persentase
Tidak ada	151	57,2
Ada	113	42,8
Total	264	100

Dari hasil analisis tentang kontrol petugas, terlihat bahwa distribusi petugas pemberi obat filariasis untuk meminta responden minum obat di depan petugas

hampir sama dengan distribusi tidak ada kontrol petugas, masing-masing sebesar 42,8% dan 57,2%.

5.1.5. Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

Tabel 5.9.
Distribusi Responden Berdasarkan Ada/tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis dan Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Variabel	Kategori Awal	n	%	Kategori D.O.	n	%
Ada/tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis (n = 264)	Tidak ada	1	0,4	-	-	-
	Ada	263	99,6			
Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis (n = 263)	Media cetak	6	2,3	Selain komunikasi interpersonal	116	44,1
	Penyuluhan massal	110	41,8			
	Komunikasi interpersonal	147	55,9	Komunikasi interpersonal	147	55,9

5.1.5.1. Ada/Tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

Dari 264 responden yang ditanyai tentang ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis di daerah mereka, hanya 1 orang (0,4%) yang menjawab tidak ada.

5.1.5.2. Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

Dari 263 responden yang mengatakan ada sosialisasi pengobatan massal filariasis di daerahnya, sebagian besar responden (55,9%) tahu ada pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal dari Tenaga Pelaksana Eliminasi filariasis, petugas kesehatan atau tokoh masyarakat. Untuk analisis lebih lanjut

variabel jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis dijadikan dua kategori, yaitu selain komunikasi interpersonal (media cetak, penyuluhan massal) dengan persentase 44,1% dan komunikasi interpersonal dengan persentase 55,9%.

5.1.6. Efek Samping Obat Filariasis

Tabel 5.10.
Distribusi Responden Berdasarkan Ada/Tidak Ada Efek Samping Obat Filariasis, Efek Samping yang Dirasakan, Cara Mengatasi Efek Samping Obat Filariasis, Makan/Tidak Makan Sebelum Minum Obat Filariasis dan Waktu Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Variabel	Kategori Awal	Jumlah	Persentase
Ada/Tidak Ada Efek Samping (n = 246)	Ada	78	31,7
	Tidak ada	168	68,3
Efek Samping yang Dirasakan (responden dapat memilih lebih dari 1 efek samping) (n = 78)	Sakit kepala	71	91,03
	Muntah	6	7,69
	Mengantuk	9	11,54
	Mual	22	28,21
	Keluar cacing saat BAB	2	2,56
	Nyeri otot	4	5,13
	Demam	7	8,97
Cara Mengatasi Efek Samping Obat Filariasis (n = 78)	Istirahat	64	82,1
	Minum obat sendiri	4	5,1
	Pergi ke pelayanan kesehatan	10	12,8
Makan/Tidak Makan Sebelum Minum Obat Filariasis (n = 246)	Tidak makan	5	2,0
	Makan	241	98,0
Waktu Minum Obat Filariasis (n = 246)	Pagi	1	0,4
	Siang	3	1,2
	Malam	242	98,4

5.1.6.1. Ada/Tidak Ada Efek Samping Obat Filariasis

Dari 246 responden yang minum obat filariasis, 78 responden (31,7%) mengaku mengalami efek samping obat filariasis.

5.1.6.2. Efek Samping yang Dirasakan

Dari 78 responden yang mengalami efek samping obat filariasis, sakit kepala merupakan efek samping yang paling banyak dirasakan yaitu sebesar 91,03%. Total persentase efek samping yang dirasakan responden tidak sama dengan 100% dikarenakan satu orang responden dapat memilih lebih dari satu efek samping obat filariasis.

5.1.6.3. Cara Mengatasi Efek Samping Obat Filariasis

Sebanyak 64 responden (82,1%) dari 78 responden yang mengalami efek samping obat filariasis mengaku mengatasi efek samping obat filariasis dengan beristirahat.

5.1.6.4. Makan/Tidak Makan Sebelum Minum Obat Filariasis

Dari 246 responden yang minum obat filariasis didapatkan hasil 5 orang (2,0%) yang tidak makan sebelum minum obat filariasis.

5.1.6.5. Waktu Minum Obat Filariasis

Dari 246 responden yang minum obat filariasis, sebagian besar responden minum obat filariasis pada malam hari yaitu sebanyak 242 orang (98,4%).

5.2. Analisis Bivariat

5.2.1. Hubungan Faktor Predisposisi dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

5.2.1.1. Hubungan Karakteristik Demografi dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Tabel 5.11.
Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi dengan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

Karakteristik Demografi	Perilaku Minum Obat				Total		PR (95% CI)	P value
	Tidak Minum Obat		Minum Obat					
	n	%	n	%	n	%		
Jenis kelamin (n = 264)								
• Laki-laki	4	7,3	51	92,7	55	100	1,09 (0,37 – 3,17)	1,00
• Perempuan	14	6,7	195	93,3	209	100		
Suku (n = 264)								
• Sunda	18	7,4	224	92,6	242	100	1,87* (0,26 – 13,36)	0,38
• Suku pendatang	0	0	22	100	22	100		
Pendidikan (n = 264)								
• Rendah	14	6,4	205	93,6	219	100	0,72 (0,25 – 2,08)	0,52
• Tinggi	4	8,9	41	91,1	45	100		
Pekerjaan (n = 264)								
• Bekerja	9	7,6	109	92,4	118	100	1,24 (0,51 – 3,02)	0,82
• Tidak bekerja	9	6,2	137	93,8	146	100		
Pengetahuan								
• Kurang	17	9,6	161	90,4	178	100	8,21 (1,11 – 60,71)	0,023
• Baik	1	1,2	85	98,8	86	100		

Keterangan: * nilai aproksimasi (perkiraan) menggunakan *statcalc Epi Info* dengan menambahkan nilai 1 pada masing-masing sel

5.2.1.1.1. Hubungan Umur dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Pada analisis univariat telah diketahui variabel umur berdistribusi tidak normal. Jadi hubungan variabel umur yang berskala kontinyu dengan variabel perilaku minum obat filariasis yang berskala kategorik pada analisis bivariat dilakukan uji *Mann-Whitney U* dengan hasilnya adalah $p = 0,396$ ($p \geq 0,05$). Hal ini

berarti *tidak ada hubungan yang bermakna* antara umur dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.1.1.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Proporsi laki-laki (7,3%) untuk tidak minum obat filariasis hampir sama dengan proporsi perempuan untuk tidak minum obat filariasis (6,7%). Peluang laki-laki untuk tidak minum obat filariasis 1,09 kali lebih besar dibandingkan peluang wanita untuk tidak minum obat filariasis. Namun, perbedaan peluang ini secara statistik tidak bermakna (95% CI : 0,37 – 3,17). Dari nilai p (1,00) yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa *tidak ada hubungan yang bermakna* antara jenis kelamin dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.1.1.3. Hubungan Suku dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Hasil analisis hubungan antara suku dengan perilaku minum obat filariasis, diperoleh 18 responden (7,4%) yang tidak minum obat filariasis bersuku sunda. Sedangkan responden dengan suku selain sunda tidak ada yang tidak minum obat filariasis (0%). Peluang suku sunda untuk minum obat filariasis 1,87 kali lebih besar dibanding peluang suku pendatang (Jawa, Bali, Lampung) untuk tidak minum obat filariasis, perbedaan peluang ini secara statistik tidak bermakna (95% CI : 0,26 – 13,36). Namun bila dilihat dari nilai p (0,38), disimpulkan *tidak ada hubungan yang bermakna* antara suku dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.1.1.4. Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Berdasarkan hasil analisis bivariat, didapatkan bahwa proporsi responden yang berpendidikan rendah yang tidak minum obat filariasis (6,4%) lebih kecil dibandingkan proporsi responden berpendidikan tinggi (8,9%). Peluang responden yang berpendidikan rendah untuk tidak minum obat filariasis 0,72 kali lebih kecil dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi. Namun, perbedaan peluang ini tidak bermakna (95% CI : 0,25 – 2,08) dan dari uji statistik disimpulkan *tidak ada hubungan yang bermakna* antara pendidikan dengan perilaku minum obat filariasis ($p = 0,52$).

5.2.1.1.5. Hubungan Pekerjaan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Pada kelompok tidak minum obat filariasis, proporsi responden yang bekerja dan tidak bekerja hampir sama yaitu masing-masing 7,6% dan 6,2%. Dari hasil analisis didapatkan peluang responden yang bekerja untuk tidak minum obat filariasis 1,24 kali lebih besar daripada peluang responden yang tidak bekerja, namun perbedaan peluang ini tidak bermakna (95% CI : 0,51 – 3,02). Bila dilihat dari nilai p (0,82) yang lebih besar dari nilai α (0,05) maka diketahui *tidak ada hubungan yang bermakna* antara pekerjaan dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.1.2. Hubungan Pengetahuan tentang Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Proporsi responden yang berpengetahuan kurang lebih tinggi (9,6%) untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang berpengetahuan tinggi (1,2%). Responden dengan pengetahuan tentang filariasis kurang, berpeluang 8,21

kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang berpengetahuan baik. Hubungan antara pengetahuan dan perilaku minum obat filariasis bermakna secara statistik ($p = 0,023$). Dengan demikian disimpulkan *ada hubungan yang bermakna* antara pengetahuan dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.2. Hubungan Faktor Pemungkin dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Tabel 5.12.
Distribusi Frekuensi Faktor Pemungkin dengan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

Faktor Pemungkin	Perilaku Minum Obat				Total		PR 95% CI	P value
	Tidak Minum Obat		Minum Obat					
	n	%	n	%	n	%		
Penerimaan Obat (n=264)								
• Tidak terima	4	100	0	0	4	100	18,57 (11,16- 30,91)	0,000
• Terima	14	5,4	246	94,6	260	100		
Pendistribusian Obat (n = 260)								
• Pendekatan selain rumah ke rumah	3	2,2	133	97,8	136	100	0,25 (0,07- 0,87)	0,035
• Pendekatan rumah ke rumah	11	8,9	113	91,1	124	100		
Ketersediaan TPE (n=264)								
• Tidak ada	7	12,3	50	87,7	57	100	2,31 (0,94 – 5,69)	0,08
• Ada	11	5,3	196	94,7	207	100		

5.2.2.1. Hubungan Penerimaan Obat Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Berdasarkan hasil uji *Chi Square* didapatkan proporsi responden yang tidak terima obat yang tidak minum obat filariasis (100%) lebih tinggi dibandingkan proporsi responden yang terima obat filariasis (5,4%). Dari nilai peluang yang didapat, responden yang tidak menerima obat filariasis 18,57 kali lebih besar untuk

tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang menerima obat filariasis tetapi tidak minum obat filariasis. Perbedaan peluang ini secara statistik bermakna (95% CI : 11,16 – 30,91). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan *ada hubungan yang bermakna* antara penerimaan obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.2.2. Hubungan Pendistribusian Obat Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Dari 260 responden yang menerima obat filariasis, proporsi responden yang tidak minum obat filariasis sebanyak 2,2% pada responden yang memperoleh obat filariasis dengan pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, kumpulan pengajian) lebih kecil bila dibandingkan proporsi responden yang memperoleh obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah (8,9%). Nilai peluang yang didapat dari hasil analisis sebesar 0,25 (95% CI : 0,07 – 0,87), artinya secara bermakna responden yang memperoleh obat filariasis melalui pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, kumpulan pengajian) mempunyai peluang 0,25 kali lebih kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang memperoleh obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah. Dari hasil uji bivariat didapat nilai $p = 0,035$, maka disimpulkan *ada hubungan yang bermakna* antara pendistribusian obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.2.3. Hubungan Ketersediaan TPE Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Proporsi responden yang tidak minum obat filariasis dengan tidak tersedianya TPE filariasis di daerah responden tersebut sebanyak 12,3%. Proporsi tersebut lebih besar bila dibandingkan dengan proporsi responden yang tidak minum obat filariasis yang mengatakan di daerahnya ada TPE filariasis (5,3%). Peluang responden untuk tidak minum obat filariasis pada kelompok yang tidak tersedia TPE filariasis 2,31 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang tersedia TPE filariasis. Namun, secara statistik nilai peluang ini tidak bermakna (95% CI : 0,94 – 5,69) dan dari nilai p (0,08) disimpulkan *tidak ada hubungan yang bermakna* antara ketersediaan TPE filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.3. Hubungan Faktor Penguat dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

5.2.3.1. Hubungan Kontrol Petugas Pemberi Obat Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Tabel 5.13.

Distribusi Frekuensi Faktor Penguat dengan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007

Faktor Penguat	Perilaku Minum Obat				Total		PR (95% CI)	P value
	Tidak Minum Obat		Minum Obat					
	n	%	n	%	n	%		
Kontrol Petugas (n = 264)								
• Tidak ada	18	11,9	133	88,1	151	100	14,28*	0,000
• Ada	0	0	113	100	113	100	(1,94 – 105,14)	

Keterangan: * nilai aproksimasi (perkiraan) menggunakan *statcalc Epi Info* dengan menambahkan nilai 1 pada masing-masing sel

Proporsi responden yang tidak minum obat filariasis yang tidak dikontrol petugas pemberi obat filariasis (11,9%) lebih tinggi dibandingkan responden yang tidak minum obat yang dikontrol petugas pemberi obat filariasis (0%). Nilai peluang yang diperoleh dari hasil analisis bivariat sebesar 14,28 (95% CI : 1,94 – 105,14) artinya secara bermakna responden yang tidak dikontrol oleh petugas pemberi obat filariasis mempunyai peluang 14,28 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang dikontrol petugas pemberi obat filariasis. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$, maka dapat disimpulkan *ada hubungan yang bermakna* secara statistik antara kontrol petugas pemberi obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.4. Hubungan Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Tabel 5.14.
Distribusi Frekuensi Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis	Perilaku Minum Obat				Total		PR 95% CI	P value
	Tidak Minum Obat		Minum Obat					
	n	%	n	%	n	%		
Ada/Tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis (n = 264)								
• Tidak ada	1	100	0	0	1	100	15,47 (9,77 – 24,5)	0,07
• Ada	17	6,5	246	93,5	263	100		
Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis (n = 263)								
• Selain komunikasi interpersonal	2	1,7	114	98,3	116	100	0,17 (0,04 – 0,72)	0,012
• Komunikasi interpersonal	15	10,2	132	89,8	147	100		

5.2.4.1. Hubungan Ada/Tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Proporsi responden yang tidak mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis yang tidak minum obat filariasis adalah 100%, lebih besar dibandingkan proporsi responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis yang tidak minum obat filariasis (6,5%). Nilai peluang yang didapat dari uji *Chi Square* adalah 15,47, artinya responden yang tidak mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis 15,47 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis. Namun, perbedaan peluang ini tidak bermakna (95% CI : 9,77 – 24,5). Bila dilihat dari nilai *p* (0,07) disimpulkan *tidak ada hubungan yang bermakna* antara ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

5.2.4.2. Hubungan Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis dengan Perilaku Minum Obat Filariasis

Proporsi responden yang mendapatkan informasi pengobatan massal filariasis dengan cara komunikasi interpersonal lebih tinggi (10,2%) untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang mendapatkan informasi pengobatan massal filariasis dari sosialisasi pengobatan massal filariasis selain komunikasi interpersonal (media cetak, penyuluhan) yaitu 1,7%. Peluang responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui selain komunikasi interpersonal (media cetak, penyuluhan) secara bermakna (95% CI : 0,04 – 0,72) 0,17 kali lebih

kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal.

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model yang terbaik dalam menentukan determinan perilaku minum obat filariasis dan melihat hubungan beberapa faktor risiko secara bersamaan dengan kejadian perilaku minum obat filariasis. Dari hasil analisis bivariat antara variabel independen yang berhubungan secara statistik bermakna dengan perilaku minum obat filariasis, maka akan dipilih beberapa variabel untuk masuk ke dalam model multivariat. Analisis multivariat ini menggunakan regresi logistik ganda dengan melakukan analisis terhadap beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis secara bersama-sama. Ada beberapa tahapan dalam analisis multivariat yang akan dilakukan, yaitu:

5.3.1. Pemilihan Kandidat Variabel Multivariat

Dalam penelitian ini ada 12 variabel yang diduga berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis, yaitu umur, jenis kelamin, suku, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, penerimaan obat filariasis, pendistribusian obat filariasis, ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) filariasis, kontrol petugas pemberi obat filariasis, ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis. Untuk membuat model pada 12 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen. Menurut Hastono (2007), variabel yang saat diuji

memiliki p value $< 0,25$ dapat dijadikan kandidat yang akan dimasukkan dalam model multivariat. Hasil analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.15.
Distribusi Bivariat antara Faktor Risiko dan Perilaku Minum Obat Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

Variabel	P value
Umur	0,396
Jenis kelamin	1,00
Suku	0,38
Pendidikan	0,52
Pekerjaan	0,82
Pengetahuan tentang filariasis	0,023
Penerimaan obat filariasis	0,000
Pendistribusian obat filariasis	0,035
Ketersediaan TPE filariasis	0,08
Kontrol petugas pemberi obat filariasis	0,000
Ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,07
Jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,012

Dari hasil seleksi bivariat, variabel yang menghasilkan p value $< 0,25$ adalah pengetahuan, penerimaan obat filariasis, pendistribusian obat filariasis, ketersediaan TPE filariasis, kontrol petugas pemberi obat filariasis, ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis.

5.3.2. Penyusunan Model Dasar

Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model terbaik dalam menentukan determinan perilaku minum obat filariasis. Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat dicobakan secara bersama-sama dengan metode *enter*. Model yang terbaik akan mempertimbangkan pada p value $< 0,05$. Pemilihan model dilakukan secara hirarki dengan cara semua variabel independen yang memenuhi syarat sebagai

kandidat dimasukkan ke dalam model, kemudian variabel dengan $p \text{ value} \geq 0,05$ dikeluarkan dari model.

Hasil analisis model pertama hubungan variabel independen pengetahuan, penerimaan obat filariasis, pendistribusian obat filariasis, ketersediaan TPE filariasis, kontrol petugas pemberi obat filariasis, ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.16.
Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Pengetahuan, Pendistribusian Obat Filariasis, Ketersediaan TPE Filariasis, Kontrol Petugas Pemberi Obat Filariasis, Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

No.	Variabel	OR	95% CI	P value
1.	Pengetahuan tentang filariasis	2,48	0,3 – 20,76	0,403
2.	Pendistribusian obat filariasis	0,34	0,09 – 1,32	0,120
3.	Ketersediaan TPE filariasis	1,12	0,33 – 3,82	0,858
4.	Kontrol petugas pemberi obat filariasis	9E+007	–	0,996
5.	Jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,15	0,02 – 1,21	0,075

Dari tabel di atas variabel penerimaan obat filariasis dan ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis tidak keluar dalam *output*. Hal ini dikarenakan pada analisis univariat diketahui persentase tidak terima obat pada variabel penerimaan obat filariasis (1,5%) dan persentase tidak ada sosialisasi pengobatan massal filariasis pada variabel ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis (0,4%), sangat kecil.

Dari tabel di atas terlihat bahwa tidak ada satu pun variabel memiliki $p \text{ value} < 0,05$. Maka sesuai dengan ketentuan, variabel tersebut dikeluarkan satu per satu dimulai dari variabel yang memiliki $p \text{ value}$ tertinggi, yaitu kontrol petugas pemberi

obat filariasis ($p = 0,996$). Pada langkah berikutnya variabel kontrol petugas pemberi obat filariasis tidak diikutsertakan lagi ke dalam analisis, sehingga dihasilkan model tanpa variabel kontrol petugas pemberi obat filariasis sebagai berikut:

Tabel 5.17.
Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Pengetahuan, Pendistribusian Obat Filariasis, Ketersediaan TPE Filariasis, Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

No.	Variabel	OR	95% CI	P value
1.	Pengetahuan tentang filariasis	3,04	0,37 – 25,18	0,303
2.	Pendistribusian obat filariasis	0,33	0,09 – 1,29	0,111
3.	Ketersediaan TPE filariasis	2,04	0,61 – 6,84	0,250
4.	Jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,12	0,01 – 0,93	0,042

Dalam hasil analisis di atas variabel jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis memenuhi syarat yang telah ditentukan ($p < 0,05$). Sedangkan variabel pengetahuan, pendistribusian obat filariasis dan ketersediaan TPE filariasis belum memenuhi syarat yang telah ditentukan ($p \geq 0,05$). Dengan demikian variabel tersebut dikeluarkan secara bertahap satu per satu dari analisis. Variabel yang dikeluarkan adalah pengetahuan, karena memiliki *p value* yang tertinggi (0,303). Dengan dikeluarkannya variabel pengetahuan dari analisis maka didapatkan model tanpa variabel pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 5.18.
Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Pendistribusian Obat Filariasis, Ketersediaan TPE Filariasis, Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

No.	Variabel	OR	95% CI	P value
1.	Pendistribusian obat filariasis	0,3	0,08 – 1,13	0,074
2.	Ketersediaan TPE filariasis	2,21	0,67 – 7,33	0,196
3.	Jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,09	0,01 – 0,73	0,024

Dari hasil analisis di atas variabel ketersediaan TPE filariasis memiliki *p value* tertinggi (0,196), maka untuk analisis selanjutnya variabel ini tidak diikutsertakan lagi. Dengan dikeluarkannya variabel ketersediaan TPE filariasis dari analisis maka didapatkan model analisis tanpa variabel ketersediaan TPE filariasis seperti berikut:

Tabel 5.19.
Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Pendistribusian Obat Filariasis, Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang Tahun 2007

No.	Variabel	OR	95% CI	P value
1.	Pendistribusian obat filariasis	0,26	0,07 – 0,98	0,047
2.	Jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis	0,1	0,01 – 0,77	0,027

Dari tabel di atas diperoleh variabel yang memenuhi syarat ($p < 0,05$) adalah variabel pendistribusian obat filariasis ($p = 0,047$) dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis ($p = 0,027$).

5.3.3. Pengujian Interaksi

Tahap selanjutnya adalah melakukan identifikasi adanya interaksi antar variabel faktor risiko, dalam hal ini adalah pendistribusian obat filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis yang secara substansi berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis.

Uji interaksi dilakukan untuk melihat apakah ada interaksi antar variabel dalam model tersebut, yaitu dengan menggunakan model perkalian dengan cara membuat variabel baru yang merupakan interaksi antara dua variabel independen kemudian dilihat *p value*. Jika *p value* $\geq 0,05$ maka dapat disimpulkan kedua variabel

tersebut tidak berinteraksi dan demikian sebaliknya bila $p \text{ value} < 0,05$ maka terjadi interaksi antar variabel penentu dalam model tersebut.

Hasil uji interaksi antara variabel pendistribusian obat filariasis dengan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis diperoleh nilai $p \geq 0,05$. Disimpulkan dalam model tidak terjadi interaksi antara kedua variabel tersebut seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.20.
Hasil Uji Interaksi

Interaksi	P value
Tanpa interaksi	0,001
Pendistribusian obat*jenis sosialisasi	0,088

Dari uji interaksi di atas ternyata semua variabel interaksi mempunyai $p \text{ value} \geq 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa pada model ini tidak terjadi interaksi. Dengan tidak adanya interaksi antara variabel tersebut, maka model penentu perilaku minum obat filariasis terdiri dari dua variabel yaitu: **pendistribusian obat filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis.**

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

6.1.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Kerangka konsep pada penelitian ini hanya menghubungkan faktor-faktor yang diperkirakan mempunyai hubungan dengan variabel dependen, sehingga masih ada kemungkinan variabel lain yang belum masuk dalam kerangka konsep karena tidak sesuai dengan kriteria penelitian. Pada penelitian *cross sectional* terkadang ditemukan bias *temporal ambiguity* yaitu tidak dapat menentukan hubungan sebab akibat.

6.1.2. Bias Informasi

Diantara beberapa jenis bias informasi adalah "*recall bias*" yaitu bias yang terjadi karena perbedaan akurasi antara daya ingat responden dalam melaporkan kondisi yang sesungguhnya terjadi. Dalam penelitian ini keberadaan bias tersebut terutama terjadi pada variabel ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis, ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis. Hal ini dapat saja terjadi mengingat pengumpulan data dilakukan pada bulan April 2008, sedangkan responden terakhir minum obat filariasis pada bulan Desember 2007 dan merupakan pengobatan massal putaran ke tiga. Peneliti meminimalkan bias ini dengan melakukan penyamaan persepsi dengan

responden sebelum wawancara bahwa yang akan ditanyakan hanyalah pengobatan massal filariasis pada tahun 2007.

6.1.3. Bias Seleksi

Bias seleksi yang timbul akibat bias non responden sangat minimal mengingat sedikit sekali responden yang menolak untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu 10 orang per 274 sampel (3,65%).

6.1.4. Presisi

Untuk beberapa variabel yang bermakna (pengetahuan, kontrol petugas) ternyata mempunyai presisi yang kurang tepat, hal ini tercermin dari interval derajat kemaknaan (95% CI) yang lebar. Hal ini dikarenakan jumlah sampel yang kecil.

6.1.5. Rumus Besar Sampel

Dalam pengujian hipotesis, ada dua kesalahan yang mungkin terjadi dalam mengambil kesimpulan dari hasil penelitian.

1. Kesalahan tipe I (kesalahan alpha): peneliti dapat salah menolak hipotesis nol, padahal di populasi hipotesis nol adalah benar.
2. Kesalahan tipe II (kesalahan beta): jika peneliti gagal menolak hipotesis nol juga mungkin terjadi kesalahan, dimana pada populasi hipotesis nol adalah salah.

(Ariawan, 1998)

Dalam penelitian ini, peneliti belum memperhitungkan kekuatan uji (*power*) untuk uji hipotesis dalam rumus besar sampel. Sehingga probabilitas untuk gagal

menolak hipotesis nol padahal hipotesis nol pada populasi salah, masih mungkin terjadi.

6.1.6 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini belum menggunakan desain kompleks untuk metode *cluster sampling*, sehingga memungkinkan beberapa faktor risiko yang diduga berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis menjadi tidak berhubungan.

6.2. Perilaku Minum Obat Filariasis

Dari hasil penelitian didapatkan cakupan pengobatan massal filariasis berdasarkan penduduk yang disurvei ($\text{jumlah penduduk minum obat} \times 100\% / \text{jumlah penduduk yang disurvei}$) di Kabupaten Subang tahun 2007 adalah 93,2%. Dari 264 responden yang disurvei, 246 responden minum obat filariasis. Cakupan pengobatan massal ini telah memenuhi standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan, yaitu > 85%. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan cakupan pengobatan massal filariasis yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang tahun 2007 ($\text{jumlah penduduk minum obat} \times 100\% / \text{jumlah penduduk sasaran pengobatan}$), yaitu 93%. Dari 96.428 sasaran pengobatan massal filariasis, 89.933 orang minum obat filariasis (Data Dinas Kesehatan Kabupaten Subang, 2008).

Hasil penelitian ini juga tidak jauh berbeda dengan survei yang dilakukan pada tahun 2006 di Kabupaten Belitung dan Kabupaten Belitung Timur. Dimana cakupan pengobatan massal filariasis yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung dan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur tidak jauh berbeda dengan

hasil survei yang dilakukan Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI dan tim (tim independen). Untuk Kabupaten Belitung, cakupan pengobatan massal yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung 94,27% sedangkan hasil survei yang didapatkan Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI dan tim lebih tinggi, yaitu 98,54%. Cakupan pengobatan massal filariasis yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur adalah 97,58% dan hasil survei yang didapatkan Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI dan tim adalah 95,78% (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2006).

Cakupan pengobatan massal filariasis yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang, Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung dan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur dengan hasil survei cakupan pengobatan massal filariasis yang dilakukan tim independen sama-sama tinggi (> 85%). Hal ini menunjukkan bahwa sistem pencatatan di kabupaten tersebut sudah baik, masyarakat telah termotivasi dengan baik, semua aparat yang terlibat dalam pengobatan massal berada di tempat dan bekerja dengan baik (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan, 2006d).

Dari hasil penelitian di Kabupaten Subang, 18 responden tidak minum obat filariasis dikarenakan takut efek samping obat filariasis. Efek samping obat yang paling banyak dirasakan responden tersebut adalah sakit kepala dan mual. Selain itu alasan responden tidak minum obat filariasis dikarenakan tidak di tempat pada saat pelaksanaan pengobatan massal filariasis sebanyak, tidak tahu ada pengobatan massal filariasis, tidak mengambil obat filariasis karena takut efek samping obat, malas minum obat dan obat hilang.

Alasan tidak minum obat filariasis pada kelompok sasaran pengobatan massal filariasis di Kabupaten Subang kurang lebih sama dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Belitung, Kabupaten Belitung Timur, Kepulauan Mentawai dan Pondicherry, India Selatan. Di Kabupaten Belitung, alasan tidak minum obat filariasis pada 16 responden yang termasuk kelompok sasaran pengobatan massal filariasis dikarenakan menolak sebanyak 11 orang (68,8%) dan tidak tahu ada pengobatan massal filariasis sebanyak 5 orang (31,2%). Sedangkan 45 responden yang termasuk kelompok sasaran pengobatan massal filariasis mengaku tidak minum obat filariasis karena menolak sebanyak 19 orang (42,2%), tidak tahu ada pengobatan massal filariasis sebanyak 2 orang (4,4%), tidak ditempat sebanyak 13 orang (29%), dan 11 orang (24,4%) tidak menerima obat filariasis (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2006).

Sedangkan penelitian di Pondicherry, India Selatan yang dilakukan di setiap putaran pengobatan massal filariasis selama lima tahun diketahui bahwa efek samping obat merupakan alasan utama mengapa sasaran pengobatan massal filariasis menolak minum obat filariasis. Selain itu responden di Pondicherry merasa tidak perlu minum obat filariasis jika tidak merasakan gejala filariasis, responden yang sedang menjalani pengobatan penyakit lain juga menjadi alasan mengapa sasaran pengobatan massal filariasis tidak minum obat filariasis di tiap putaran pengobatan massal filariasis (Nandha, *dkk.*, 2007).

Salah satu permasalahan pengobatan massal filariasis di Kepulauan Mentawai adalah tidak semua masyarakat berpartisipasi dalam pengobatan massal filariasis. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kelompok masyarakat yang tidak terjangkau oleh petugas kesehatan, kurangnya informasi yang sampai kepada masyarakat, jauhnya

jarak pemukiman masyarakat dari tempat pelaksanaan pengobatan massal, sulitnya petugas kesehatan menjangkau tempat pemukiman masyarakat serta adanya masyarakat yang bepergian ke luar daerah (Tomar & Kusnanto, 2007).

Dari perbandingan berbagai hasil studi, disimpulkan bahwa permasalahan utama perilaku minum obat filariasis adalah adanya ketakutan masyarakat akan terjadinya efek samping obat filariasis, terutama sakit kepala dan mual.

6.3. Faktor Predisposisi

6.3.1. Karakteristik Demografi

6.3.1.1. Umur

Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini rata-rata berumur 38,32 tahun dengan median 37 tahun dan standar deviasi 10,6 tahun. Variabel umur dalam penelitian ini berdistribusi tidak normal, maka uji bivariat yang digunakan adalah uji *Mann-Whitney U*. Dari hasil uji bivariat didapatkan nilai $p = 0,396$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku minum obat filariasis.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Nandha, *dkk.* (2007) di Pondicherry, India Selatan yang mengatakan bahwa perilaku minum obat filariasis secara signifikan lebih rendah pada kelompok responden dengan usia > 61 tahun. Haldar, *dkk.*, *dkk.* (2001), seperti yang dikutip Nandha, *dkk.* (2007) mengatakan bahwa cakupan pengobatan massal filariasis dan perilaku minum obat filariasis menurun seiring dengan bertambahnya usia.

Perbedaan hasil penelitian ini bisa disebabkan karena adanya perbedaan besar sampel penelitian. Pada penelitian jumlah sampel yang digunakan sebesar 264

sampel, sedangkan besar sampel yang digunakan dalam penelitian Nandha, *dkk.* adalah 1.100 sampel.

6.3.1.2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi laki-laki (7,3%) untuk tidak minum obat filariasis, lebih tinggi dibandingkan proporsi perempuan (6,7%). Peluang laki-laki untuk tidak minum obat filariasis 1,09 kali lebih besar daripada perempuan.

Laki-laki identik sebagai tulang punggung keluarga sehingga lebih banyak laki-laki yang bekerja dibandingkan perempuan. Laki-laki yang bekerja mungkin saja mengetahui bahwa obat filariasis dapat menyebabkan efek samping yang tidak menyenangkan yang dapat mengganggu pekerjaan. Karena tidak ingin pekerjaan mereka terganggu, maka laki-laki lebih besar peluangnya untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan perempuan.

Hasil dari berbagai survei kesehatan menunjukkan bahwa perempuan lebih peduli terhadap kesehatan dibandingkan laki-laki. Dengan tingkat kepedulian yang lebih tinggi membuat perempuan terpacu untuk minum obat filariasis agar terhindar dari transmisi penularan filariasis yang sedang terjadi di daerah mereka.

Perbedaan proporsi ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Pondicherry, India Selatan, proporsi laki-laki (47,6%) secara signifikan lebih tinggi untuk tidak minum obat filariasis bila dibandingkan dengan proporsi perempuan (20,3%) (Nandha, *dkk.* 2007).

Perbedaan proporsi untuk tidak minum obat filariasis berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini lebih kecil dibandingkan dengan perbedaan proporsi di

Pondicherry, India Selatan. Dari uji bivariat diketahui bahwa tidak diperoleh hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku minum obat filariasis.

Hal ini disebabkan adanya perbedaan besar sampel yang digunakan. Besar sampel yang digunakan dalam penelitian di Pondicherry, India Selatan jauh lebih besar dibandingkan besar sampel dalam penelitian ini. Besar sampel yang kecil identik dengan hubungan yang tidak bermakna, sedangkan besar sampel yang besar identik dengan hubungan yang bermakna.

6.3.1.3. Suku

Proporsi suku sunda untuk tidak minum obat filariasis (7,4%) lebih tinggi dibandingkan proporsi suku pendatang (Jawa, Bali, Lampung) (0%). Dari nilai PR diinterpretasikan bahwa suku sunda mempunyai peluang 1,87 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan suku pendatang (Jawa, Bali, Lampung).

Hal ini dikarenakan penduduk pendatang pada suatu daerah endemis filariasis mempunyai risiko terinfeksi filariasis lebih besar dibanding penduduk asli. Penduduk pendatang dari daerah non endemis ke daerah endemis, walaupun pada pemeriksaan darah jari belum atau sedikit mengandung mikrofilaria, akan tetapi sudah menunjukkan gejala klinis yang lebih berat (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2006b).

Dengan adanya gejala simptomatik yang lebih berat yang dirasakan penduduk pendatang, membuat penduduk pendatang lebih berpeluang untuk minum obat filariasis dibandingkan penduduk asli. Namun, dari hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Subang tidak terlihat adanya hubungan yang bermakna secara statistik

antara suku dengan perilaku minum obat filariasis. Hal ini dikarenakan kecilnya jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini.

6.3.1.4. Pendidikan

Proporsi responden yang berpendidikan rendah (6,4%) lebih kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi (8,9%). Peluang responden berpendidikan rendah 0,72 kali lebih kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden dengan pendidikan tinggi. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang diharapkan. Dalam definisi operasional diharapkan responden yang berpendidikan rendah lebih besar peluangnya untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi.

Beberapa kemungkinan diduga dapat menjelaskan keadaan ini, bila dikaitkan dengan teori Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo (2003) dikatakan bahwa untuk terciptanya suatu perilaku kesehatan ditentukan oleh adanya faktor-faktor predisposisi (pengetahuan), faktor pemungkin (ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan), faktor penguat (sikap dan perilaku orang lain yang menjadi acuan).

Dengan demikian responden yang berpendidikan tinggi mungkin tidak minum obat filariasis dikarenakan responden tersebut tidak memiliki pengetahuan yang baik tentang filariasis dan pengobatan massal filariasis. Pendidikan yang tinggi bukan ukuran seseorang mengetahui dan memahami dengan benar tentang filariasis dan pengobatan massal filariasis.

Pengetahuan yang kurang baik ini mungkin dikarenakan tidak tersedianya Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) filariasis di daerah responden yang berpendidikan tinggi untuk memberikan informasi tentang pengobatan massal filariasis atau TPE

yang tersedia di daerah responden yang berpendidikan tinggi tidak memberikan informasi pengobatan massal filariasis dengan jelas.

Sikap dan perilaku orang lain yang menjadi acuan responden berpendidikan tinggi dapat mendorong responden tersebut untuk tidak minum obat filariasis. Misalnya, kepala keluarga atau bahkan petugas kesehatan yang tidak minum obat filariasis dapat mendorong responden berpendidikan tinggi untuk tidak minum obat filariasis.

Dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku minum obat filariasis. Jumlah sampel yang kecil dapat menjelaskan hal ini.

6.3.1.5. Pekerjaan

Proporsi responden yang bekerja untuk tidak minum obat filariasis lebih tinggi (7,6%) bila dibandingkan dengan proporsi responden yang tidak bekerja (6,2%). Peluang responden yang bekerja untuk tidak minum obat filariasis 1,24 kali lebih besar dibandingkan responden yang tidak bekerja.

Hal ini dikarenakan seseorang yang bekerja mungkin saja tidak memiliki pengetahuan dan pemahaman yang benar tentang filariasis dan pengobatan massal filariasis. Sebagai contoh, orang yang bekerja menganggap bahwa efek samping obat filariasis merupakan sesuatu yang negatif (tidak menyenangkan) bagi dirinya karena dapat mengganggu pekerjaan mereka. Padahal jika dipahami dengan benar, efek samping obat filariasis merupakan hal yang baik. Karena dengan terjadinya efek samping obat filariasis menunjukkan bahwa obat bekerja membunuh mikrofilaria dan

atau cacing dewasa filariasis dalam tubuh seseorang (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan, 2002).

Efek samping dapat berupa reaksi umum (sakit kepala, pusing, demam, mual, menurunnya nafsu makan, muntah, sakit otot, sakit sendi, lesu, gatal-gatal, keluar cacing usus, asma bronkial dan *wheezing*) dan reaksi lokal (*nodul, limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis, funikulitis, epididimitis, orkitis, orkalgia, abses, ulkus, limfadema*). Reaksi umum terjadi akibat respon imunitas individu terhadap matinya mikrofilaria. Sedangkan reaksi lokal disebabkan oleh matinya cacing dewasa filariasis dalam tubuh seseorang setelah minum obat filariasis.

Namun, dari hasil uji bivariat *Chi Square Fisher Continuity Correction* antara pekerjaan responden dengan perilaku minum obat filariasis di Kabupaten Subang tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik ($p = 0,82$). Hal ini mungkin dikarenakan jumlah sampel penelitian yang digunakan kecil.

6.3.2. Pengetahuan tentang Filariasis

Dalam penelitian Tomar dan Kusnanto di Kepulauan Mentawai (2007), dikatakan bahwa kurangnya pengetahuan masyarakat tentang filariasis merupakan hambatan tersendiri dalam melakukan pengobatan massal filariasis di daerah tersebut. Faktor pengetahuan, sikap dan perilaku penderita positif mikrofilaria malayi merupakan faktor penting yang perlu diketahui dan diidentifikasi agar pelaksanaan pengobatan dapat berjalan sampai selesai (Anorital, 2004). Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan menyebabkan masyarakat di Pondicherry, India Selatan tidak minum obat filariasis (Nandha, *dkk.*, 2007). Lee, *dkk.* (2004) seperti yang dikutip Nandha, *dkk.* (2007), rendahnya pengetahuan masyarakat tentang

kesehatan merupakan suatu faktor yang mungkin mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemampuan seseorang untuk memahami perlunya melakukan upaya pencegahan/preventif.

Hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Subang sejalan dengan penelitian dan studi yang telah dijelaskan di atas. Dari hasil uji bivariat menggunakan uji *Chi Square Continuity Correction* didapatkan nilai $p = 0,023$ yang disimpulkan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pengetahuan dengan perilaku minum obat filariasis. Dengan nilai $PR = 8,21$, maka disimpulkan responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang filariasis 8,21 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang filariasis.

Dari hasil penelitian ini dan berbagai studi terdahulu menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan faktor risiko yang cukup kuat berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis.

6.4. Faktor Pemungkin

6.4.1. Penerimaan Obat Filariasis

Proporsi responden yang tidak menerima obat filariasis (100%) untuk tidak minum obat filariasis lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi responden yang menerima obat filariasis (5,4%). Peluang responden yang tidak menerima obat filariasis 18,57 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang menerima obat filariasis. Secara statistik, perbedaan proporsi dan perbedaan peluang ini bermakna.

Namun, perbedaan peluang ini bukanlah masalah yang besar bagi program karena jumlah responden yang tidak menerima obat filariasis hanya 4 orang (1,5%). Dan merupakan suatu hal yang wajar jika mereka tidak minum obat filariasis, kecuali orang yang tidak menerima obat filariasis dalam jumlah besar.

Untuk mencapai cakupan pengobatan massal filariasis dan perilaku minum obat filariasis yang tinggi tergantung pada ketersediaan obat filariasis yang diterima oleh sasaran pengobatan massal filariasis (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2002). Ketersediaan obat filariasis dalam pengobatan massal filariasis di Kabupaten Subang pada tahun 2007 sudah terpenuhi untuk sasaran pengobatan massal filariasis yang ada di daerah tersebut. Hal ini dapat terlihat dari 264 responden yang diwawancarai hanya 4 orang (1,5%) yang tidak menerima obat filariasis. Dan alasan 4 responden tersebut tidak menerima obat filariasis bukan dikarenakan kehabisan obat, melainkan karena tidak di tempat, tidak tahu ada pengobatan massal filariasis dan tidak mengambil obat karena takut akan efek samping obat filariasis.

Untuk menyiapkan pengobatan massal filariasis perlu dilakukan survei penduduk dalam kabupaten/kota yang melaksanakan pengobatan massal filariasis guna mengetahui berapa jumlah penduduk di daerah tersebut yang memenuhi syarat untuk pengobatan dan menghindari adanya penduduk yang tidak menerima obat filariasis dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2002). Dinas Kesehatan Kabupaten Subang sudah baik dalam mempersiapkan logistik obat filariasis selama pengobatan massal filariasis berlangsung. Hal ini menunjukkan Dinas Kesehatan Kabupaten

Subang selalu memperbaharui jumlah populasi sasaran pengobatan massal filariasis yang ada di Kabupaten Subang.

6.4.2. Pendistribusian Obat Filariasis

Dalam penelitian ini responden yang menerima obat filariasis dengan pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, kumpulan pengajian) 0,25 kali lebih kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang menerima obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah. Proporsi responden yang tidak minum obat filariasis pada responden yang memperoleh obat filariasis dengan pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, kumpulan pengajian) sebanyak 2,2% dan lebih kecil bila dibandingkan proporsi responden memperoleh obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah (8,9%). Ada hubungan yang bermakna antara pendistribusian obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

Hasil penelitian ini berbeda dengan yang diharapkan dan dari hasil studi yang dilakukan Nandha, *dkk.* (2007) yang mengatakan pendistribusian obat filariasis menggunakan pendekatan rumah ke rumah dapat meningkatkan perilaku minum obat filariasis.

Perbedaan ini dapat dijelaskan dari definisi pendistribusian obat filariasis dengan pendekatan rumah ke rumah, yaitu petugas melakukan perjalanan dari rumah ke rumah untuk memberikan obat filariasis bagi orang-orang yang ada di rumah pada saat itu. Metode ini baik khususnya untuk menyisir orang-orang yang ketinggalan pada saat pengobatan dengan metode lain (puskesmas, pos pengobatan, kumpulan

komunitas, kelompok penduduk khusus) (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2002).

Penduduk yang mendapatkan obat melalui pendekatan selain rumah ke rumah (puskesmas, pos pengobatan, pengajian) mempunyai motivasi dan niat yang besar untuk minum obat filariasis dibandingkan responden yang memperoleh obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah. Hal ini terlihat dari adanya upaya yang dilakukan responden untuk minum obat filariasis dengan mendatangi tempat-tempat yang menyediakan obat filariasis pada saat pengobatan massal filariasis berlangsung.

Di dalam proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain motivasi. Motivasi diartikan sebagai suatu dorongan untuk bertindak dalam mencapai suatu tujuan yang terwujud dalam bentuk perilaku. Teori Snehandu B. Kar menganalisis bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (Notoatmodjo, 1993).

Kontrol petugas mungkin lebih banyak terjadi di fasilitas kesehatan (puskesmas, pos pengobatan massal) dibandingkan di rumah. Petugas pemberi obat filariasis yang berada di fasilitas (puskesmas, pos pengobatan massal) merasa lebih berwenang untuk meminta penerima obat filariasis meminum obat tersebut di depan petugas, sehingga membuat peluang responden yang menerima obat dengan pendekatan selain rumah ke rumah lebih berpeluang untuk minum obat filariasis. Adanya hubungan yang bermakna ($p = 0,000$; $PR = 14,28$) antara faktor risiko kontrol petugas pemberi obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis dalam penelitian ini memperkuat asumsi tersebut.

Selain itu responden yang menerima obat melalui pendekatan selain rumah ke rumah kemungkinan mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis yang lebih baik sehingga responden tersebut dapat mengetahui dan memahami filariasis dan pengobatan massal filariasis dengan benar. Dari pembicaraan dengan beberapa responden di Kabupaten Subang, diketahui ada responden yang hanya disuruh untuk minum obat filariasis tanpa dijelaskan tentang filariasis dan pengobatan massal filariasis itu sendiri.

Kurangnya sosialisasi pengobatan massal filariasis pada responden yang mendapatkan obat melalui pendekatan rumah ke rumah bisa dikarenakan TPE yang tersedia kurang terlatih dan kurang peduli dalam menyampaikan informasi tentang filariasis dan pengobatan massal filariasis itu sendiri. Kurangnya kepercayaan responden terhadap TPE filariasis juga dapat menjelaskan mengapa responden yang menerima obat filariasis melalui pendekatan rumah ke rumah memiliki peluang yang lebih besar untuk tidak minum obat filariasis. Dari penelitian di Pondicherry, India Selatan diketahui bahwa sebagian besar masyarakat mau minum obat filariasis karena percaya dengan TPE filariasis sebagai representasi dari pemerintahan (Nandha, *dkk.* 2007)

6.4.3. Ketersediaan Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis

Proporsi responden yang tidak minum obat filariasis pada responden yang di daerahnya tidak tersedia TPE filariasis lebih tinggi (12,3%) bila dibandingkan dengan responden yang di daerahnya tersedia TPE filariasis (5,3%). Peluang responden untuk tidak minum obat filariasis pada responden yang di daerahnya tidak

tersedia TPE filariasis 2,31 kali lebih besar dibandingkan responden yang di daerahnya tersedia TPE filariasis.

Penelitian yang dilakukan Nandha, *dkk.* (2007), mengatakan bahwa keterlibatan TPE filariasis dalam pengobatan massal filariasis dapat meningkatkan cakupan penerimaan obat filariasis dan konsumsi obat filariasis. Karena TPE filariasis berperan sebagai motivator, komunikator dan distributor obat filariasis pada pengobatan massal filariasis. TPE filariasis juga mendapatkan kepercayaan masyarakat daerah binaannya dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis. Alasan utama responden di Pondicherry, India Selatan untuk minum obat filariasis adalah karena mereka percaya pada TPE filariasis yang dianggap sebagai representasi dari pemerintahan (Nandha, *dkk.*, 2007).

Namun, dari hasil uji statistik *Chi Square Fisher's Exact Test* disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan TPE filariasis dengan perilaku minum obat filariasis. Hal ini bisa disebabkan TPE filariasis yang tersedia tidak menjalankan perannya dengan baik. TPE filariasis bertanggung jawab untuk menginformasikan kepada orang-orang secara langsung tentang pentingnya minum obat filariasis, menjawab pertanyaan masyarakat seputar filariasis dan memastikan masyarakat minum obat filariasis (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2002).

Dari hasil wawancara dengan 207 responden yang mengatakan di daerahnya ada TPE filariasis, diketahui bahwa masih ada responden yang merasa TPE filariasis tidak memberikan informasi tentang pengobatan massal filariasis dengan jelas yaitu sebanyak 63 orang (30,4%), bahkan ada juga responden yang merasa TPE filariasis sama sekali tidak memberikan informasi tentang pengobatan massal filariasis

sebanyak 13 orang (6,3%). Kurang maksimalnya peran TPE filariasis dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Subang mungkin bisa ditinjau dari ada/tidaknya pelatihan bagi TPE filariasis dan kualitas pelatihan yang diadakan sebelum pengobatan massal filariasis berlangsung.

Untuk mencapai cakupan penerimaan obat filariasis dan perilaku minum obat filariasis yang optimal, Tenaga Pelaksana Eliminasi filariasis perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan kemampuan dalam merancang Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang inovatif untuk menurunkan tingkat ketidakpatuhan minum obat filariasis pada masyarakat. Sebelum melakukan pengobatan massal filariasis, setiap putaran pengobatan massal filariasis dilakukan orientasi dan pelatihan Tenaga pelaksana Eliminasi filariasis (Nandha, *dkk.*, 2007).

Dari berbagai teori yang telah dijelaskan di atas, kurang maksimalnya peran TPE filariasis dikarenakan kurangnya pelatihan yang dilakukan menyebabkan TPE filariasis kurang peduli dan tidak memiliki motivasi untuk menjelaskan informasi yang berkaitan dengan pengobatan massal filariasis ke masyarakat.

6.5. Faktor Penguat

6.5.1. Kontrol Petugas Pemberi Obat Filariasis

Petugas pemberi obat filariasis harus memastikan bahwa obat-obat yang diberikan dalam pengobatan massal filariasis ditelan penerima obat langsung di depan petugas tersebut (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2002). Kontrol petugas yang lemah dapat mengakibatkan efektifitas pengobatan tidak optimal karena perilaku masyarakat minum obat filariasis tidak dapat diketahui secara langsung oleh petugas (Tomar & Kusnanto, 2007).

Proporsi responden yang tidak minum obat filariasis pada responden yang tidak dikontrol petugas pemberi obat filariasis (11,9%) lebih tinggi dibandingkan responden yang dikontrol petugas pemberi obat filariasis (0%). Kontrol petugas pemberi obat filariasis dengan memastikan responden minum obat filariasis langsung di depan petugas pada saat menerima obat filariasis. Secara statistik ada hubungan yang bermakna antara kontrol petugas pemberi obat filariasis dengan perilaku minum obat filariasis di Kabupaten Subang. Peluang responden yang tidak dikontrol petugas pemberi obat filariasis 14,28 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang tidak dikontrol petugas pemberi obat filariasis.

6.6. Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

6.6.1. Ada/Tidaknya Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

Proporsi responden yang tidak mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis yang tidak minum obat filariasis adalah 100%, lebih besar dibandingkan proporsi responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis yang tidak minum obat filariasis (6,5%). Peluang responden yang tidak mendapatkan sosialisasi pengobatan massal filariasis 15,47 kali lebih besar untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang mendapatkan sosialisasi pengobatan massal.

Hasil penelitian Nandha, *dkk.* (2007), mengatakan bahwa dalam mendistribusikan obat filariasis harus didahului dengan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang kuat untuk dapat mencapai perilaku minum obat filariasis yang tinggi. Kurangnya informasi yang sampai ke masyarakat membuat tidak semua masyarakat mau berpartisipasi dalam pengobatan massal filariasis dan lemahnya

sosialisasi tentang filariasis dan pengobatannya membuat masyarakat di Kepulauan Mentawai kurang memahami bahaya filariasis (Tomar & Kusnanto, 2007).

Dalam penelitian ini diperoleh hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dengan perilaku minum obat filariasis. Hal ini dikarenakan jumlah sampel yang kecil, dari 264 responden yang diwawancarai hanya 1 responden (0,4%) yang mengatakan tidak menerima sosialisasi pengobatan massal filariasis.

Selain itu tidak adanya hubungan antara ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dengan perilaku minum obat filariasis dalam penelitian ini bisa dianalisis dari intensitas sosialisasi pengobatan massal filariasis yang dilakukan di Kabupaten Subang.

Sosialisasi pengobatan massal filariasis dilakukan satu bulan secara terus menerus menjelang pelaksanaan pengobatan massal filariasis. Sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang pengobatan massal filariasis sehingga semua penduduk melaksanakan pengobatan massal filariasis dan menyikapi dengan benar apabila terjadi reaksi pengobatan (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2006d). Dalam penelitian ini, sosialisasi pengobatan massal filariasis di Kabupaten Subang kurang intensif dan tidak dilakukan secara terus menerus menjelang 1 bulan pelaksanaan pengobatan massal filariasis. Berdasarkan perbincangan dengan beberapa responden diketahui bahwa sebagian responden menerima sosialisasi pengobatan massal filariasis pada hari yang sama dengan pelaksanaan pengobatan massal filariasis.

6.6.2. Jenis Sosialisasi Pengobatan Massal Filariasis

Strategi komunikasi yang digunakan untuk membuat masyarakat mau minum obat filariasis merupakan salah satu komponen penting dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis di Pondicherry, India Selatan. Di Pondicherry, India Selatan, sebagian besar responden mengetahui pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal yang dilakukan TPE (Nandha, *dkk.*, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian, proporsi responden yang mendapatkan informasi pengobatan massal filariasis dengan cara komunikasi interpersonal (10,2%) lebih tinggi untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang mendapatkan informasi pengobatan massal filariasis dari selain komunikasi interpersonal (media cetak, penyuluhan) yaitu 1,7%. Peluang responden yang memperoleh sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui selain komunikasi interpersonal 0,17 kali lebih kecil untuk tidak minum obat filariasis dibandingkan responden yang menerima sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal. Dari hasil analisis bivariat terlihat pula adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara jenis pengobatan massal filariasis dengan perilaku minum obat filariasis.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan yang diharapkan, yaitu responden yang menerima sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal diharapkan lebih berpeluang untuk minum obat filariasis. Hal ini dapat disebabkan karena rendahnya kualitas dan kurangnya mutu komunikasi interpersonal yang dilakukan.

Petugas yang melakukan komunikasi interpersonal adalah TPE filariasis, tokoh masyarakat atau tokoh agama, sedangkan pada penyuluhan massal filariasis

dilakukan oleh petugas kesehatan. TPE filariasis, tokoh masyarakat atau tokoh agama yang menyampaikan informasi tentang pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal ke masyarakat, belum tentu menguasai pengetahuan yang disampaikannya. Adanya perbedaan tingkat pengetahuan antara petugas kesehatan dengan TPE filariasis, tokoh masyarakat atau tokoh agama dapat menjelaskan mengapa responden yang menerima sosialisasi pengobatan massal filariasis melalui komunikasi interpersonal lebih berpeluang untuk tidak minum obat filariasis.

Pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo, 1993). Penyuluhan massal merupakan salah satu metode pendidikan kelompok yang memaksimalkan *Audio Visual Aids* (alat bantu dengar-lihat).

Dari pembagian alat peraga menurut Elgar Dare diketahui bahwa kata-kata memiliki tingkat intensitas paling rendah untuk mempersepsi bahan pendidikan/pengajaran dalam proses pendidikan (Notoatmodjo, 1993).

Menurut penelitian para ahli, indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indera yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Notoatmodjo, 1993).

Media cetak yang digunakan untuk mensosialisasikan pengobatan massal filariasis biasanya menampilkan gambar-gambar gejala penderita filariasis kronis. Gambar-gambar ini yang membuat responden merasa takut terkena filariasis seperti

penderita yang ada pada gambar di media cetak tersebut, sehingga membuat responden mau untuk minum obat filariasis.

6.7. Efek Samping Obat Filariasis

Dari 246 responden yang minum obat filariasis di Kabupaten Subang tahun 2007, 78 responden (31,7%) mengalami efek samping obat filariasis. Efek samping obat yang paling banyak dirasakan responden adalah sakit kepala, mual, mengantuk, selain itu ada juga responden yang merasakan demam, muntah, keluar cacing saat buang air besar dan nyeri otot setelah minum obat filariasis. Sebagian besar responden mengatasi efek samping obat filariasis dengan beristirahat sebanyak 64 orang (82%). Selain beristirahat ada juga responden yang minum obat sendiri sebanyak 4 orang (5,1%) dan pergi ke pelayanan kesehatan sebanyak 10 orang (12,8%) sebagai upaya mengatasi efek samping obat filariasis.

Efek samping obat filariasis yang dirasakan responden di Kabupaten Subang kurang lebih sama dengan efek samping yang dirasakan masyarakat di Kabupaten Belitung, Kabupaten Belitung Timur, Kabupaten Kotawaringin Barat dan Pondicherry, India Selatan. Efek samping yang paling banyak dirasakan masyarakat di Kabupaten Belitung adalah mengantuk, pusing, keluar cacing saat buang air besar, demam, dan mual, diare. Sedangkan efek samping yang jarang terjadi adalah malaise, muntah, sakit kepala, nyeri otot dan menggigil. Efek samping yang paling banyak terjadi di Kabupaten Belitung Timur adalah mengantuk, pusing dan diare, selain itu ada juga yang merasakan mual, demam, muntah, malaise, gatal-gatal, keluar cacing saat buang air besar, sakit kepala (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2006).

Di Kabupaten Kotawaringin Barat efek samping yang paling banyak dirasakan adalah mengantuk, pusing, mual, muntah, sakit kepala dan nyeri otot (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2007). Demam, sakit kepala dan pusing merupakan efek samping obat filariasis yang paling banyak terjadi di Pondicherry, India Selatan (Nandha, *dkk.*, 2007).

Selalu ada kemungkinan untuk terjadinya efek samping pada orang-orang yang berpartisipasi dalam pengobatan massal filariasis. Jika seseorang memiliki mikrofilaria dalam tubuhnya, maka pada saat obat membunuh mikrofilaria, kadang-kadang tubuh bereaksi akibat kematian mikrofilaria tersebut. Untuk itu perlu dipertimbangkan untuk melakukan pengobatan massal filariasis pada sore menjelang malam yaitu pada waktu orang sudah selesai makan siang atau makan malam. Disarankan dilakukan setelah makan untuk mengurangi efek samping obat filariasis. Selain itu, karena efek samping biasanya terjadi kira-kira 6 jam setelah minum obat filariasis, maka apabila obat diberikan pada malam hari orang akan mengantuk dan tidur. Dengan demikian masyarakat yang mengalami efek samping obat filariasis tidak terlalu merasakan efek tersebut (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2002).

Dari hasil wawancara dengan 246 responden yang minum obat filariasis hanya 5 responden (2%) yang tidak makan sebelum minum obat filariasis, sedangkan 241 responden (98%) makan terlebih dahulu sebelum minum obat filariasis. Sebagian besar responden minum obat filariasis pada malam hari yaitu sebanyak 242 orang (98,4%). Sedangkan responden yang minum obat filariasis selain malam hari persentasenya kecil sekali, yaitu pada pagi hari sebanyak 1 orang (0,4%) dan siang hari sebanyak 3 orang (1,2%). Hal ini menunjukkan upaya yang dilakukan petugas

pelaksana pengobatan massal filariasis di Kabupaten Subang pada tahun 2007 untuk menurunkan angka kejadian efek samping obat filariasis sudah sesuai dengan anjuran dari Departemen Kesehatan.

Penatalaksanaan reaksi pengobatan yang tidak tepat akan memberikan dampak yang lebih buruk terhadap masyarakat di daerah endemis filariasis sehingga dapat mengganggu jalannya program eliminasi filariasis (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, 2006d). Tomar & Kusnanto (2007), mengatakan efek samping obat filariasis merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan cakupan pengobatan massal filariasis di Kepulauan Mentawai. Alasan utama masyarakat di Pondicherry, India Selatan untuk tidak minum obat filariasis adalah takut akan efek samping obat filariasis (Nandha, *dkk.*, 2007). Di Kabupaten Subang sendiri sebagian besar responden yang menolak minum obat filariasis karena takut akan efek samping obat filariasis. Untuk itu perlu dilakukan pendampingan yang dilakukan pemberi obat filariasis untuk menjelaskan efek samping pengobatan yang akan timbul selama pengobatan filariasis berlangsung dan perlu dijelaskan pula pada tahap pengobatan tertentu efek samping akan semakin berkurang (Anorital, 2004). Dan perlu ditekankan pula ke masyarakat, jika ada yang menderita efek samping pengobatan, perlu dipahami bahwa efek samping obat adalah sesuatu yang baik karena obat bekerja dan menunjukkan adanya mikrofilaria dalam tubuh orang tersebut (Subdit Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan RI, *dkk.*, 2002).

6.8. Analisis Multivariat

Dari seleksi terhadap seluruh variabel yang masuk ke dalam model pada analisis bivariat adalah pengetahuan, penerimaan obat filariasis, pendistribusian obat

filariasis, ketersediaan TPE filariasis, kontrol petugas pemberi obat filariasis, ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis. Pada variabel ini dilakukan analisis multivariat dengan metode *enter*, yaitu memasukkan semua variabel secara bersama. Variabel yang memiliki *p value* $\geq 0,05$ dikeluarkan dari analisis satu per satu secara bertahap.

Pada saat melakukan analisis multivariat, hasil analisis pada variabel penerimaan obat filariasis dan ada/tidaknya sosialisasi pengobatan massal filariasis tidak keluar dalam *output*. Hal ini dikarenakan persentase tidak terima obat dan tidak ada sosialisasi pengobatan massal filariasis pada masing-masing variabel tersebut sangat kecil.

Selama melakukan analisis multivariat ada 3 variabel yang dikeluarkan satu per satu secara bertahap, variabel yang dikeluarkan tersebut secara berurutan adalah kontrol petugas pemberi obat filariasis, pengetahuan dan ketersediaan TPE filariasis. Dari hasil analisis multivariat diperoleh 2 variabel penentu yang masuk dalam model, yaitu pendistribusian obat filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis.

Setelah mendapatkan 2 variabel penentu, kemudian dilakukan uji interaksi pada variabel tersebut untuk mengetahui apakah ada interaksi antara variabel penentu yang masuk dalam model. Hasil uji interaksi terhadap model variabel penentu ternyata tidak didapatkan interaksi. Hal ini dapat dilihat dari *p value* $\geq 0,05$ pada variabel model interaksi. Dengan demikian model akhir sebagai variabel penentu untuk terjadinya perilaku minum obat filariasis pada penelitian ini adalah variabel **pendistribusian obat filariasis dan jenis sosialisasi pengobatan massal filariasis.**

Pada analisis bivariat variabel kontrol petugas pemberi obat filariasis dan pengetahuan berhubungan secara bermakna dengan perilaku minum obat filariasis,

akan tetapi setelah dikontrol variabel lain dalam analisis multivariat menjadi tidak bermakna. Hal ini dapat terjadi karena perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor saja. Dan kecilnya jumlah sampel menyebabkan variabel pengetahuan yang secara kuat berhubungan dengan perilaku minum obat filariasis ($PR = 8,21$) tidak masuk sebagai model penentu perilaku minum obat filariasis dalam analisis multivariat.

