

KEBIJAKAN PENGENDALIAN KECACINGAN DAN PENGETAHUAN MASYARAKAT TERHADAP KECACINGAN DI KABUPATEN BANJAR PROPINSI KALIMANTAN SELATAN

(The Policy of Helminthiasis Control and Public Knowledge Againsts Helminthiasis in Banjar Regency South Kalimantan Province)

Juhairiyah¹ dan Annida¹

Naskah masuk: 3 Maret 2014, Review 1: 5 Maret 2014 2014, Review 2: 5 Maret 2014, Naskah layak terbit: 21 April 2014

ABSTRAK

Latar belakang: Kecacingan merupakan penyakit yang diabaikan sehingga kurang diperhatikan baik pencegahan maupun penanggulangannya. Meskipun kecacingan cenderung tidak mematikan namun dapat menurunkan kondisi gizi yang mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan dan mental anak-anak, sedangkan pada orang dewasa menyebabkan turunnya produktivitas kerja. Oleh karena itu, sangat penting dilakukan upaya-upaya yang komprehensif untuk dijadikan data dasar dalam kebijakan strategis pencegahan dan penetapan program penanggulangan kecacingan yang tepat guna. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui aspek-aspek spesifik yang menghambat program pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan. **Metode:** Penelitian ini bersifat deskriptif dengan desain rancangan cross sectional. Pengumpulan data dilakukan dengan indepth interview terhadap sampel studi kualitatif yaitu para pemegang kebijakan program yang berhubungan dengan pengendalian kecacingan dan kuesioner terhadap sampel studi kuantitatif yaitu orang tua/wali murid SD yang terpilih sebanyak 291 responden. **Hasil:** Belum ada koordinasi antara lintas program dan lintas sektor dalam pengendalian kecacingan serta belum ada penganggaran dana untuk program kecacingan merupakan salah satu kendala yang menyebabkan kurang lancarnya program kebijakan pengendalian kecacingan. Pengetahuan masyarakat Kabupaten Banjar terhadap penyakit kecacingan termasuk kategori baik. Tidak ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan kejadian kecacingan, sebaliknya adanya hubungan antara pengetahuan anak dengan kejadian kecacingan. **Kesimpulan:** Kebijakan terbatas pada pengobatan dan dianggap bukan penyakit berbahaya. **Saran:** Perlu peningkatan dana dan kerja sama lintas sektor dan program untuk pengendalian kecacingan.

Kata kunci: Kebijakan, pengendalian, pengetahuan, masyarakat, kecacingan

ABSTRACT

Background: Helminthiasis is a neglected disease that lack of attention both prevention and handling. Eventhough helminthiasis is tent not to be deadly disease but it can reduce the nutrition that influence the growth and mental of the children. For the adult it brings out the reducing of productivity. That's why it is very important to determine helminthiasis prevention strategies in South Kalimantan by doing a comprehensive effort to be the basic data for determining policies to helminthiasis control programs appropriatly. This study is aimed to know the specific aspects that retard the program of helminthiasis control in Banjar Regency, South Kalimantan. **Methods:** It is descriptive study with cross sectional design. The data are collected by indepth interview to the policy holder that has connection with the helminthiasis control and the guardian of elementary schoo, they are 291 respondents. **Results:** There has not any coordination yet between cross programs and sector to control helminthiasis and there has not any budget yet for helminthiasis program. Those are one of the obstruction that make helminthiasis program can not wotk effectively. The public knowledge of Banjar Regency about helminthiasis is in good level. There is no relationship between parental knowledge with helminthiasis, otherwise there is

¹ Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu Kementerian Kesehatan RI Kawasan Perkantoran Pemda Kab. Tanah Bumbu, Gunung Tinggi Tanah Bumbu, Kalsel, email : ju2_juju@yahoo. com

relationship between knowledge of children with helminthiasis. **Conclusion:** Policy only focus on curative services due to helminthiasis is not a deadly disease. **Recommendation:** Increasing the budget of program and improving the awareness of across sector and program will support helminthiasis control program.

Keywords: policy , control , knowledge, public, helminthiasis

PENDAHULUAN

Kecacingan merupakan penyakit endemik dan kronik yang diakibatkan oleh cacing parasit yang cenderung tidak mematikan namun menggerogoti kesehatan tubuh manusia, sehingga berakibat menurunnya kondisi gizi dan kesehatan masyarakat. Umumnya kecacingan disebabkan oleh cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), cacing cambuk (*Trichuris trichiura*), dan cacing Hookworm (*Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus*) yang dikelompokkan sebagai cacing yang ditularkan melalui tanah (*Soil Transmitted Helminth*), karena penularannya dari satu orang ke orang lain melalui tanah. Kecacingan tersebar dan menjangkiti hampir seluruh penduduk di seluruh dunia di mana 1 miliar orang di dunia terinfeksi *A. lumbricoides*, 795 juta orang terinfeksi *T. trichiura*, dan 740 orang terinfeksi *Hookworm* (WHO, 2008).

Kecacingan di Indonesia merupakan masalah yang penting, terutama berhubungan dengan keadaan sosial dan ekonomi. Hasil survei kecacingan sekolah dasar pada 27 provinsi di Indonesia (2002–2006) terlihat pada tabel 1 (Mardiana & Djarismawati 2008).

Hasil survei kecacingan yang dilakukan oleh Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu tahun 2008-2009 di 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan

Tabel 1. Hasil Survei Kecacingan Sekolah Dasar pada 27 Provinsi di Indonesia

Infeksi Jenis	Tahun				
	2002	2003	2004	2005	2006
<i>A. lumbricoides</i>	22,0%	21,7%	16,1%	12,5%	17,8%
<i>T. trichiura</i>	19,9%	21,0%	17,2%	20,2%	24,2%
Hookworm	2,4%	0,6%	5,1%	1,6%	1,0%

didapatkan 23% anak sekolah yang menderita kecacingan, dengan prevalensi Askariasis 10%, Trikuriasis 8%, dan *Hookworm* 3%. Penelitian tersebut menunjukkan adanya kecacingan yang terjadi pada anak sekolah, namun belum didukung oleh kebijakan program penanggulangan kecacingan (Waris & Rahayu 2009).

Survey kecacingan tahun 2010 pada 6 kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan, menunjukkan hasil seperti terlihat pada tabel 2.

Kecacingan merupakan penyakit yang diabaikan (*neglected disease*) sehingga kurang diperhatikan baik pencegahan maupun penanggulangannya. Oleh karena itu sangat penting dilakukan upaya-upaya yang komprehensif untuk dijadikan data dasar dalam kebijakan strategis pencegahan dan penetapan program penanggulangan kecacingan yang tepat guna di Provinsi Kalimantan Selatan. Penelitian ini

Tabel 2. Hasil Survei Kecacingan pada 6 Kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2010

Infeksi Jenis	Lokasi/ Kabupaten					
	Banjarmaru	Balangan	Tanah Bumbu	Kotabaru	Hulu Sungai Tengah	Barito Kuala
<i>A. lumbricoides</i>	12,6%	29%	16%	5,1%	0%	21,2%
<i>T. trichiura</i>	0%	62%	81%	0,8%	1,53%	0%
Hookworm	2,2%	0%	1%	0,8%	0%	0%
<i>H. Nana</i>	1,5%	0%	1%	0,8%	0%	2,5%
<i>E. Vermicularis</i>	0%	3%	1%	0%	0%	0,8%
Infeksi Ganda (<i>T. trichiura</i> & <i>A. lumbricoides</i>)	4%	6%	0%	0%	0%	0%
Infeksi Ganda (Hookworm & <i>A. lumbricoides</i>)	0%	0%	0%	0%	0%	3,4%

dilakukan untuk mengetahui aspek-aspek spesifik yang menghambat program pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan. Hasil penelitian diharapkan memberikan manfaat bagi pengelola program Dinas Kesehatan dalam menentukan model intervensi penanggulangan kecacingan agar dapat menentukan strategi pengendalian kecacingan secara efektif dan efisien di Provinsi Kalimantan Selatan.

METODE

Penelitian dilakukan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada bulan April–Desember 2011. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan mengadakan studi analisis kualitatif dan kuantitatif. Desain penelitian menggunakan rancangan *cross sectional*.

Populasi pada studi kualitatif adalah pemegang kebijakan (Bappeda, anggota DPRD komisi kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan, Pengelola Program Kecacingan di Dinas Kesehatan, Pimpinan Puskesmas). Sedangkan populasi studi kuantitatif adalah semua orang tua/ wali murid Sekolah Dasar (SD) di Kabupaten Banjar.

Sampel kualitatif adalah para pemegang kebijakan program yang berhubungan dengan pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*, dengan kriteria inklusi subjek yang berhubungan langsung dengan program pengendalian kecacingan dan kriteria eksklusi subjek yang tidak pernah aktif dalam program pengendalian kecacingan. Sampel studi kuantitatif adalah orang tua/ wali murid SD yang terpilih secara cluster sampling, yaitu SD yang terpilih minimal $\frac{1}{4}$ dari total SD yang ada di kabupaten tersebut, kemudian jumlah orang tua/wali murid di setiap SD-SD terpilih diambil dengan cara membagi jumlah sampel yang diambil dalam 1 SD dengan jumlah kelas. Jumlah sampel dihitung berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Snedecor dan Cochran (Budiarto 2003) yaitu sebanyak 286 sampel dengan kriteria inklusi adalah penduduk yang tinggal menetap lebih dari 3 bulan, dan kriteria eksklusi adalah penduduk yang tidak bersedia diwawancarai.

Variable bebas dari penelitian yaitu kebijakan dan pengetahuan masyarakat, sedangkan variable terikat yaitu kecacingan. Pengumpulan data dilakukan

dengan *indepth interview* menggunakan pedoman wawancara, *focus group discussion* (FGD) terhadap sampel kualitatif dan wawancara dengan kuesioner terhadap sampel kuantitatif.

HASIL

Gambaran Umum Kabupaten Banjar

Kabupaten Banjar terletak di antara $2^{\circ}49'55''$ – $3^{\circ}43'38''$ lintang selatan dan $114^{\circ}30'20''$ – $115^{\circ}35'37''$ bujur timur. Pada sebelah Utara, Kabupaten Banjar berbatasan dengan Kabupaten Tapin, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tanah Bumbu, sebelah Selatan berbatasan dengan Kota Banjarbaru dan Kabupaten Tanah Laut, dan di sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Barito Kuala dan Kota Banjarmasin. Kepadatan penduduk Kabupaten Banjar tidak merata tiap kecamatan, rata-rata kepadatan sebesar 99,42 jiwa/km², kepadatan tertinggi pada Kecamatan Martapura (2042 jiwa/km²) dan terendah pada Kecamatan Aranio (7,03 jiwa/km²).

Kebijakan Pengendalian Kecacingan

Berdasarkan hasil kesimpulan dari *indepth interview* terhadap para pemegang kebijakan program yang berhubungan dengan kebijakan pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan (tabel 3), didapatkan aspek-aspek spesifik yang mempengaruhi kebijakan kecacingan yaitu aspek regulasi, ketersediaan fasilitas, dana dan sumber daya manusia yang terlatih dan terdidik serta hambatan dalam pelaksanaan pengendalian kecacingan.

Pengetahuan Masyarakat terhadap Kecacingan

Karakteristik Responden

Sebanyak 291 responden yang diwawancarai sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (78%). Responden paling banyak berpendidikan tamat SLTA/ sederajat (55%), dan paling sedikit responden yang tidak tamat SD atau tidak sekolah, yaitu sebanyak 1 responden (0,3%). Responden sebagian besar bekerja sebagai pedagang/wiraswasta sebanyak 157 (54%), bekerja sebagai petani/nelayan sebanyak 13 responden (4,5%), dan tidak bekerja sebanyak 15 responden (5,2%). Berdasarkan hasil kuesioner yang dilakukan didapatkan hasil responden yang memiliki pengetahuan mengenai kecacingan pada kategori baik (51,9%), seperti terlihat pada tabel 4.

Tabel 3. Hasil *Indepth Interview* Para Pemegang Kebijakan

Pemegang Kebijakan	Hasil Indepth Interview
Dinas Kesehatan	Belum memiliki anggaran maupun perencanaan untuk program kecacangan. Sejak tahun 2002, pedoman/juknis mengenai kecacangan selama ini didapatkan melalui internet. Survei kecacangan pernah dilakukan bekerjasama dengan badan litbangkes, namun belum pernah dilakukan pengobatan massal. Pengobatan kecacangan yang pernah dilakukan pada tahun 2008 oleh bagian gizi, namun dalam jumlah yang belum cukup. Sistem pelaporan kecacangan dilakukan oleh P2PL dinas kesehatan kabupaten, namun belum pernah dilaporkan ke Ditjen P2PL pusat. Kegiatan promosi kesehatan dilakukan melalui pembagian leaflet. Belum membentuk task force dan kelompok kerja kecacangan. Mempunyai tenaga laboratorium yang bergabung dalam program diare, namun belum pernah dilatih.
Pengelola Program di Dinas Kesehatan	Anggaran maupun perencanaan program kecacangan belum ada, sedangkan pedoman dan juknis khusus mengenai kecacangan juga tidak dimiliki, kecuali yang didapatkan melalui internet. Survei kecacangan pernah dilaksanakan di kecamatan Astambul, tahun 2009, namun belum pernah dilakukan pengobatan massal, pemetaan maupun survei evaluasi. Sehingga sistem pelaporan tidak berjalan. Kegiatan pokok berupa promosi kesehatan juga belum berjalan lancar, disebabkan belum adanya perencanaan, anggaran dan SDM yang terlatih. Demikian juga dengan tidak adanya tata organisasi berupa pembentukan task force kecacangan dan kelompok kerja kecacangan. Peralatan dan obat-obatan yang diperoleh selama ini berasal dari APBD dalam jumlah yang cukup, namun belum memiliki tenaga terlatih untuk program kecacangan.
Puskesmas	Kebijakan terhadap kecacangan belum pernah dilakukan di puskesmas, demikian juga dengan tidak adanya anggaran. Selama ini puskesmas belum pernah melakukan survei dan menemukan kasus kecacangan. Sedangkan pengobatan kecacangan hanya dilakukan perindividu. Alat dan bahan pemeriksaan kecacangan lengkap, namun tenaga mikroskopis yang dimiliki puskesmas belum pernah dilatih mengenai pemeriksaan kecacangan, sedangkan pengelola program sendiri tidak ada di puskesmas. Memiliki tenaga promosi kesehatan namun belum terlatih dan kegiatan yang diemban petugas masih merangkap, sehingga belum pernah dilakukan penyuluhan mengenai kecacangan. Sistem pencatatan pelaporan dilakukan ke petugas P2M dan surveilans dinas kesehatan kabupaten.
BAPPEDA	Bappeda tidak pernah mendengar tentang perencanaan pengobatan massal kecacangan maupun anggaran terhadap kecacangan di Kabupaten Banjar. Keterlibatan maupun program dari Bappeda sendiri terhadap kecacangan belum ada. Sesuai saran Bappeda bahwa <i>“program harus terpadu dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah”</i> . Pedoman/ sistem dan aturan yang mengatur program kecacangan berupa RPJP dari usulan dinas kesehatan kabupaten. Sedangkan kesiapan SDM dalam melaksanakan program tersebut bersifat relatif sesuai kebutuhan daerah, demikian juga dengan penyediaan alat dan obat-obatan tergantung dinas kesehatan. Kendala yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan disebabkan oleh anggaran. Program Bappeda berkoordinasi dengan dinas kesehatan bersifat umum terhadap kesehatan, tidak khusus kecacangan. Saran dari Bappeda: <i>“program pemberantasan kecacangan dari pusat harus sudah terpadu ke daerah, bukan hanya kepala-kepala dinas kesehatan yang tahu, tapi juga berkoordinasi secara lintas program dan sektoral”</i> .
DPRD Komisi Kesehatan	Kasus kecacangan yang pernah terjadi di Kabupaten Banjar diketahui langsung dari masyarakat yang menderita kecacangan, namun tidak jelas di daerah mana. Dinas kesehatan pernah mengadakan pertemuan untuk mengkoordinasikan tentang pemberantasan kecacangan dengan pihak DPRD pada tahun 2010, di dinas kesehatan provinsi. Diketahui pula pernah dilakukan pengobatan massal penyakit kecacangan. Pihak DPRD mendukung pelaksanaan pengobatan massal penyakit kecacangan secara politis, meskipun selama ini DPRD belum pernah membuat surat instruksi tentang pengobatan massal kepada pemerintah (camat, dinas kesehatan, puskesmas, Bappeda). Saran dan masukan dari DPRD dalam program pemberantasan kecacangan: <i>“kalau bisa pemerintah lebih memperhatikan masalah kecacangan di daerah”</i> .

Tabel 4. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentasi
Jenis Kelamin		
Laki-laki	226	78%
Perempuan	65	22%
Tingkat Pendidikan		
Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah	1	0,3%
Tamat SD	41	14,1%
Tamat SLTP	42	14,4%
Tamat SLTA	160	55%
Tamat Akademi/PT	47	16,2%
Jenis Pekerjaan		
Tidak Bekerja	15	5,25
Petani/Nelayan	13	4,5%
Pedagang/ Wiraswasta	157	54%
PNS	106	36,4%
Pengetahuan		
Kurang Baik	140	48,1
Baik	151	51,9

Hubungan antara Pengetahuan Orang Tua dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan tabel 5, hasil analisis *Chi Square* dengan p value 0,464 lebih besar dari pada 0,05 pada taraf kepercayaan 95% dan *Odds Ratio* (OR) dinyatakan tidak signifikan serta tidak memiliki *Confidence Interval* (CI) sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan kejadian kecacingan.

Hubungan antara Pengetahuan Anak Sekolah dengan Kejadian Kecacingan

Hasil analisis *Chi Square* pada tabel 6 dengan p value 0,044 lebih kecil dari 0,05, menunjukkan secara statistik bahwa ada hubungan antara pengetahuan

Tabel 5. Hasil Uji Hubungan Pengetahuan Orang Tua dengan Kejadian Kecacingan

Pengetahuan orang tua	Kejadian Kecacingan	
	positif	negatif
baik	4 (2,6%)	147 (97,4%)
kurang baik	2 (1,4%)	150 (98,6%)
p Value =	0,464	

Tabel 6. Hasil Uji Hubungan Pengetahuan Anak Sekolah dengan Kejadian Kecacingan

Pengetahuan anak sekolah	Kejadian Kecacingan		OR	CI 95%	
	positif	negatif		Bawah	Atas
baik	1 0,6%	171 99,4%	0,133	0,015	0,156
kurang	5 4,2%	114 95,8%			
p Value =	0,044				

anak sekolah dengan kejadian kecacingan. Hasil analisis OR menunjukkan bahwa pengetahuan anak sekolah yang kurang baik mempunyai risiko terkena kecacingan sebesar 0,133 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan anak sekolah yang baik (tabel 6).

PEMBAHASAN

Kebijakan Pengendalian Kecacingan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 424/ Menkes/SK/VI/2006 tentang Pedoman pengendalian kecacingan menyebutkan bahwa penyakit kecacingan merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat Indonesia terutama di kalangan anak usia sekolah dasar sehingga hal ini dapat mengganggu proses pembelajaran. Oleh karena itu kebijakan program pengendalian penyakit cacingan diarahkan untuk: (1) meningkatkan upaya pengendalian dengan menggali sumber daya secara kemitraan, lintas program dan lintas sector, (2) meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pengelolaan program yang lebih profesional, (3) mengembangkan dan menyelenggarakan metode tepat guna, (4) meningkatkan upaya pencegahan dan efektif bersama program dan sektor terkait dan, (5) melaksanakan bimbingan, pemantauan dan evaluasi.

Strategi pengendalian cacingan yang dilakukan sesuai dengan pedoman teknis adalah memutus mata rantai penularan baik dalam tubuh maupun di luar tubuh manusia melalui program jangka pendek dan jangka panjang. Adapun tujuan program jangka pendek pengendalian kecacingan yaitu memutus rantai penularan dalam tubuh manusia, dengan demikian dapat menurunkan prevalensi dan intensitas infeksi cacingan dengan cara pengobatan (oleh

sektor kesehatan). Tujuan program jangka panjang yaitu dengan memutuskan rantai penularan di luar tubuh manusia yaitu dengan melaksanakan upaya pencegahan yang efektif (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Kebijakan adalah suatu pertimbangan yang dirancang untuk membimbing keputusan terhadap tindakan program (Turner 2007). Oleh karena itu kebijakan dapat dilihat sebagai seperangkat aturan yang mengatur suatu keberhasilan program. Kasus kecacingan dianggap tidak termasuk di dalam penyakit berbahaya (*neglected disease*) sehingga belum menjadi program prioritas penanggulangan, baik di masyarakat maupun institusi lintas sektor (Dinas Kesehatan, Puskesmas, Bappeda, DPRD Komisi Kesehatan). Hal tersebut menyebabkan belum adanya koordinasi antara lintas program dan lintas sektor dalam pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar. Menurut Lukman (Waris 2010) koordinasi sebenarnya sangat penting untuk melakukan penyamaan persepsi yang akan dicapai dengan melakukan pertanyaan “*who, what, when, where dan how*” sehingga terjadi sinkronisasi.

Ketersediaan fasilitas, alat dan bahan untuk identifikasi kecacingan di Kabupaten Banjar sudah memadai sampai dengan di tingkat puskesmas. Adanya leaflet yang dibagikan merupakan upaya promotif yang mendukung, namun belum dilakukan upaya penyuluhan baik secara langsung maupun melalui media massa dan cetak (Presska A. K *et al.* 2012). Penyuluhan merupakan upaya memberdayakan individu, kelompok dan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan, serta mengembangkan iklim yang mendukung, yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat, sesuai dengan sosial budaya dan kondisi setempat (Fitri *et al.* 2012). Program penyuluhan kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan dalam upaya pencegahan dan pengobatan secara mandiri. Penyuluhan kesehatan dalam memberantas kecacingan bertujuan untuk meningkatkan praktek hidup bersih dan sehat.

Dilihat dari sumber daya manusia, ketersediaan tenaga yang terlatih dan terampil sangat diperlukan, di Kabupaten Banjar terdapat tenaga mikroskopis namun belum pernah mengikuti pelatihan pemeriksaan kecacingan demikian juga dengan tenaga promosi kesehatan.

Dari hasil *indepth interview* dengan pihak legislatif diperoleh informasi bahwa pihak legislatif mendukung secara penuh meskipun hanya dalam dukungan politis, dukungan ini dapat berjalan dengan maksimal apabila pihak Dinas Kesehatan secara simultan berkoordinasi dengan DPRD menginformasikan tentang kasus kecacingan yang terjadi di Kabupaten Banjar serta regulasi tentang pengendalian kecacingan.

Belum adanya penganggaran dana untuk kecacingan yang diberikan oleh pemerintah Kabupaten Banjar merupakan salah satu kendala yang menyebabkan kurang lancarnya program kebijakan pengendalian kecacingan sehingga dalam beberapa tahun setelah program kebijakan dicanangkan, namun belum berjalan sesuai dengan pedoman dari Kementerian Kesehatan.

Peran para *stakeholder* sangatlah dibutuhkan dalam menjalankan program kebijakan pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar, karena dalam menjalankan program ini anggaran yang cukup, fasilitas yang memadai, serta sumber daya manusia yang terlatih sangatlah dibutuhkan sehingga target dari pelaksanaan program dapat dicapai sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Pasal 9 yang menyatakan pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pengetahuan Masyarakat Terhadap Kecacingan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diantaranya diperoleh melalui pendidikan, informasi, lingkungan, usia dan pengalaman.

Seseorang dikatakan kecacingan bila dalam pemeriksaan tinjanya terdapat telur cacing. Kecacingan merupakan salah satu mikroorganisme penyebab penyakit dari kelompok *helminth* (cacing), membesar dan hidup dalam usus halus manusia serta tumbuh dan berkembang di daerah yang beriklim panas dan lembab dengan sanitasi yang buruk. Secara umum gejala kecacingan yaitu berbadan kurus dan pertumbuhan terganggu (kurang gizi), kurang darah (anemia), daya tahan tubuh rendah, sering-sering sakit, lemah dan letih (Winita *et al.* 2012).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, pengetahuan masyarakat Kabupaten Banjar terhadap penyakit kecacingan termasuk kategori baik. Orang tua anak telah mengetahui penyebab terjadinya penyakit kecacingan dan tanda serta gejala penyakit kecacingan tersebut. Dari hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan kejadian kecacingan. Namun tetap diperhatikan bahwa orang tua harus tetap mengajarkan pengetahuan tentang penyakit kecacingan pada anaknya. Pengetahuan yang baik tentang suatu penyakit akan mengurangi tingginya kejadian akan penyakit tersebut. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang (Soekidjo 2007).

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya (Soekidjo 1997). Berdasarkan penelitian pengetahuan anak sekolah terhadap kejadian kecacingan berbanding dengan pengetahuan orang tua, secara statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan anak sekolah dengan kejadian kecacingan. Hasil analisis *Odd Ratio* (OR) menunjukkan bahwa pengetahuan anak sekolah yang kurang baik mempunyai risiko terkena kecacingan sebesar 0,133 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan anak sekolah yang baik.

Perlu dilakukan edukasi kecacingan yang diberikan secara berkala untuk dapat meningkatkan pengetahuan terhadap infeksi kecacingan. Menurut Notoatmodjo pendidikan kesehatan merupakan *behavioral investment* jangka panjang dan hasil *investment* pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa waktu kemudian. Sesuai penelitian Shan *et al* (Shan *et al.* 2000) yang menyebutkan edukasi kecacingan yang disertai dengan pemeriksaan feses dan pemberian pengobatan dapat mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku murid sekolah di China sehingga dapat menurunkan angka kecacingan di sekolah tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pengetahuan masyarakat Kabupaten Banjar terhadap penyakit kecacingan termasuk kategori baik. Tidak ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan kejadian kecacingan, sebaliknya adanya hubungan antara pengetahuan anak dengan kejadian kecacingan.

Aspek-aspek spesifik menghambat program pengendalian kecacingan di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan yaitu kebijakan fasilitas SDM dan dana Kebijakan yang dilakukan terhadap kasus kecacingan masih sebatas pengobatan pada penderita, belum melakukan pengobatan massal. Kasus kecacingan yang dianggap bukan penyakit berbahaya (*neglected disease*) belum menjadi prioritas penanggulangan baik di masyarakat maupun institusi lintas sektor.

Fasilitas berupa alat dan bahan untuk identifikasi kecacingan tersedia di puskesmas, namun upaya penyuluhan hanya berupa leaflet. Sumber Daya Manusia berupa tenaga mikroskopis yang terlatih untuk pemeriksaan kecacingan belum ada, demikian juga dengan tenaga promosi kesehatan. Sampai saat ini belum ada program dan anggaran maupun perencanaan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas terhadap pengendalian kecacingan.

Kendala/Hambatan adalah anggaran kesehatan yang masih terbatas, dan kasus kecacingan yang dianggap tidak berbahaya menyebabkan penanggulangannya tidak diprioritaskan. Sehingga sampai sekarang belum ada program khusus yang ditujukan untuk penanggulangan kecacingan.

Saran

Perlu adanya perencanaan dana khusus untuk program pengendalian kecacingan dari pemerintah daerah dan pusat. Meningkatkan upaya kerja sama antara lintas sektor dan program serta dukungan dari para *stakeholder* terhadap program pengendalian kecacingan. Perlunya memberikan edukasi dini kepada anak tentang kecacingan serta peningkatan upaya-upaya promosi tentang pengendalian kecacingan.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, E., 2003. Metodologi Penelitian Kedokteran EGC, ed., Jakarta.
- Fitri, J., Saam, Z. dan Hamidy, M., 2012. Analisis Faktor-faktor Resiko Infeksi Kecacingan Murid Sekolah Dasar di Kecamatan Angkola Timur Kabupaten Tapanuli Selatan, Departemen Kesehatan RI, 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 424/MENKES/SK/VI/2006. Jakarta.
- Mardiana & Djarismawati, 2008. Prevalensi Cacing Usus pada Murid Sekolah Dasar Wajib Belajar Pelayanan Gerakan Terpadu Pengentasan Kemiskinan Daerah Kumuh di Wilayah DKI Jakarta. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 7(2), hal. 769–74.
- Presska A.K, C., Salawati, T. dan Astuti, R., 2012. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Kecacingan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Madrasah Ibtidaiyah An Nur Kelurahan Pedurungan Kidul Kota Semarang. *Promosi Kesehatan Indonesia*, 7 (2), hal.184–90.
- Shan, X. et al., 2000. Creating Health-Promoting Schools In Rural China : A Project Started From Deworming. *Health Promotion Int*, 15 (3), hal. 197–206.
- Soekidjo, N., 1997. Pengantar Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Yogyakarta: Andi Offset.
- Soekidjo, N., 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Jakarta: Rineka Cipta.
- Turner, C., 2007. Configuring Policies In Public Health Applications. *Expert System With Applications*, 32, hal.1059–72.
- Waris, L. & Rahayu, N., 2009. Distribusi Parasit Pencernaan di Sekolah Dasar Negeri Miawa Kecamatan Piani Kabupaten Tapin Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2008. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 37(4), pp.188–195.
- Waris, L., 2010. Kebijakan Pengendalian Kecacingan di Kalimantan Selatan, Tanah Bumbu.
- WHO. Soil Transmitted Helminths. Available at : <http://www.who.int/intestinal_worms/en/ 9 September 2008. 20.00 WIB.>
- Winita, R., Mulyati & Astuty, H., 2012. Upaya Pemberantasan Kecacingan di Sekolah Dasar. *Makara Kesehatan*, 16 (2), hal. 65–71.