

PENGARUH PROMOSI KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU MASYARAKAT TENTANG FILARIASIS (Effect of Health Promotion to Community Knowledge, Attitude and Behavior of Filariasis)

Santoso¹, Yulian Taviv¹, Yahya¹, Rika Mayasari¹

Naskah masuk: 20 Februari 2014, Review 1: 25 Februari 2014 2014, Review 2: 21 Februari 2014, Naskah layak terbit: 27 Maret 2014

ABSTRAK

Latar Belakang: Eliminasi filariasis bertujuan untuk menurunkan angka mikrofilaria (*Microfilaria rate/Mf rate*) kabupaten/kota menjadi <1% di tahun 2020. Salah satu kegiatan pokok program eliminasi filariasis adalah pemberian obat massal pencegahan filariasis (POMP filariasis) di kabupaten/kota dengan Mf rate >1%. Cakupan penduduk yang harus minum obat pada kegiatan POMP filariasis adalah > 85% dari sasaran penduduk. **Tujuan** dari penelitian ini untuk meningkatkan cakupan pengobatan massal melalui kegiatan promosi kesehatan terhadap masyarakat. **Metode:** Desain penelitian adalah kuasi eksperimen, yaitu dengan melakukan penilaian pengetahuan, sikap dan perilaku penduduk terhadap filariasis sebelum dan setelah mendapatkan promosi kesehatan. Jumlah penduduk yang diwawancarai sebanyak 117 responden. **Hasil:** Tingkat pengetahuan responden dengan kategori tinggi tentang filariasis meningkat setelah kegiatan promkes dari 30,8% menjadi 59,8%. Proporsi sikap responden dengan kategori baik terhadap kegiatan penanggulangan filariasis mengalami peningkatan setelah kegiatan promkes dari 62,4% menjadi 79,5%. Perilaku minum obat responden mengalami peningkatan setelah promkes dari 70,1% menjadi 88,9%. **Kesimpulan:** Promosi kesehatan terbukti telah dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepatuhan masyarakat dalam pengobatan filariasis ($p < 0,05$). **Saran:** Diadakan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan kader & masyarakat tentang filariasis melalui kegiatan masyarakat.

Kata kunci: Filariasis, promosi kesehatan, POMP filariasis.

ABSTRACT

Background: The aims of filariasis elimination was to reduce the number of microfilariae (*microfilaria rate/Mf rate*) in district/city to <1% in 2020. One of the principal activities of the filariasis elimination program is the prevention of filariasis mass drug administration (MDA) in districts/cities with Mf rate of >1%. Coverage of the population who need to take medication on filariasis MDA activity is >85% of the target population. The objective of this study was to improve the coverage mass treatment through the public health promotion activities. **Methods:** The study design was quasi-experimental, ie to assess the knowledge, attitude and behavior of the population before and after filariasis health promotion activity. Number of people had interviewed were 117 respondents. **Results:** The level of knowledge of respondents with a high category of filariasis increased after health promotion activity from 30.8% to 59.8%. The proportion of respondents with both categories attitude towards filariasis prevention activities increased after health promotion activity from 62.4% to 79.5%. The behavior of the respondents taking medication increased from 70.1% after health promotion to 88.9%. **Conclusions:** Health promotion has proven to improve the knowledge, attitudes and compliance in the treatment of filariasis community ($p < 0.05$). **Recommendation:** Conduct training to improve the knowledge of cadres & public about of filariasis through social activities.

Keywords: filariasis, health promotion, filariasis MDA.

¹ Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang (Loka Litbang P2B2) Baturaja. Jl. A. Yani KM 7 Kemelak, Baturaja Timur, Ogan Komering Ulu, Sum-Sel.
Alamat korespondensi: Email: santosbta@yahoo. co. id; santoso@litbang. depkes. go. id

PENDAHULUAN

Penyakit kaki gajah (filariasis) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia hingga saat ini. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2009 jumlah Kabupaten yang endemis sebanyak 356 kabupaten dari 495 kabupaten (71,9%) yang ada di Indonesia (Kemenkes RI, 2010).

Kebijakan dan strategi dalam pengendalian filariasis di Indonesia meliputi: 1) Identifikasi daerah endemis filariasis melalui survei darah jari (SDJ); 2) Pendidikan kesehatan terhadap masyarakat; 3) Pengobatan massal di daerah endemis filariasis; 4) Pengendalian vektor dan; 5) Evaluasi pengobatan massal. Pengobatan secara massal dilakukan di daerah endemis menggunakan obat *Diethyl Carbamazine Citrate* (DEC) dikombinasikan dengan *Albendazol* sekali setahun selama 5–10 tahun. Untuk mencegah reaksi samping seperti demam, diberikan *Parasetamol*. Dosis obat untuk sekali minum adalah, DEC 6 mg/kg/berat badan, satu tablet *Albendazol* 400 mg. Pengobatan massal dihentikan apabila *Microfilaria rate* (*Mf rate*) sudah mencapai <1%, secara individual atau selektif, dilakukan pada kasus klinis, baik stadium dini maupun stadium lanjut, serta dengan jenis dan obat bergantung dari keadaan kasus (Sudomo M, 2005).

Kriteria daerah endemis filariasis ditentukan berdasarkan hasil survei darah jari terhadap seluruh penduduk. Apabila hasil survei menunjukkan >1% penduduk positif mikrofilaria dalam darahnya maka daerah tersebut dinyatakan endemis filariasis dan harus dilakukan kegiatan pemberian obat massal pencegah filariasis (POMP filariasis). Obat diberikan setiap tahun sekali selama lima tahun berturut-turut. Sasaran pengobatan adalah seluruh penduduk berusia >2 tahun. Obat tidak diberikan kepada penduduk yang sedang hamil atau menderita sakit berat. Cakupan penduduk yang harus minum obat adalah 85% dari sasaran penduduk. Cakupan POMP filariasis yang tinggi (>85%) diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan filariasis, sehingga filariasis tidak menjadi masalah kesehatan di tiap kabupaten/kota (Kemenkes RI, 2012).

Penelitian di Kabupaten Muaro Tahun 2012 didapatkan cakupan penduduk minum obat filaria hanya 52%. Cakupan POMP filariasis ini tergolong

rendah dan masih berpotensi terjadi penularan filariasis, sebagaimana penelitian di 6 desa dengan 3.350 penduduk didapat penderita positif mikrofilaria sebanyak 30 orang atau *Mf rate* 0–6,3%. Sebanyak tiga desa memiliki *Mf rate* >1%, yang berarti bahwa desa tersebut endemis filariasis. Intervensi yang digunakan dalam peningkatan cakupan pengobatan yang dilakukan di kabupaten ini hanya pembagian obat tanpa ada promosi kesehatan sehingga masyarakat kurang memahami pentingnya minum obat pencegah filariasis. (Santoso dkk., 2012). Penelitian ini menggunakan metode intervensi berupa promosi kesehatan sebelum dilakukan pemberian obat sehingga masyarakat dapat memahami pentingnya minum obat pencegah filariasis.

Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (2013), diketahui bahwa kegiatan POMP filariasis di Kabupaten ini dilakukan sejak tahun 2002. Survei tahun 2012 menunjukkan masih adanya kasus baru sebanyak 6 (enam) orang dari 300 penduduk yang diperiksa dengan *Mf rate* 2%. Dari survey tersebut maka Kabupaten Tanjung Jabung Timur masih dinyatakan sebagai daerah endemis filariasis

Berdasarkan hal tersebut maka dilakukan penelitian untuk memberikan promosi kesehatan berupa penyuluhan tentang filariasis kepada masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap filariasis. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat yang berhubungan dengan filariasis melalui promosi kesehatan dengan memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan cakupan penduduk minum obat pencegah filariasis sehingga program eliminasi filariasis di Indonesia tahun 2020 dapat tercapai.

METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan eksperimen semu (*quasi experimental design*) untuk menguji perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap responden sebelum dan sesudah mendapatkan promosi kesehatan tentang filariasis (Notoatmodjo, 2002). Desain rancangan penelitian yang akan dilakukan adalah dengan *non randomized pretest-posttest control group* (Aswin, 2010). Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas

Muara Sabak Barat Kabupaten Tanjung Jabung Timur selama 5 (lima) bulan dalam bulan Agustus sampai Desember, tahun 2013.

Intervensi yang dilakukan berupa promosi kesehatan dilakukan dalam 2 tahap. Tahap pertama adalah melatih kader filariasis yang telah ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, sebanyak 10 orang kader per desa. Materi yang diberikan diantaranya: pengertian tentang filariasis, cara penularan, cara pencegahan dan cara pengobatan.

Kader yang telah dilatih selanjutnya melakukan promosi kepada masyarakat dengan memberikan penyuluhan secara oral dan dengan menggunakan media leaflet. Kegiatan penyuluhan dilakukan bersamaan dengan pembagian obat pencegah filariasis.

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal di wilayah Puskesmas Muara Sabak Barat, Kabupaten Tanjung Jabung Timur yang sedang melaksanakan kegiatan pengobatan massal filariasis, sebanyak 12.776 orang.

Kriteria sampel adalah kepala keluarga atau anggota rumah tangga yang berusia ≥ 17 tahun. Setiap rumah tangga hanya diambil 1 (satu) orang. Perhitungan besar sampel menggunakan rumus dari Lemeshow (1997) berikut:

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha}\sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

- Level of significance (α) = 5%
- Power of test ($1-\beta$) = 90%
- Proporsi kepatuhan minum obat sebelum promkes (P_1) = 0,66
- Proporsi kepatuhan minum obat setelah promkes (P_2) = 0,85
- Sample size (n) = 106

Berdasarkan hasil perhitungan jumlah sampel minimal untuk satu kelompok sebesar 106 orang ditambah 10% untuk sehingga jumlah sampel menjadi 117 orang.

Penentuan sampel berdasarkan data penderita filariasis dari Puskesmas Muara Sabak sebanyak 58 orang ditambah dengan keluarga atau tetangga penderita sebanyak 59 orang sehingga jumlah sampel seluruhnya sebanyak 117 orang.

Interview menggunakan kuesioner terstruktur dan dilakukan oleh petugas yang telah dilatih. Kegiatan interview dilakukan di rumah responden untuk membuat suasana menjadi nyaman dan tidak mendapat gangguan dari orang lain sehingga jawaban pertanyaan merupakan jawaban dari responden. Jumlah pertanyaan yang diajukan untuk menilai pengetahuan responden sebanyak 11 pertanyaan, namun untuk penilaian kategori pengetahuan responden hanya dinilai dari tujuh pertanyaan. Responden yang menjawab pertanyaan dengan benar mendapat skor 1 dan yang menjawab salah mendapat skor 0. Jumlah skor jawaban responden kemudian dibuat rata-rata untuk membuat kategori pengetahuan responden. Skor responden di atas rata-rata dikategorikan memiliki pengetahuan yang tinggi dan skor rata-rata ke bawah dikategorikan memiliki pengetahuan rendah tentang filariasis. Skor tingkat pengetahuan responden paling rendah nol dan paling tinggi tujuh dengan rata-rata 4,22. Berdasarkan rata-rata skor tersebut maka responden dengan skor kurang dari atau sama dengan 4,22 dikategorikan memiliki pengetahuan rendah dan responden dengan skor lebih dari 4,22 dikategorikan memiliki pengetahuan tinggi tentang filariasis.

Pertanyaan yang diajukan untuk mengetahui sikap responden terhadap kegiatan pengendalian filariasis meliputi delapan pertanyaan. Responden yang menjawab setuju mendapat skor 2, tidak tahu mendapat skor 1 dan tidak setuju mendapat skor 0. Skor berdasarkan jawaban responden kemudian dibuat rata-rata. Jumlah skor responden di atas rata-rata dikategorikan memiliki sikap baik dan di bawah atau sama dengan rata-rata dikategorikan memiliki sikap buruk. Rata-rata jumlah skor responden adalah 14,99 dengan skor maksimum 16 dan minimum 7, sehingga skor jawaban responden yang lebih dari 14,99 dikategorikan memiliki sikap baik dan skor jawaban responden kurang dari atau sama dengan 14,99 dikategorikan buruk.

Analisis data secara uni dan bivariat. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat masing-masing berkaitan dengan filariasis dengan menggunakan *paired-sample t-test* (uji t untuk sampel berpasangan) dan uji *Ci-square* (Hastomo, 2011).

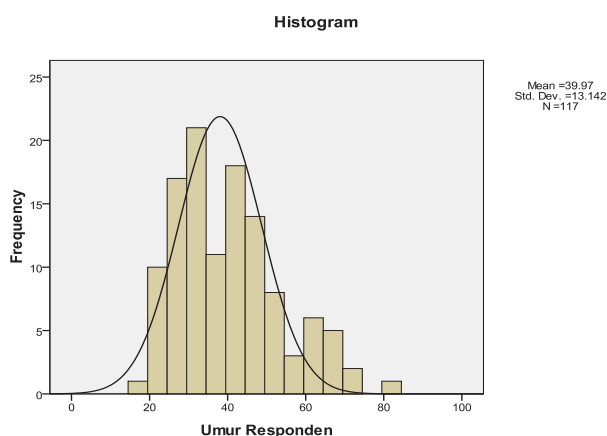
HASIL

Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan

Median umur responden adalah 40 tahun, dengan yang tertinggi 80 tahun dan terendah 17 tahun (Grafik 1).

Tabel 1. Menyajikan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

Tabel 1. menunjukkan responden menurut jenis kelamin lebih banyak responden wanita (53,8%) dibandingkan pria (46,2%). Proporsi tingkat pendidikan responden mayoritas tidak tamat SD dan tamat SLTA (23,9%), diikuti tamat SLTP (19,7%), tamat SD (18,8%), Akademi/Perguruan Tinggi (9,4%) dan yang terendah tidak pernah sekolah sebesar 4,3%. Mayoritas jenis pekerjaan responden adalah tidak bekerja atau ibu



Grafik 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Muara Sabak, Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2013

rumah tangga (35,0%), diikuti petani/buruh tani/nelayan (23,9%) dan terendah adalah pedagang/wiraswasta, karyawan swasta dan pekerjaan lainnya (3,4%).

Pengetahuan, sikap dan perilaku responden terhadap filariasis

Tabel 2 menyajikan kategori pengetahuan dan sikap responden tentang filariasis sebelum dan setelah mendapat promosi kesehatan.

Tabel 1. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan di Puskesmas Muara Sabak, Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2013

Karakteristik Responden	Jumlah	%
Jenis Kelamin:		
- Pria	54	46,2
- Wanita	63	53,8
Pendidikan:		
- Tidak pernah sekolah	5	4,3
- Tidak tamat SD	28	23,9
- Tamat SD	22	18,8
- Tamat SLTP	23	19,7
- Tamat SLTA	28	23,9
- Tamat Akademi/PT	11	9,4
Pekerjaan:		
- Tidak bekerja/Ibu rumah tangga	41	35,0
- Petani/buruh tani/nelayan	28	23,9
- Pedagang/wiraswasta	4	3,4
- Karyawan swasta	26	22,2
- PNS/TNI/Polri/Pensiunan	4	3,4
- Lainnya	10	8,5
- Lainnya	4	3,4
Total	117	100,0

Tabel 2. Tingkat Pengetahuan dan Sikap Responden tentang Filariasis Sebelum dan Sesudah Promkes di Puskesmas Muara Sabak, Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2013

Kategori variabel	Promosi Kesehatan				Total (n=234)	
	Sebelum promkes (n=117)		Setelah Promkes (n=117)		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Pengetahuan:						
- Tinggi	36	30,8	70	59,8	106	45,3
- Rendah	81	69,2	47	40,2	128	54,7
Sikap:						
- Baik	73	62,4	93	79,5	166	70,9
- Buruk	44	37,6	24	20,5	68	29,1

Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat bahwa proporsi tingkat pengetahuan responden dengan kategori tinggi meningkat setelah kegiatan promosi kesehatan dari 30,8% menjadi 59,8%. Proporsi sikap responden dengan kategori baik mengalami peningkatan setelah kegiatan promosi kesehatan dari 62,4% menjadi 79,5%.

Pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap responden

Perbedaan rata-rata skor pengetahuan dan sikap responden sebelum dan sesudah promkes dengan uji *paired-sample t-test* (uji t untuk sampel berpasangan) disajikan pada Tabel 3.

Skor rata-rata pengetahuan responden sebelum promkes sebesar 3,67 dengan standar deviasi 1,676

dan sesudah promkes sebesar 4,77 dengan standar deviasi 1,621 dengan perbedaan mean skor perilaku sebelum promkes dan setelah promkes sebesar 1,103 dengan standar deviasi sebesar 1,859. Uji t berpasangan mendapatkan nilai p sebesar 0,0001, terdapat perbedaan signifikan antara pengetahuan sebelum penyuluhan dan setelah penyuluhan (Tabel 3).

Skor rata-rata sebelum promkes sebesar 14,68 dengan standar deviasi 1,884 dan sesudah promkes sebesar 15,31 dengan standar deviasi 1,411. Analisis perbedaan mean sikap sebelum promkes dan setelah promkes sebesar 0,632 dengan standar deviasi sebesar 2,172 dengan uji t berpasangan didapatkan nilai p=0,002 atau ada perbedaan yang signifikan antara sikap sebelum dan setelah penyuluhan (Tabel 3).

Pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan perilaku pengobatan

Perilaku minum obat dinilai berdasarkan pernah tidaknya meminum obat yang diberikan selama dua tahun terakhir (tahun 2012 dan tahun 2013) dan berapa kali minum obat. Proporsi responden yang mendapatkan obat dan meminum obat juga mengalami peningkatan setelah promosi kesehatan. Proporsi responden yang mendapatkan obat sebelum promosi kesehatan sebesar 80,3% dan meningkat menjadi 94,9% setelah promosi kesehatan. Proporsi responden yang meminum obat sebelum promosi kesehatan 70,1% dan setelah promosi kesehatan meningkat menjadi 88,9%. Hasil analisis *Chi-square* perbedaan responden yang mendapat dan pernah minum obat sebelum dan sesudah promkes disajikan pada Tabel 4.

Tabel 3. Rata-rata Skor Pengetahuan dan Sikap Responden tentang Filariasis dengan Kegiatan Promkes di Puskesmas Muara Sabak, Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2013

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Skor pengetahuan					
- Sebelum promkes	3,67	1,676	0,155	0,0001	117
- Setelah promkes	4,77	1,621	0,150		117
Skor sikap					
- Sebelum promkes	14,68	1,884	0,174	0,002	117
- Setelah promkes	15,31	1,411	0,130		117

Tabel 4. Responden yang Pernah Mendapat dan Minum Obat Filariasis Menurut Pelaksanaan Kegiatan Promkes di Puskesmas Muara Sabak, Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2013

Perilaku Pengobatan	Pelaksanaan Promkes				OR	95% CI	p value
	Sebelum		Setelah				
	n	%	n	%			
Mendapat obat:							
- Tidak	23	19,7	6	5,1	4,53	1,77–11,58	0,002
- Pernah	94	80,3	111	94,9			
Minum obat:							
- Tidak	35	29,9	13	11,1	3,42	1,70–6,67	0,001
- Pernah	82	70,1	104	88,9			
	117	100,0	117	100,0			

Tabel 4 menunjukkan responden yang mendapat obat pada saat pembagian obat massal setelah kegiatan promkes meningkat dari 80,3% menjadi 94,9%, signifikan ($p=0,002$). Proporsi responden yang pernah minum obat pada saat pembagian obat massal setelah kegiatan promkes meningkat dari 70,1% menjadi 88,9%. Analisis bivariat menunjukkan promosi kesehatan telah meningkatkan perilaku kepatuhan minum obat secara signifikan $p=0,001$.

PEMBAHASAN

Distribusi umur responden normal dengan yang terendah adalah 17 tahun, sebagaimana kriteria inklusi. Kebanyakan responden wanita, karena wawancara dilakukan pada siang hari sehingga banyak kepala keluarga tidak berada di rumah pada saat wawancara dilakukan. Berdasarkan pendidikan, tingkat pendidikan responden sedang. Hal ini terlihat dari proporsi yang berpendidikan tamat SLTP ke atas lebih besar dibandingkan yang berpendidikan tamat SD ke bawah. Selain itu, responden yang berpendidikan Akademi/Perguruan Tinggi lebih besar dibandingkan dengan yang tidak pernah sekolah. Pekerjaan responden paling banyak adalah tidak bekerja/ibu rumah tangga, karena penduduk yang berada di rumah pada saat wawancara adalah penduduk yang tidak bekerja/ibu rumah tangga.

Kategori tingkat pengetahuan responden sebagian besar adalah rendah sebelum promosi kesehatan berupa penyuluhan. Setelah promosi kesehatan yang dilakukan oleh kader dan petugas kesehatan, tingkat pengetahuan responden meningkat. Sebelum promosi kesehatan, lebih banyak responden yang tidak mengetahui tentang filariasis, yaitu tentang gejala, metoda pemeriksaan dan cara penularan.

Pengetahuan yang rendah tentang filariasis menghambat kegiatan eliminasi filariasis. Sebagian masyarakat yang tidak mengetahui tentang penyebab filariasis beranggapan bahwa filariasis bukan penyakit menular melainkan karena keturunan, sehingga bila tidak ada anggota keluarga yang terkena filariasis maka mereka beranggapan bahwa tidak mungkin akan terkena filariasis. Masyarakat Jambi ada yang beranggapan bahwa penyebab filariasis karena kaki masuk lubang, sehingga bila kaki masuk lubang harus dilakukan ritual khusus agar kaki tidak menjadi besar, kaki gajah. Anggapan bahwa filariasis disebabkan

karena pengaruh sihir atau guna-guna ditemukan di Pulau Misima, Papua New Guinea (Wynd, 2007).

Menurut Green (1980), perilaku ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Jika seseorang memiliki pengetahuan positif terhadap suatu objek maka diharapkan orang tersebut memiliki sikap dan perilaku positif terhadap objek tersebut. Namun tidak selamanya pengetahuan yang positif juga diiringi dengan sikap dan perilaku positif. Hal ini mungkin dipengaruhi factor lain, seperti motivasi, niat, kehendak, fasilitas, pengalaman, dan sebagainya (Notoatmodjo S., 1993)

Sikap menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2005), 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.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini menunjukkan sikap positif dalam mendukung kegiatan penanggulangan filariasis. Proporsi responden yang memiliki sikap positif dalam mendukung kegiatan filariasis meningkat setelah dilakukan promosi kesehatan. Meskipun sikap tidak menunjukkan tindakan atau aksi nyata dalam mendukung kegiatan pengendalian filariasis namun sikap positif tersebut dapat mempengaruhi perilaku yang akan dilakukan seseorang karena sikap merupakan kecenderungan seseorang untuk melakukan suatu tindakan (Sudomo, 1994).

Penelitian oleh Santoso dkk (2010) di Kabupaten Belitung Timur menunjukkan bahwa sikap positif responden terhadap kegiatan pengendalian filariasis juga didukung oleh perilaku positif. Hal ini sejalan dengan penelitian ini bahwa sikap responden juga mendukung perilaku yang akan dilakukan oleh responden khususnya dalam kegiatan pengendalian filariasis di Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Perilaku yang berisiko terserang filariasis yang diamati dalam penelitian ini adalah perilaku sering keluar malam, perilaku pencegahan gigitan nyamuk dan perilaku minum obat filariasis. Sebanyak 36% responden berperilaku buruk dengan sering ke luar rumah pada malam hari, berisiko yang lebih besar bila tidak menggunakan pelindung diri dari gigitan nyamuk.

Juriastuti (2010) mendapatkan hubungan sangat bermakna, terhadap perilaku responden yang sering keluar rumah pada malam. Sedangkan Santoso menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara perilaku ke luar malam dengan kejadian filariasis, namun terdapat hubungan bermakna antara perilaku pemakaian alat pencegahan gigitan nyamuk di dalam rumah dengan kejadian filariasis.

Cakupan penduduk yang mendapatkan obat filariasis pada kegiatan POMP filariasis berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan harus mencapai >85% dari sasaran penduduk yang harus minum obat (Kemenkes RI, 2012). Penelitian menunjukkan cakupan penduduk yang mendapatkan obat mengalami peningkatan setelah dilakukan promosi kesehatan di mana sebelum kegiatan promosi kesehatan, cakupan penduduk mendapat obat di bawah target Kementerian Kesehatan (85%) tetapi setelah dilakukan promosi kesehatan melebihi target yang ditetapkan (90%).

Penduduk yang mendapatkan obat tidak semuanya minum obat. Sebelum dilakukan kegiatan promkes, proporsi penduduk yang minum obat sebesar 70,1% dan meningkat menjadi 88,9% setelah dilakukan kegiatan promkes. Alasan utama penduduk yang tidak minum obat sebelum dilakukan promkes adalah karena tidak mendapatkan obat (19%). Kegiatan pengobatan massal sebelum penelitian dilakukan (sebelum promkes) belum dilakukan penyuluhan secara intensif, sehingga masih banyak dijumpai penduduk yang tidak mengetahui adanya kegiatan pengobatan massal. Hal ini tampaknya mempengaruhi cakupan penduduk yang minum obat karena masih ada penduduk yang tidak mendapatkan obat.

Setelah kegiatan promkes, masih ditemukan responden yang tidak minum obat dengan alasan utama yaitu tidak mendapatkan obat walaupun proporsinya menurun yaitu 3%. Penduduk yang belum mendapatkan obat tersebut diberikan obat.

Kegiatan pengobatan massal dapat dihentikan apabila cakupan pengobatan massal selama lima tahun berturut-turut lebih dari 85%, namun perlu didukung dengan evaluasi hasil kegiatan pengobatan massal. Evaluasi pengobatan massal dapat dilakukan dengan *sweeping* (pencarian penduduk yang belum mendapatkan obat), survei kepatuhan minum obat dan survei evaluasi penularan (*transmission assessment survey/TAS*).

Peran serta masyarakat dalam kegiatan eliminasi filariasis di kabupaten endemis sangat penting. Pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap filariasis juga mendukung keberhasilan program eliminasi filariasis, sehingga perlu adanya peningkatan pengetahuan tentang filariasis dan mengurangi perilaku yang berisiko terhadap penularan filariasis. Penyebarluasan informasi tentang filariasis harus disesuaikan dengan karakteristik masyarakat setempat dan disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh penduduk.

Hasil wawancara terhadap masyarakat sebelum dan setelah mendapatkan promosi kesehatan berupa pelatihan terhadap kader kesehatan diperoleh peningkatan tingkat pengetahuan responden. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna terhadap peningkatan pengetahuan responden setelah diberi penyuluhan.

Kegiatan penanggulangan filariasis, khususnya kegiatan POMP filariasis harus disertai dengan kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat tentang filariasis. Kurangnya penyuluhan mengakibatkan banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang adanya kegiatan filariasis, terutama masyarakat di daerah terpencil. Penelitian di wilayah Papua didapatkan cakupan pengobatan massal rendah, yaitu sebesar 58%. Sulitnya akses penduduk untuk menjangkau fasilitas kesehatan dan kurangnya komunikasi dan informasi dari petugas kesehatan terhadap masyarakat menjadi penyebab rendahnya cakupan pengobatan massal (Bhullar, 2010).

Sikap responden setelah mendapatkan penyuluhan melalui promosi kesehatan menunjukkan adanya peningkatan sikap positif terhadap kegiatan penanggulangan filariasis secara signifikan. Perubahan sikap responden yang mengarah ke sikap positif (mendukung kegiatan filariasis) diharapkan dapat mendorong perilaku yang juga mendukung pelaksanaan eliminasi filariasis. Sikap positif responden yang mendukung kegiatan filariasis diantaranya pernyataan kesediaan responden diambil darahnya untuk pemeriksaan, kesediaan untuk minum obat selama lima tahun dan kesediaan untuk membersihkan lingkungan agar tidak menjadi tempat perindukan nyamuk.

Sikap positif responden ternyata juga didukung dengan perilaku yang baik. Perilaku responden sebelum dan sesudah kegiatan promkes mendapatkan

adanya peningkatan perilaku responden yang baik. Jumlah responden yang minum obat setelah kegiatan promosi kesehatan mengalami peningkatan signifikan.

Kegiatan penanggulangan filariasis harus direncanakan dengan baik dan terarah. Kegiatan POMP filariasis juga harus melibatkan masyarakat sebagai sasaran pengobatan. Informasi tentang pelaksanaan kegiatan harus disampaikan secara jelas kepada masyarakat agar dapat memahami dan mendukung kegiatan tersebut. Kegiatan eliminasi filariasis tidak akan berhasil bila hanya dilakukan oleh petugas kesehatan. Tokoh masyarakat dan kader kesehatan sebagai ujung tombak yang berhubungan langsung dengan masyarakat harus dapat dilibatkan secara aktif, sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil. Informasi yang disampaikan juga diharapkan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat dan dilakukan terus-menerus. Petugas pelaksana kegiatan eliminasi filariasis, baik petugas kesehatan maupun masyarakat yang ditugaskan sebagai tim eliminasi harus mendapat pengetahuan yang cukup untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat. Sarana dan prasarana pendukung juga harus dipersiapkan sebelum pelaksanaan kegiatan, karena kurangnya sarana pendukung akan menghambat pelaksanaan kegiatan pengobatan massal. Penelitian di India menunjukkan bahwa informasi yang disampaikan secara terus menerus melalui media umum meningkatkan cakupan pengobatan karena masyarakat mengetahui manfaat kegiatan pengobatan massal. Sebaliknya, keterlambatan distribusi logistik menghambat pelaksanaan kegiatan pengobatan massal sehingga cakupan pengobatan menjadi rendah (Babu, 2004).

Sejak tahun 2005, sebagai unit pelaksana atau *Implementation Unit (IU)* penanganan filariasis adalah setingkat kabupaten/kota. Artinya, satuan wilayah terkecil dalam program ini adalah kabupaten/kota, baik untuk penentuan endemisitas maupun pelaksanaan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) filariasis. Bila suatu kabupaten/kota endemis filariasis, maka kegiatan POMP filariasis harus segera dilaksanakan. Agar mencapai hasil optimal sesuai kebijakan nasional eliminasi filariasis dengan memutuskan rantai penularan, yaitu POMP filariasis untuk penduduk di wilayah kabupaten/kota tersebut kecuali anak kurang

dari dua tahun, ibu hamil, orang yang sedang sakit berat, penderita kronis filariasis yang dalam serangan akut dan balita dengan marasmus/kwashiorkor dapat ditunda pengobatannya. Pelaksanaan POMP filariasis dilakukan dengan berbasis kabupaten/kota, upaya program tersebut belum menjangkau seluruh penduduk di wilayah kabupaten/kota tersebut. Pola program tersebut tidak efisien dan efektif karena tetap berisiko penularan (*re-infeksi*) karena belum seluruh penduduk terlindungi. Sehingga, pelaksanaan POMP filariasis perlu direncanakan secara komprehensif dan mencakup seluruh wilayah endemis di Indonesia (Kemenkes, 2010).

Pelaksanaan POMP filariasis di wilayah Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah dilakukan sejak tahun 2002, namun hanya di 3 kecamatan endemis. Hal ini tidak sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang pedoman pengendalian filariasis, penyakit kaki gajah yang menetapkan bahwa kabupaten endemis filariasis harus melakukan kegiatan POMP filariasis secara menyeluruh dan serempak se-kabupaten (Depkes RI, 2005). Hal ini karena satuan lokasi (*implementation unit*) kegiatan POMP filariasis adalah kabupaten/kota sehingga kegiatan pengobatan harus mencakup seluruh wilayah kabupaten endemis filariasis. Kegiatan POMP filariasis ini bertujuan untuk menurunkan endemisitas filariasis di suatu daerah agar tidak menyebar atau menular ke kabupaten/kota lainnya.

Kegiatan promosi kesehatan perlu dilakukan sebelum pelaksanaan kegiatan pengobatan massal. Hal ini untuk mengurangi adanya kejadian ikutan paska pengobatan massal. Masyarakat cenderung untuk belajar seperti mengetahui adanya efek samping setelah minum obat menjadi enggan minum obat. Hal ini karena anggapan bahwa mereka tidak sakit tetapi justru sakit sesudah minum obat sehingga bila tidak dilakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya minum obat untuk mencegah filariasis, maka masyarakat tetap enggan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan filariasis. Penyuluhan ini dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan dan didampingi oleh tokoh masyarakat ataupun kader setempat.

Pengetahuan masyarakat yang rendah tentang filariasis juga merupakan salah satu kendala dalam pelaksanaan eliminasi filariasis. Penelitian di Papua menunjukkan rendahnya cakupan penduduk yang

minum obat. Rendahnya cakupan pengobatan disebabkan beberapa hal, diantaranya karena luasnya wilayah pengobatan, akses yang sulit karena keterbatasan transportasi. Kurangnya promosi kesehatan tentang filariasis juga merupakan penyebab rendahnya cakupan pengobatan sehingga berkembang rumor bahwa setelah minum obat mengakibatkan pingsan dan bahkan dapat menimbulkan kematian sehingga masyarakat tidak mau minum obat filariasis (Bhullar, 2010).

Berdasarkan hal tersebut, maka setiap upaya inovasi kesehatan akan berhadapan dengan serangkaian masalah sosial budaya. Masalah-masalah ini bukan hanya bersumber pada kebudayaan dari masyarakat penerima (sasaran) program inovasi kesehatan, tetapi juga pada kebudayaan birokrasi dan keprofesionalan para petugas inovasi kesehatan. Penggolongan masalah ini dapat terlihat nyata melalui kenyataan sebagai konsekuensi pelaksanaan program inovasi kesehatan di suatu masyarakat. Selain itu, tentang proses interaksi antara petugas inovasi kesehatan dan anggota masyarakat. Dalam interaksi ini, petugas kesehatan selain memberikan perawatan medis, bertugas mengadopsikan ide-ide, kepercayaan, dan praktek medis modern kepada anggota masyarakat (Kalangie, 1994).

Foster (1973) menyatakan, perkembangan teknologi terpadu yang paling berhasil muncul ketika perencana program dan ahli mengenali 2 (dua) sistem sosial budaya di tempat kerja mereka. Dua sistem sosial budaya tersebut adalah kelompok birokrasi dan target yang memiliki beberapa pemahaman atas proses-proses perubahan yang mencirikan keduanya. Dalam hal ini, petugas kesehatan yang bergerak dalam kegiatan program saling membantu dan mengenali masyarakat yang menjadi sasaran dalam program filariasis.

Kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat perlu kerja sama dengan lintas sektor terkait, seperti lembaga swadaya masyarakat dan lembaga pemerintahan daerah. Sasaran kegiatan penyuluhan adalah masyarakat yang berada jauh dari sarana pelayanan kesehatan karena filariasis lebih banyak menyerang penduduk di daerah dengan akses sarana kesehatan yang sulit. Penguatan sistem kesehatan dan membangun kerja sama lintas sektor merupakan hal penting dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat (Molyneux D, 2013).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tingkat pengetahuan responden dengan kategori tinggi tentang filariasis meningkat setelah kegiatan promkes dari 30,8% menjadi 59,8%. Proporsi sikap responden dengan kategori baik terhadap kegiatan penanggulangan filariasis mengalami peningkatan setelah kegiatan promkes dari 62,4% menjadi 79,5%. Perilaku minum obat responden mengalami peningkatan setelah promkes dari 70,1% menjadi 88,9%.

Promosi kesehatan terbukti telah dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepatuhan masyarakat dalam pengobatan filariasis secara signifikan.

Saran

Peningkatan pengetahuan kader dan masyarakat dengan memberikan penyuluhan tentang pengertian, gejala, penyebab cara pencegahan dan pengobatan filariasis dengan metode yang sesuai dengan kondisi masyarakat setempat secara berulang. Penyuluhan dapat dilakukan melalui kegiatan kemasyarakatan seperti pengajian, PKK atau kegiatan lainnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini didanai oleh DIPA Loka Litbang P2B2 Baturaja tahun anggaran 2012. Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Panitia Pembina Ilmiah PTIKM, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi staf Program Filariasis, serta seluruh pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama kegiatan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswin S., 2010. Rancangan Penelitian Eksperimental (Rancangan Percobaan). Hand out kuliah Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: .Program Pasca Sarjana, Universitas Gadjah Mada.
- Babu, BV and Kar, SK, 2004. Coverage, compliance and some operational issues of mass drug administration during the programme to eliminate lymphatic filariasis in Orissa, India. *Tropical Medicine and International Health*, 9 (6), pp. 702–9.
- Bhullar N and Maikere J, 2010. Challenges in mass drug administration for treating lymphatic filariasis in Papua, Indonesia. *Parasit & Vector*, 3 (70).

- Available at: <<http://www.parasitesandvectors.com/content/3/1/70>> [Accessed. 1 September 2013].
- Departemen Kesehatan. 2005. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor: 1582/MENKES/SK/XI/2005 tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah). Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, 2013. Laporan Tahunan Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2012. Tanjung Jabung Timur, Muara Sabak.
- Foster, GM, 1973. *Traditional Societies and Technological Change, Second Edition*. New York: Harper and Row Publisher.
- Hastono SP, 2011. Modul: Analisis Data. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,.
- Juriastuti, P, Kartika, M, Djaja IM, dan Susanna D, 2010. Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kelurahan Jati Sampurna. *Makara Kesehatan*. 14 (1), pp. 31-36.
- Kalangie NS, 1994. *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Jakarta: Kesaint Blanc.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Rencana Nasional Program Eliminasi Filariasis Tahun 2010-2014. Subdit Filariasis dan Shistosomiasis, Jakarta: Direktorat P2B2, Ditjen PP & PL.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. *Filariasis di Indonesia*. Buletin Jendela Epidemiologi. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Pedoman Eliminasi Filariasis di Indonesia*. Pedoman Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis, Jakarta.
- Lemeshow S, Hosmer DW Jr., Klar J, Lwanga SK, 1997. *Besar sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Penerjemah: Diby Purmono. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Molyneux D, 2003. Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: A public health success and development opportunity. *Filaria Journal*, 2 (13). Available at: <http://www.filariajournal.com/content/2/1/13>.. [Accessed 19 Juni 2013].
- Notoatmodjo S, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoatmodjo S, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan II. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka cipta,
- Santoso, dkk., 2010. Kepatuhan Masyarakat Terhadap Pengobatan Filariasis di Kabupaten Belitung Timur Tahun 2008. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 38 (4), pp.185-97.
- Santoso, dkk, 2012. Pemetaan Kasus dan Identifikasi Faktor Risiko Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2012. Laporan Hasil Penelitian. Baturaja: Loka Litbang P2B2.
- Santoso, Sitorus H, Oktarina R, 2013 Faktor Risiko Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 41 (3), pp. 152-62.
- Sudomo M, Kasnodiharjo, Santoso SS, 1994. Penularan Filariasis di Pemukiman Transmigrasi Kumpeh Ditinjau dari Aspek Sosio Antropologi. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 22 (1), pp. 48-56.
- Sudomo M, 2005. Lymphatic Filariasis in Indonesia dalam Eisaku Kimura, *Asian Parasitology*. Vol 3: Filariasis in Western and Asia Pasific. Tokyo: The Federation of Asian Parasitologists Japan.
- Wynd S, et al., 2007. Qualitative analysis of the impact of a lymphatic filariasis elimination programme using mass drug administration on Misima Island, Papua New Guinea. *Filaria Journal*. 6 (1). Available at: <<http://www.filariajournal.com/content/6/1/1>>. [Accessed 28 February 2013].