

## PROMOSI KESEHATAN DALAM PENGENDALIAN FILARIASIS

### HEALTH PROMOTION IN THE CONTROL OF FILARIASIS

Ahmad Erlan\*

Balai Litbang P2B2 Donggala

Jalan Masitudju No 58 Labuan Panimba, Labuan, Donggala, Sulawesi Tengah, Indonesia

\*E\_mail: erlan3001@gmail.com

Received date: 26/8/2014, Revised date: 30/10/2014, Accepted date: 04/11/2014

#### ABSTRAK

Promosi kesehatan adalah cara yang efektif untuk mengubah perilaku masyarakat agar menjadi lebih sehat dan terhindar dari penyakit. Penularan filariasis dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu lingkungan, perilaku dan sosial budaya. Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian filariasis dari faktor lingkungan yaitu rawa-rawa di sekitar permukiman ( $OR=2,433$ ); faktor perilaku seperti kebiasaan menggunakan kelambu, tidak menggunakan pakaian lengan panjang dan tidak menggunakan kasa di ventilasi ( $p<0,05$ ); faktor pengetahuan dan stigma ( $p=0,07$ ). Promosi kesehatan melalui penyuluhan ke masyarakat dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan perubahan perilaku untuk memutuskan rantai penularan filariasis.

Kata kunci: promosi kesehatan, filariasis, lingkungan, perilaku, sosial budaya

#### ABSTRACT

*Health promotion is an effective way to change people's behavior to become more healthy and avoid illness. Filariasis transmission is influenced by three factors: environmental, social and cultural behavior. The results of several studies suggest that the factors that have a significant relationship with the occurrence of filariasis were environmental factors that marshes around settlements have ( $OR=2.433$ ); behavioral factors such as the habit of using nets, do not use long-sleeved clothes and do not use gauze in ventilation ( $p < 0.05$ ); knowledge factor and stigma ( $p=0.07$ ). Health promotion through counseling to the community was done to improve public knowledge and behavior change to cut the transmission of filariasis*

*Keywords: health promotion, filariasis, environmental, behavioral, social and cultural*

#### PENDAHULUAN

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Hal ini bukan sekedar pengubahan gaya hidup saja, namun berkaitan dengan pengubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan, menciptakan lingkungan yang mendukung, mengubah perilaku, dan meningkatkan kesadaran.<sup>1</sup>

Promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan adanya pesan tersebut diharapkan masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang

lebih baik. Promosi kesehatan menurut Leavel and Clark adalah upaya pencegahan penyakit dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan pada masa sebelum sakit dan pada masa sakit. Pada masa sebelum sakit upaya yang dilakukan adalah mempertinggi nilai kesehatan (*health promotion*) dan memberikan perlindungan khusus terhadap sesuatu penyakit (*specific protection*). Pada masa sakit upaya yang dilakukan adalah mengenal dan mengetahui jenis pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera (*early diagnosis and treatment*). Pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan sesuatu penyakit (*disability limitation*), dan rehabilitasi (*rehabilitation*). Promosi kesehatan menurut piagam Ottawa 1986 adalah suatu proses memberdayakan atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui

peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan sehat. Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya untuk memotivasi, mendorong dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.<sup>2</sup> Pada tahun 2004, filariasis telah menginfeksi 120 juta penduduk di 83 negara di seluruh dunia. Di Indonesia dilaporkan 22 provinsi diperkirakan telah terinfeksi filariasis sebanyak 150 juta manusia dan tertinggi di Irian Jaya.<sup>3</sup> Di daerah endemik, risiko terinfeksi filariasis sebesar 10-50% dan 10% diantaranya adalah wanita yang memberi dampak sosial dan psikologis.<sup>4</sup>

Filariasis mempunyai ciri dan kekhasan tersendiri, penyakit ini sifatnya menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki.<sup>5</sup> Gejala klinis akut berupa limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis yang disertai demam, sakit kepala, rasa lemah dan timbulnya abses. Abses dapat pecah dan kemudian mengalami penyembuhan dengan meninggalkan parut, terutama di daerah lipatan paha dan ketiak.<sup>6</sup> Penyakit ini memberikan dampak sosial budaya yang cukup besar, dampak ekonomi serta mental secara psikologis, sehingga tidak dapat bekerja secara optimal dan hidupnya selalu tergantung pada orang lain.

Penularan filariasis terjadi apabila ada lima unsur utama yaitu sumber penular (manusia dan hewan sebagai reservoir), parasit (mikrofilaria), vektor (nyamuk), manusia yang rentan (*host*), lingkungan (fisik, biologik, ekonomi dan sosial budaya). Cara infeksi atau siklus dari mikrofilaria dalam tubuh sampai menimbulkan penyakit adalah dalam tubuh nyamuk betina, mikrofilaria masuk ke dinding lambung dan berkembang dalam thorax hingga menjadi larva infektif (L3) yang kemudian berpindah ke proboscis. Ketika nyamuk menghisap darah host, larva infektif (L3) akan ikut terbawa dan masuk melalui lubang bekas tusukan nyamuk di kulit. Larva infektif tersebut akan bergerak mengikuti saluran limfa kemudian akan mengalami perubahan bentuk sebanyak dua kali sebelum menjadi cacing dewasa. Masa inkubasi ekstrinsik pada parasit mikrofilaria sampai menjadi cacing dewasa adalah 3,5 bulan, cacing dewasa ini hidup dalam tubuh hospes 5-10 tahun.<sup>6</sup>

Pengendalian vektor adalah upaya yang paling utama, di daerah dengan tingkat endemisitas

tinggi, penting sekali mengetahui dengan tepat bionomik dari vektor nyamuk, prevalensi dan insidensi penyakit, dan faktor lingkungan yang berperan dalam penularan di setiap daerah.<sup>7</sup> Alternatif lain pengendalian vektor filariasis yang dapat dilaksanakan adalah melalui penyuluhan kesehatan masyarakat agar masyarakat di daerah endemik filariasis dapat mengurangi kontak dengan nyamuk vektor, sehingga memperkecil kemungkinan terjadinya penularan. Peran lintas sektor dan lintas program dalam pengendalian vektor sangat diperlukan, terutama dalam mengurangi tempat perkembangbiakannya.<sup>8</sup>

Di Indonesia jumlah kabupaten/kota endemis filariasis sebanyak 335 kabupaten/kota (67%), 3 kabupaten/kota tidak endemis (0,6%), dan 176 kabupaten/kota belum dilakukan survei endemisitas filariasis. Pada tahun 2009 telah dilakukan survei pada kabupaten/kota yang belum melakukan survei tahun 2008. Jumlah kabupaten/kota yang endemis filariasis meningkat menjadi 356 kabupaten/kota dari 495 kabupaten/kota di Indonesia atau sebesar 71,9%, sedangkan 139 kabupaten/kota (28,1%) tidak endemis filariasis. Bila dilihat per-kabupaten dari laporan tahun 2009, tiga kabupaten dengan *Mf rate* tertinggi adalah Bonebolango dengan *Mf rate* 40%, diikuti oleh Manokwari (*Mf rate* 38,57%) dan Kota Cilegon (*Mf rate* 37,50%).<sup>9</sup>

Penelitian tentang upaya promosi kesehatan untuk mencegah penularan filariasis belum banyak dilakukan di Indonesia, selama ini yang sudah dilakukan pemerintah adalah pengobatan massal (MDA) pada populasi yang berisiko dengan obat DEC, albendazole dan paracetamol, setahun sekali selama minimal 5 tahun berturut-turut. Upaya lainnya yang sudah dilakukan adalah dengan penyuluhan tetapi hasilnya belum efektif dalam menurunkan kasus filariasis.

## METODE

Kajian dilakukan dengan studi literatur aspek promosi kesehatan dalam penanggulangan filariasis, faktor lingkungan, faktor perilaku dan faktor sosial budaya yang mempengaruhi kejadian filariasis di beberapa daerah endemis di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan dengan cara penelusuran data sekunder dari jurnal dan laporan hasil penelitian serta penelusuran internet melalui google search. Data yang ditampilkan adalah hasil penelitian dari beberapa sumber dan dikaji aspek promosi kesehatan dalam penanggulangan filariasis

dilihat dari faktor lingkungan, perilaku dan sosial budaya dari masyarakat.

## PEMBAHASAN

Pada tahun 2012 jumlah Kabupaten/Kota endemis filariasis sebanyak 300 kabupaten/kota, hanya 87 kabupaten/kota yang melaksanakan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) filariasis dan 32 kabupaten/kota yang telah selesai POMP filariasis selama 5 tahun berturut-turut. Kondisi tersebut disebabkan kurangnya komitmen pemerintah daerah dalam menyediakan biaya operasional POMP selama minimal 5 tahun berturut-turut yang menjadi tanggung jawab Pemda, sedangkan tanggung jawab pemerintah pusat adalah menyediakan obat.<sup>10</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di wilayah Kabupaten Pekalongan pada tahun 2010 terhadap 68 responden. Ditemukan hubungan yang bermakna secara biologis pada semua variabel yang diteliti, sedangkan secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, jenis kelamin dan perilaku terhadap filariasis, dan terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian filariasis.<sup>11</sup> Survei mikrofilaria pada penderita kronis dengan elefantiasis dari tiga kabupaten yaitu Cilacap, Banyumas, dan Pekalongan ternyata sudah tidak ditemukan mikrofilaria dalam darah tepi. Keadaan ini dapat disebabkan penderita telah lama (lebih dari lima tahun bahkan ada yang lebih dari 10 tahun) menderita elefantiasis sehingga cacing dewasanya sudah mati dan tidak memproduksi mikrofilaria.<sup>12</sup> Pada beberapa penelitian yang pernah dilakukan ada tiga faktor yang berperan dalam penularan filariasis yaitu faktor lingkungan, perilaku dan sosial budaya. Oleh karena itu, perlu dilakukan pencegahan dan penanggulangan filariasis dengan memperhatikan faktor risiko yang dominan mempengaruhi kejadian filariasis. Kebijakan kementerian kesehatan dalam pengendalian filariasis adalah pengobatan massal bagi daerah endemis dan menghindari kontak gigitan nyamuk.<sup>6</sup>

## Faktor Lingkungan

Penelitian yang dilakukan oleh Mahdiniansyah menunjukkan bahwa faktor lingkungan mempunyai pengaruh terhadap penularan filariasis. Keadaan lingkungan yang buruk mempunyai resiko 2 sampai 3 kali lebih besar terhadap penularan filariasis dengan OR=2,433.<sup>13</sup>

Lingkungan sekitar yang buruk dalam hal ini adanya rawa-rawa yang merupakan tempat perkembangbiakan nyamuk penular dekat pemukiman penduduk dengan jarak kurang lebih 100 meter. Jarak terbang nyamuk yang kurang dari 200 meter akan sangat memberikan peluang terjadinya penularan filariasis di daerah tersebut. Hal ini sesuai dengan teori bahwa nyamuk pada umumnya mempunyai daya terbang sejauh 50-100 meter. Dilaporkan pula beberapa jenis nyamuk antara lain nyamuk *Aedes* mampu terbang sejauh 320 meter. Keadaan lingkungan seperti daerah hutan, persawahan, rawa-rawa yang sering ditumbuhi tumbuhan air dan saluran air limbah dan parit adalah salah satu habitat yang baik untuk pertumbuhan nyamuk spesies tertentu.<sup>14</sup> Perbedaan lokasi tempat tinggal responden (di perdesaan dengan perkotaan) dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga yang terbuka, mempunyai hubungan dan pengaruh signifikan terhadap kejadian filariasis dalam 12 bulan terakhir.<sup>15</sup>

## Faktor Perilaku

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor perilaku antara lain kebiasaan menggunakan kelambu, kebiasaan memakai lengan panjang dan pemakaian kasa pada ventilasi mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian filariasis dengan  $p<0,05$ . Hasil uji statistik multivariat kebiasaan menggunakan kelambu  $p=0,049$  dengan  $Exp.B=9,568$ , kebiasaan menggunakan pakaian lengan panjang  $p=0,014$  dengan  $Exp.B=2,870$ , pemakaian kasa pada ventilasi  $p=0,151$   $Exp.B=1,945$  sehingga pemakaian kasa tidak lagi berhubungan dengan kejadian filariasis. Penelitian ini berbeda dengan penelitian filariasis di Kecamatan Cempaka Mulia yang menunjukkan bahwa pemakaian kelambu tidak mempunyai hubungan dengan kejadian filariasis dengan  $p=1,00$ , sedangkan hubungan kebiasaan penduduk berpakaian lengkap saat bekerja di hutan mempunyai hubungan yang bermakna  $p=0,00$  dengan nilai OR=0,27.<sup>16</sup>

Hasil penelitian lainnya menunjukkan bahwa perilaku yang berhubungan dengan pencarian pengobatan didapatkan yang ke puskesmas 102 orang (72,9%), praktik dokter 15 orang (10,7%), obat sendiri 49 orang (35%), dan dukun 32 orang (22,9%).<sup>3</sup> Hal ini menunjukkan bahwa walaupun akses ke tempat pelayanan kesehatan sudah cukup tinggi namun usaha dalam mengobati sendiri dan

minta pertolongan dukun masih dilakukan, sehingga penularan filariasis tetap berlangsung.

### Faktor Sosial Budaya

Upaya pengendalian vektor agar tidak kontak dengan nyamuk vektor, dapat dilakukan dengan penggunaan kelambu tanpa atau dengan *insecticide impregnation* seperti misalnya permethrin atau deltamethrin. Kelambu sebaiknya direndam larutan insektisida dosis 0,5 g/m<sup>2</sup> kemudian dikeringkan, daya insektisida tersebut dapat bertahan sampai 6 bulan. Nyamuk yang hinggap pada kelambu mengandung insektisida *lethal dose* seperti tersebut diatas akan segera mati. Cara ini memang praktis namun tidak mudah diterima masyarakat dengan tingkat pendidikan masih rendah. Program ini pernah dilaksanakan di Flores dan tidak banyak bermanfaat, karena penduduk enggan tidur di dalam kelambu pada suhu terlalu panas. Kelambu dilepas, dilipat, dan diletakkan di sudut ruangan dan ada yang disimpan di dalam almari, atau kelambu tetap dipasang namun tidurnya di luar kelambu karena merasa lebih nyaman walaupun tetap digigit nyamuk. Penyuluhan terhadap masyarakat tentang masalah filariasis dan dampaknya perlu ditingkatkan demi keberhasilan program eliminasi filariasis. Pengalaman tersebut merupakan pengalaman berharga bagi penentu kebijakan (*stakeholder*) bahwa mengubah sosial budaya penduduk tidaklah semudah membalik telapak tangan dan perlu mendapatkan perhatian sungguh-sungguh jika diinginkan penanggulangan filariasis dapat berhasil dengan baik.<sup>8</sup>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian filariasis. Pengetahuan rendah akan memberi peluang dua kali lebih besar terjadi filariasis dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan tinggi. Penelitian filariasis di Kecamatan Cempaka Mulia Kabupaten Kotawaringin didapatkan pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian filariasis  $p=0,07$  dan  $OR=0,49$ .<sup>13</sup>

Pengetahuan tentang penyebab filariasis yang menunjukkan hubungan yang signifikan adalah pendapat yang menyatakan bahwa filariasis disebabkan karena selalu kontak dengan dengan air dan kelebihan bekerja. Pengetahuan responden yang menimbulkan stigma bahwa filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh guna-guna, tidak

menunjukkan hubungan yang bermakna. Orang yang terinfeksi filariasis tidak seluruhnya memperlihatkan gejala dan tidak selamanya menunjukkan gejala seperti pembengkakan, gejala-gejala klinis yang muncul sangat bervariasi tergantung respon imun masing-masing penderita.<sup>17</sup> Berdasarkan manifestasi klinis filariasis dibedakan menjadi empat tingkatan yaitu *asymtomatic microfilaraemia*, *acute manifestations*, *chronic manifestations* dan *tropical pulmonary eosinophilia (occult filariasis)*.<sup>18</sup> Penelitian terhadap *illnes history variables*, penyakit filariasis menjadi masalah dalam kehidupan sehari-hari  $p<0,01$  terutama responden merasa malu dan tidak merasa nyaman jika kaki menjadi besar yang ditunjukkan dengan nilai  $p<0,05$ .<sup>6</sup> Pengetahuan responden mengenai gejala filariasis sudah cukup baik yaitu diatas 90% yang menjawab benar terhadap tanda-tanda filariasis. Adanya pemahaman yang menunjukkan filariasis merupakan penyakit keturunan (44,3%), akibat menginjak daerah terlarang (25,7%), dan dukun/guna-guna (17,1%) membuktikan pengetahuan masyarakat masih dipengaruhi hal-hal yang membudaya yaitu yang berkaitan dengan kepercayaan yang sudah turun-temurun, sehingga akan berpengaruh pada perubahan perilaku/kebiasaan dalam pencegahan filariasis.

Pengetahuan tentang pencegahan filariasis menunjukkan hubungan tidak bermakna, tetapi nampak jelas bahwa dari pendapat responden menyatakan bahwa pencegahan yang paling tinggi adalah dengan cara penyemprotan. Untuk menghindari kontak gigitan dengan nyamuk pilihan kedua. Ini menandakan bahwa peluang terjadinya penularan filariasis masih cukup tinggi. Beberapa perilaku/kebiasaan didapatkan proporsi kasus mempunyai kegiatan di luar rumah pada malam hari antara lain kegiatan ronda keamanan lingkungan, berbincang-bincang di luar rumah, menonton di luar rumah, penjaja keliling/berjualan, berada di tempat terbuka, buang air besar di luar rumah, berkumpul di luar rumah malam hari, dan memasang obat nyamuk di luar rumah.<sup>19</sup> Kondisi ini menggambarkan peluang kontak dengan nyamuk lebih besar. Hasil ini didukung oleh teori Greene bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu salah satunya adalah faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.<sup>20</sup> Hal

yang sama didapatkan pada penelitian penduduk di wilayah puskesmas Cempaka Mulia Sampit, Kalimantan Tengah menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara tingkat pendidikan dalam hal pengetahuan tentang filariasis ( $X^2=6,72$ ,  $p>0,05$ ).<sup>16</sup> Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh data bahwa frekuensi penderita berdasarkan kepatuhan minum obat pada penderita didapatkan frekuensi tertinggi pada penderita yang tidak patuh meminum obat, yaitu sebanyak 57,5% (23 orang dari 40 responden) dan frekuensi terendah adalah penderita patuh meminum obat, yaitu sebanyak 42,5% (17 orang dari 40 responden).<sup>21</sup> Pengobatan massal filaria yang dilakukan di Kelurahan Simbang Kulon, Kecamatan Buaran, Kabupaten Pekalongan hanya 23,4% responden yang minum obat filaria.<sup>22</sup> Hal ini menyebabkan penularan filaria masih akan terus berlangsung karena banyak warga yang menolak minum obat. Dalam pengobatan filariasis perlu penjelasan dan pemahaman mengenai adanya kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis kepada masyarakat sebelum pelaksanaan pengobatan. Bawa dengan adanya kejadian ikutan sejalan dengan suksesnya pengobatan agar mereka tidak merasa takut. Kejadian ikutan tersebut akan berkurang pada pengobatan tahun berikutnya, sehingga mereka tidak menolak untuk diobati pada tahun selanjutnya.<sup>23</sup>

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Pardede mengenai evaluasi promosi kesehatan dalam program eliminasi filariasis di Kabupaten Banyuasin Propinsi Sumatera Selatan menyatakan bahwa pengetahuan masyarakat tentang filariasis masih belum mencukupi terutama pada aspek gejala, cara penularan dan cara pencegahannya. Kurangnya promosi kesehatan dan media penyuluhan yang digunakan kurang memadai sehingga perilaku masyarakat kurang mendukung dalam eliminasi filariasis juga masyarakat tidak minum obat sesuai aturan karena ketakutan efek samping obat filariasis. Lingkungan tempat tinggal masyarakat memungkinkan tempat berkembang biaknya nyamuk terutama nyamuk yang menularkan filariasis. Partisipasi masyarakat dalam eliminasi filariasis belum optimal, terutama pada aspek pemberdayaan masyarakat.<sup>24</sup>

Visi promosi kesehatan adalah kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Hal tersebut menunjukkan bahwa yang menjadi sasaran utama adalah masyarakat, khususnya perubahan perilaku.

Namun demikian karena keterbatasan sumber daya, akan tidak efektif apabila upaya atau kegiatan promosi kesehatan langsung kepada masyarakat. Oleh sebab itu, perlu dilakukan pentahapan sasaran promosi kesehatan. Berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan ini, maka sasaran dibagi dalam tiga kelompok sasaran.<sup>2</sup>

### 1. Sasaran Primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, sasaran ini terdiri dari keluarga yaitu ayah, ibu dan anak-anaknya. Upaya promosi kesehatan yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

### 2. Sasaran Sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Disamping itu, dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagian hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan menjadi teladan bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial.

### 3. Sasaran Tersier

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi.

Promosi kesehatan dalam program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS), menyatakan bahwa promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Dengan demikian promosi

kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan) baik dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik dan sebagainya). Atau dengan kata lain promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (fisik dan non-fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.<sup>25</sup>

## KESIMPULAN

Faktor perilaku/kebiasaan tidak memakai kelambu, tidak memakai pakaian lengan panjang dan faktor lingkungan (rawa-rawa), serta faktor sosial budaya (pengetahuan rendah) merupakan faktor risiko terhadap kejadian filariasis. Hasil penelitian menunjukkan masih banyaknya masyarakat yang tidak mengetahui cara-cara penularan filariasis, dan masih adanya kepercayaan bahwa filariasis adalah penyakit keturunan, penyakit kutukan dan penyakit karena guna-guna. Hal tersebut perlu diluruskan dengan promosi kesehatan melalui penyuluhan yang intensif dan tepat sasaran. Promosi kesehatan melalui penyuluhan kepada masyarakat dapat memberikan pengetahuan tentang cara penularan, tanda-tanda, dan gejala klinis filariasis, cara pencegahan dan kepatuhan minum obat bagi penderita. Metode penyuluhan yang tepat dapat memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perubahan perilaku kepada masyarakat sehingga mereka sadar dan mandiri untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Maulana HD. Promosi kesehatan. Jakarta: EGC; 2009.
2. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan teori & aplikasi. Revisi. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
3. Uloli R, Soeyoko, Sumarni. Analisis faktor-faktor risiko kejadian filariasis. Ber Kedokt Masy. 2008; 24 (1): 44-50.
4. WHO. Regional strategic plan for elimination of lymphatic filariasis 2010-2015. New Delhi.
5. WHO. Lymphatic filariasis. [Diakses 30 April 2014]. Diunduh dari: [http://www.who.int/media\\_centre/factsheets/fs\\_102/en](http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs_102/en).
6. Departemen Kesehatan RI. Pedoman pengendalian filariasis. Jakarta: Direktorat Jenderal PP&PL; 2005.
7. Adrial. Pengendalian vektor filariasis. [Diakses 26 Februari 2014]. Diunduh dari: <http://4cardio.files.wordpress.com/2013/09/pengendalian-vektor-filariasis.pdf>
8. Soeyoko. Penyakit kaki gajah (filariasis limfatik) permasalahan dan alternatif penanggulangannya. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada; 2002.
9. Endemisitas Filariasis. Bull Jendela Epidemiol. 2010; 1.
10. Kementerian Kesehatan RI. Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2012.
11. Riftiana N, Soeyoko. Hubungan Sosiodemografi Dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Pekalongan. JKesehat Masy. 2010; 4(1): 59-65.
12. Endang Srimurni K, Soeyoko SS. Pengobatan Filariasis dengan Target Utama *Endosymbiont* Bakteri *Wolbachia* sp. Maj Kedokt Indon. 2008; 58 (10): 377-82.
13. Mahdiniansyah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian filariasis malayi di Kecamatan Cempaka Mulia Kabupaten Kotawaringin Timur Kalimantan Tengah. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2002.
14. Sigit H. Hama pemukiman Indonesia: pengenalan, biologi dan pengendalian. Fakultas Kedokteran Hewan Institut Pertanian Bogor; 2006.
15. Mardiana, Lestari EW, Perwitasari D. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian filariasis di Indonesia (Data Riskesdas 2007). J Ekol Kesehat. 2011;10 (2): 83-92.
16. Sumarni S, Soeyoko. Filariasis malayi di wilayah Puskesmas Cempaka Mulia, Sampit, Kalimantan Tengah. Ber Kedokt Masy. 1998; XIV (3): 143-8.
17. Soeyoko. Pengembangan antibodi monoklonal spesifik terhadap antigen beredar *Brugia malayi* untuk diagnosis filariasis malayi. Disertasi. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2002.
18. Atmadja A. Management of lymphatic filariasis. Maj Kedokt Indon. 1999; 49 (4): 144-6.
19. Haryuningtyas D, Subekti DT. Dinamika filariasis di Indonesia. Lokakarya Nasional Penyakit Zoonosis. 2004: 242–250.

20. Greene W. Introduction health education. University of Texas Medical Branch; 1991.
  21. Kumboyono, Setyorini I, Fransisca D. Hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada penderita filariasis di Kelurahan Batu Gajah Kecamatan Sirimau Kota Ambon. [Diakses 30 April 2014] . D i u n d u h dari:<http://id.scribd.com/doc/219623692/Dorsina-Francisca-Dahoklory>.
  22. Septriani O. Studi prevalensi dan gambaran perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal filariasis tahun kedua (Studi di Kelurahan Simbang Kulon Kecamatan Buaran Kabupaten Pekalongan). Skripsi. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP; 2010.
  23. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman penanggulangan kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis; 2007.
  24. Hodmar PP. Evaluasi promosi kesehatan dalam program eliminasi filariasis di Kabupaten Banyuasin Propinsi Sumatera Selatan; 2010.
  25. Anonim. Promosi kesehatan masyarakat dalam program pamsimas. [Diakses 20 April 2014]. Diunduh dari: [new.pamsimas.org/index](http://new.pamsimas.org/index).
-

