

KARAKTERISTIK DAN PERILAKU MASYARAKAT BERKAITAN DENGAN FILARIASIS DI KABUPATEN MUARO JAMBI

Community Characteristics and Behavior Related to Filariasis in Muaro Jambi

Santoso, Yanelza Supranelfy
¹Peneliti pada Loka Litbang P2B2 Baturaja

[Email: santoso@litbang.depkes.go.id](mailto:santoso@litbang.depkes.go.id)

Diterima: 10 Oktober 2013; Direvisi: 19 Nopember 2013; Disetujui: 3 Desember 2013

ABSTRACT

Muaro Jambi district is filariasis endemic area. Filariasis was spreading in all districts in Muaro Jambi. The number of cases found in Muaro Kumpeh health centers as much as 45 cases. Mass treatment been carried out since 2003, but it is still found in the new case. Based on this research was conducted that aimed to identify the behaviors that may increase the risk of filariasis. The study design was cross-sectional with a blood test and interviews of 412 respondents, including 25 cases and 387 is not the case. The analysis showed that the behavior of people at risk of increasing the incidence of filariasis in Muaro Jambi is behavioral preventive medication and behavioral filariasis prevention against mosquito bites.

Keywords: *Filariasis, behavior, risk, Muaro Jambi*

ABSTRAK

Kabupaten Muaro Jambi merupakan daerah endemis filariasis. Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi menyebar hampir di seluruh kecamatan. Jumlah kasus terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Muaro Kumpeh sebanyak 45 kasus. Kegiatan pengobatan massal telah dilakukan sejak tahun 2003, namun hingga saat ini masih ditemukan adanya kasus baru. Berdasarkan hal tersebut dilakukan penelitian yang bertujuan mengidentifikasi perilaku masyarakat yang dapat meningkatkan risiko terkena filariasis. Desain penelitian adalah potong lintang dengan melakukan pemeriksaan darah dan wawancara terhadap 412 orang responden yang meliputi 25 kasus dan 387 bukan kasus. Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku masyarakat yang berisiko meningkatkan kejadian filariasis di Kabupaten Muaro Jambi adalah perilaku minum obat pencegahan filariasis dan perilaku pencegahan terhadap gigitan nyamuk.

Kata kunci: *Filariasis, perilaku, risiko, Muaro Jambi*

PENDAHULUAN

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, 2010).

Provinsi Jambi merupakan salah satu wilayah endemis filariasis. Hampir seluruh Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi terdapat kasus kronis filariasis. Jumlah kasus kronis filariasis yang dilaporkan di Provinsi Jambi sampai dengan tahun 2011 sebanyak 343 kasus. Kasus tersebut tersebar di 9 Kabupaten/Kota dari 11. Jumlah kasus filariasis terbanyak di Kabupaten Muaro

Jambi sebesar 149 kasus (Dinkes Prop. Jambi, 2012).

Penyebaran filariasis di Kabupaten Muaro Jambi hampir di seluruh kecamatan. Penyebaran kasus filariasis meliputi 9 kecamatan dari 11 kecamatan yang ada di Kabupaten Muaro Jambi. Jumlah kasus terbanyak ditemukan di wilayah Kecamatan Kumpeh Ulu, Puskesmas Muaro Kumpeh sebanyak 45 kasus (Dinkes Kab. Muaro Jambi, 2012).

Filariasis menyebabkan kerugian ekonomi yang utama bagi penderita dan keluarganya. Selain itu juga menimbulkan dampak psikologis bagi penderitanya, yaitu mereka yang hidup dengan gejala kronis akan menderita karena diasingkan keluarganya dan

masyarakat, juga mengalami kesulitan mendapatkan pasangan hidup dan menghambat keturunan. Untuk mengatasi permasalahan filariasis di Indonesia telah dicanangkan program eliminasi filariasis di Kabupaten Banyuasin oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2002. Program eliminasi filariasis bertujuan memutuskan mata rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal sehingga terjadi pengurangan drastis mikrofilaria dalam darah tepi yang pada akhirnya dapat mengurangi potensi penularan filariasis oleh nyamuk sebagai vektor (Dinkes Prop. NTT, 2Q04).

Kebijakan dan strategi dalam pengendalian filariasis di Indonesia meliputi: (1) Identifikasi daerah endemis filariasis melalui survei cepat (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, 1 tablet Albendazol 400 mg. Pengobatan massal dihentikan apabila *Microfilaria rate (Mf rate)* sudah mencapai <1%, secara individual/selektif, dilakukan pada kasus klinis, baik stadium dini maupun stadium lanjut, jenis dan obat bergantung dari keadaan kasus (Sudomo, 2005).

Secara epidemiologis dapat dikatakan bahwa filariasis melibatkan banyak faktor yang, sangat kompleks yaitu cacing filaria sebagai agen penyakit, manusia sebagai inang dan nyamuk dewasa sebagai vektor serta faktor lingkungan fisik, biologik, sosial, dan perilaku penduduk setempat (Budiarto, 2003).

Untuk mencegah penularan filariasis kegiatan pengobatan massal telah dilakukan di Provinsi Jambi sejak tahun 2003. Kegiatan pengobatan massal diharapkan dapat menurunkan tingkat endemisitas filariasis agar tidak ditemukan lagi adanya penderita yang positif mengandung mikrofilaria dalam darahnya sehingga filariasis tidak lagi

menjadi masalah kesehatan di Kabupaten Muaro Jambi.

Hasil analisis data sekunder yang dilakukan sebelum penelitian menunjukkan bahwa masih ditemukan adanya kasus baru. Berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu dilakukan pemeriksaan darah terhadap penduduk dan wawancara dengan tujuan mengidentifikasi perilaku masyarakat yang dapat meningkatkan risiko terkena filariasis di Kabupaten Muaro Jambi untuk mendukung kegiatan pengendalian filariasis agar lebih efektif dan efisien.

BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan di Kabupaten Muaro Jambi selama sejak bulan April—September 2012. Desain penelitian dilakukan menggunakan studi potong lintang, yaitu mengamati kejadian filariasis dan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya filariasis. Populasi dalam penelitian adalah seluruh penduduk yang ada di wilayah Kabupaten Muaro Jambi. Sampel untuk pemeriksaan darah diambil secara *purposive* dan dilakukan di 3 wilayah Puskesmas dengan kriteria kasus tinggi, sedang, dan rendah. Prosedur pemeriksaan darah merujuk pada pedoman Depkes (006) yaitu tentang penentuan daerah endemis filariasis (Depkes, 2006). Sampel untuk wawancara berdasarkan hasil perhitungan besar sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 384 orang. Penentuan sampel terpilih berdasarkan pertimbangan peneliti adalah seluruh penderita filariasis hasil pemeriksaan darah yang dikategorikan sebagai kasus dan masyarakat yang tinggal di sekitar penderita. Wawancara dilakukan oleh petugas yang terlatih menggunakan kuesioner semi terstruktur untuk mengidentifikasi faktor risiko filariasis. Faktor risiko yang diamati meliputi karakteristik responden, keberadaan genangan air, perilaku minum obat, pengetahuan, sikap dan perilaku responden. Kegiatan penelitian dilakukan dengan mendatangi rumah responden untuk melakukan wawancara dengan responden dan mengamati kondisi lingkungan di sekitar rumah responden. Data hasil wawancara dan pengamatan lingkungan dianalisis secara bivariat.

HASIL

Analisis Univariat

Pemeriksaan darah dilakukan di 5 wilayah kecamatan yang meliputi 8 desa.

Hasil survey darah jari (SDJ) yang dilakukan terhadap 3.350 orang ditemukan 30 orang positif mikrofilaria dengan spesies yang ditemukan seluruhnya adalah *Brugia malayi*. Data hasil SDJ disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Hasil SDJ per Kecamatan dan per Desa

Kecamatan	Desa	Jumlah Diperiksa	Hasil Pemeriksaan	
			Negatif	Positif
Muaro Sebo	Danau Lamo	580	577	3 (0,5%)
	Muaro Jambi	488	488	0 (0%)
	Jumlah	1.068	1.065	3(0,3%)
Taman Rajo	Kemingking Dalam	500	494	6 (1,2%)
	Manis Mato	128	120	8 (6,3%)
	Jumlah	628	614	14 (2,2%)
Kumpeh Ulu	Ks. Lopak Alai	478	478	0 (0%)
	Jumlah	478	478	0 (0%)
Jambi Luar Kota	Sarang elang	445	432	13 (2,9%)
	Sei Bertam	517	517	0 (0%)
	Jumlah	972	959	13 (1,3%)
Sungai Gelam	Kebon IX	204	204	0 (0%)
	Jumlah	204	204	0 (0%)
	Total	3.350	3.320	30 (0,9%)

Hasil analisis terhadap hasil pemeriksaan darah di wilayah Kabupaten Muaro Jambi menunjukkan bahwa lebih banyak penduduk wanita yang datang dan diperiksa dibandingkan dengan penduduk

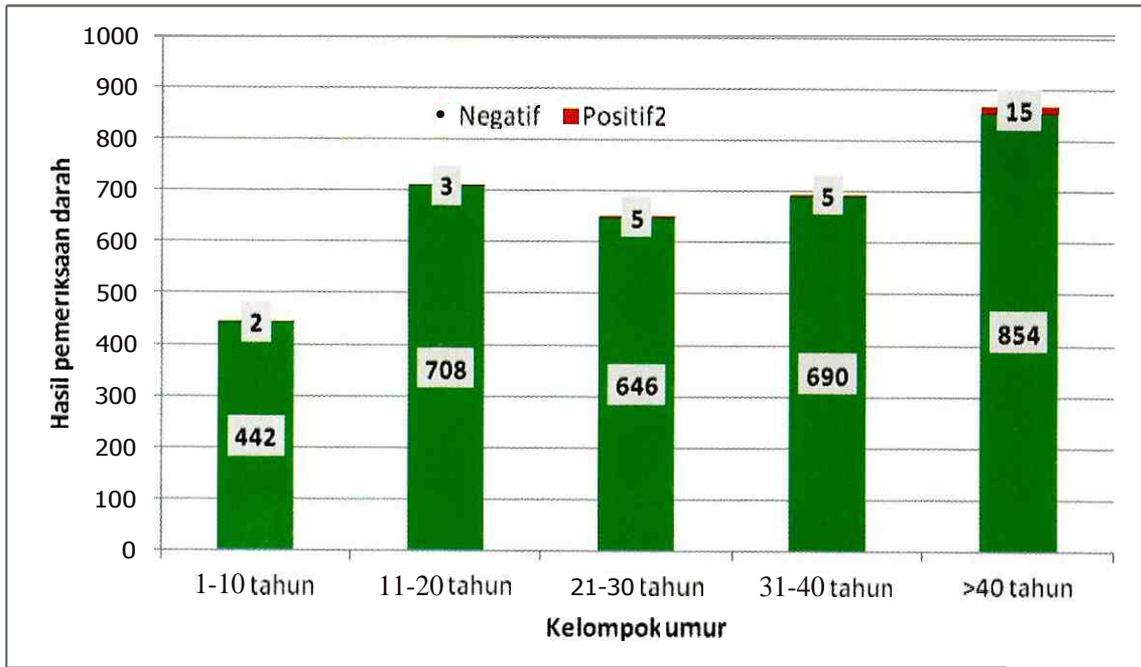
pria. Distribusi hasil pemeriksaan darah terhadap 3.350 orang penduduk menurut desa dan jenis kelamin disajikan dalam Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Distribusi Proporsi Hasil SDJ per Desa dan per Jenis Kelamin

Desa	Jenis Kelamin		Total
	Pria	Wanita	
Danau Lamo	276 (47,6%)	304 (52,4%)	580 (100%)
Muaro Jambi	182 (37,3%)	306 (62,7%)	488 (100%)
Kemingking Dalam	317 (63,4%)	183 (36,6%)	500 (100%)
Ks. Lopak Alai	214 (44,8%)	264 (55,2%)	478 (100%)
Sarang Elang	217 (47,7%)	238 (52,3%)	455 (100%)
Manis Mato	51 (39,8%)	77 (60,2%)	128 (100%)
Kebon IX	84 (41,2%)	120 (58,8%)	204 (100%)
Sei. Bertam	209 (40,4%)	308 (59,6%)	517 (100%)
Jumlah	1.550 (46,3%)	1.800 (53,7%)	3.350 (100%)

Berdasarkan kelompok umur penduduk yang diperiksa yang paling banyak adalah kelompok umur >40 tahun. Hasil pemeriksaan juga menunjukkan bahwa

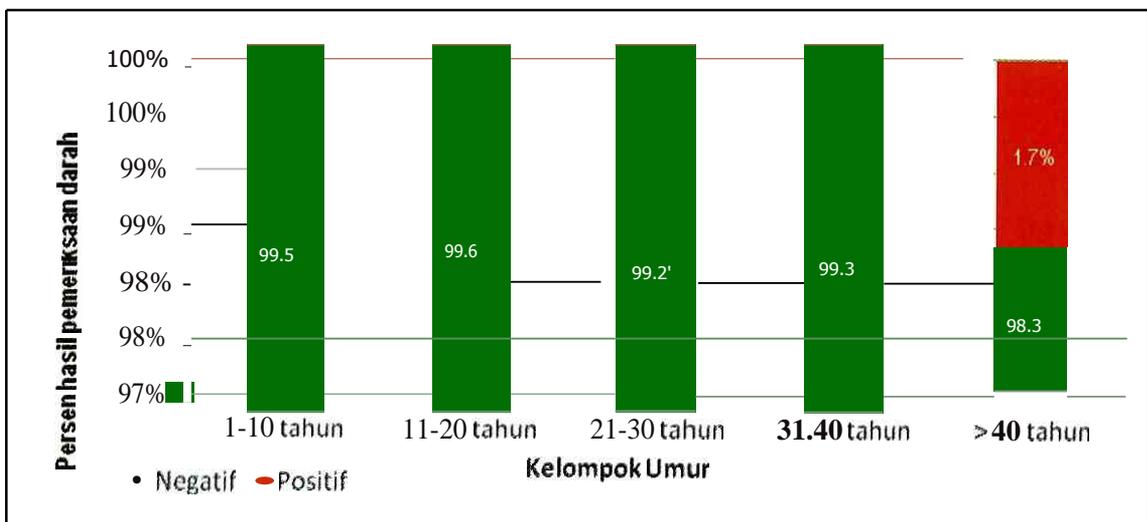
jumlah penderita positif paling banyak ditemukan pada kelompok umur >40 tahun (Grafik 1).



Grafik 1 Distribusi Hasil Pemeriksaan Darah per Kelompok Umur

Grafik 2 menunjukkan proporsi hasil pemeriksaan darah pada malam hari pada

penduduk di wilayah Kabupaten Muaro Jambi berdasarkan kelompok umur.

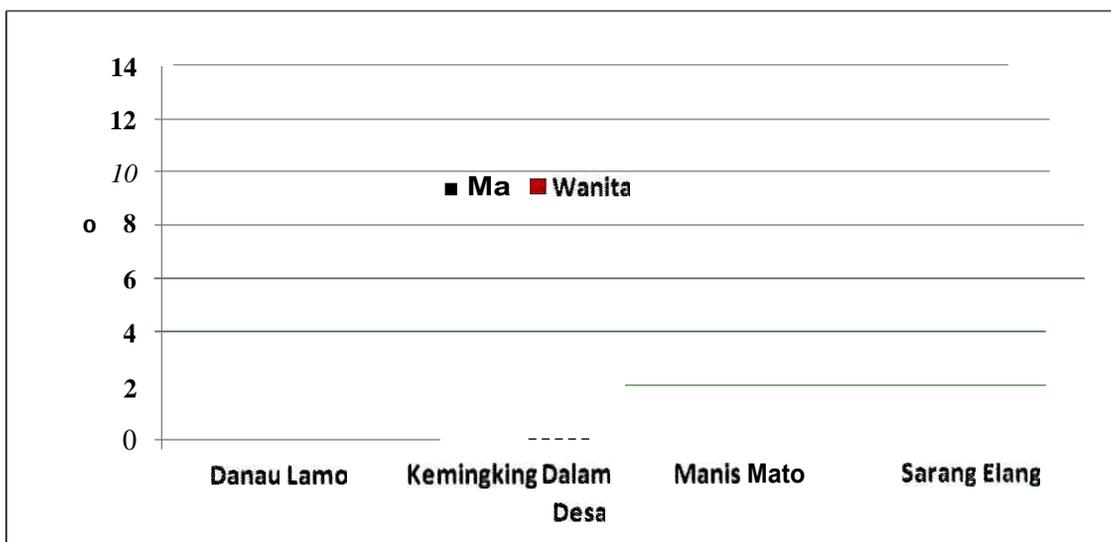


Grafik 2 Proporsi Hasil Pemeriksaan Darah Menurut Kelompok Umur

Proporsi penderita positif yang terendah ditemukan pada kelompok umur 10-20 tahun dan paling tinggi pada kelompok umur >40 tahun (Grafik 2).

Grafik 3 memperlihatkan distribusi hasil pemeriksaan darah berdasarkan jenis kelamin. Hasil pemeriksaan menunjukkan

bahwa sebagian besar penderita positif mikrofilaria adalah pria. Penderita positif yang ditemukan di 4 desa menunjukkan bahwa di Desa Danau Lamo seluruh penderita yang ditemukan adalah pria sedangkan di 3 desa lainnya masing-masing ditemukan 1 penderita wanita.



Grafik 3 Distribusi Penderita Positif Mikrofilaria per Jenis Kelamin per Desa

Analisis Bivariat

Karakteristik masyarakat yang berhubungan dengan kejadian filariasis

Analisis karakteristik masyarakat yang berhubungan dengan kejadian filariasis

dilakukan terhadap penderita positif hasil survei darah jari pada saat penelitian. Jumlah kasus positif sebanyak 30 orang, namun yang berhasil diwawancarai hanya 25 orang. Hasil analisis disajikan dalam Tabel 3 berikut:

Tabel 3. Karakteristik Masyarakat yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis

Karakteristik	Kasus	Bukan kasus	value	OR	95% CI
Kelompok Umur					
< 25 tahun	3 (7,1%)	39 (92,9%)	0,759	2,217	0,348-4,251
> 25 tahun	22 (5,9)	348 (94,1%)			
Jenis Kelamin					
Pria	22 (68,0%)	183 (40,1%)	0,001	8,175	2,407-72,764
Wanita	3 (32,0%)	204 (59,9%)			
Tingkat Pendidikan					
Rendah	22 (7,7%)	262 (92,3%)	0,034	3,499	1,028-11,910
Sedang/Tinggi	3 (2,3%)	125 (97,7%)			
Jumlah (412)	25 (100%)	387 (100%)			

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara kelompok umur dengan kejadian filariasis positif ($p > 0,05$). Variabel yang berhubungan dengan kejadian filariasis adalah jenis kelamin ($p < 0,05$) dan tingkat pendidikan ($p < 0,05$). Risiko pria untuk terkena filariasis sebesar 8,175 kali lebih besar dibandingkan wanita sedangkan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 3,499 kali lebih besar terkena filariasis dibandingkan tingkat pendidikan sedang/tinggi.

Perilaku masyarakat yang berhubungan dengan kejadian filariasis

Hasil analisis perilaku masyarakat menunjukkan bahwa perilaku yang berhubungan dengan kejadian filariasis adalah perilaku minum obat dan perilaku pencegahan gigitan nyamuk di dalam rumah. Risiko penduduk yang tidak minum obat sebesar 3,181 kali lebih besar untuk terkena filariasis dibandingkan dengan penduduk yang minum obat. Risiko penduduk yang tidak menggunakan apapun untuk menghindari gigitan nyamuk dalam rumah sebesar 3,894 kali lebih besar untuk terkena

filariasis dibandingkan dengan penduduk yang menggunakan pencegahan gigitan

nyamuk. Hasil analisis disajikan dalam Tabel 4 berikut:

Tabel 4. Perilaku Masyarakat yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis

Karakteristik	Kasus	Bukan kasus	value	OR	95% CI
Riwayat Demam					
Pernah	6 (11,8%)	45 (88,2%)	0,069	2,400	0,911-6,325
Tidak pernah	19 (5,3%)	342 (94,7%)			
Perilaku minum obat					
Tidak pernah minum	17 (9,9%)	155 (90,1%)	0,006	3,181	1,340-7,551
Pernah minum	8 (3,3%)	232 (96,7%)			
Perilaku Pencegahan di dalam rumah					
Tidak pakai apapun	2 (22,2%)	7 (77,8%)	0,04	3,894	1,077-14,075
Pakai pencegah gigitan nyamuk	23 (5,7%)	380 (94,3%)			
Perilaku Pencegahan di luar rumah					
Tidak pakai apapun	9 (6,4%)	132 (93,6%)	0,831	1,087	0,468-2,525
Pakai pencegah gigitan nyamuk	16 (5,9%)	255 (94,1%)			
Jumlah (412)	25 (100%)	387 (100%)			

PEMBAHASAN

Jumlah penduduk yang diperiksa dan positif paling banyak pada usia >40 tahun. Tingginya risiko terkena filariasis pada penduduk usia lebih dari 40 tahun karena merupakan penduduk usia produktif, sehingga aktivitas penduduk usia ini relatif tinggi. Penularan filariasis yang tidak mudah karena perlu gigitan nyamuk yang infeksi sebanyak ribuan kali sehingga orang tersebut dapat tertular filariasis (Depkes, 2005). Risiko penduduk usia lebih dari 40 tahun lebih besar untuk digigit nyamuk karena sebagian besar penduduk yang ada di daerah endemis filariasis sering melakukan aktivitas di luar rumah berhubungan dengan jenis pekerjaannya sebagai petani di kebun dan aktivitas sosial kemasyarakatan seperti ronda dan pengajian. Jumlah penduduk yang paling sedikit diperiksa darahnya adalah penduduk usia 1-10 tahun, hal ini disebabkan oleh pemeriksaan darah yang dilakukan pada malam hari (pukul 19.00-01.00 WIB) sehingga sebagian anak usia ini tidak datang ke lokasi pemeriksaan. Berdasarkan jenis kelamin, proporsi penduduk yang diperiksa lebih banyak wanita. Hal ini berhubungan dengan jenis pekerjaan masyarakat di lokasi penelitian yang sebagian besar adalah petani dan memiliki kebiasaan tinggal di kebun sehingga tidak dapat datang ke lokasi penelitian untuk diperiksa darahnya.

Karakteristik sosio demografi yang berhubungan dengan kejadian filariasis diantaranya adalah jenis kelamin dan tingkat pendidikan. Umur responden tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian filariasis. Penelitian ini tidak mendapatkan hubungan yang bermakna dengan kejadian filariasis karena kategori kasus dalam penelitian ini adalah kasus akut (kasus baru) yang belum menunjukkan gejala klinis sehingga dapat menyerang seluruh golongan umur. Kasus lama adalah penderita yang sudah terkena filariasis selama bertahun-tahun dan telah mengalami gejala klinis berupa pembengkakan di anggota tubuhnya misalnya kaki, tangan, skrotum, dan payudara. Filariasis adalah penyakit yang tidak mudah menular. Penularan filariasis memerlukan perantara (vektor) penular penyakit yaitu nyamuk. Seseorang akan terinfeksi mikrofilaria setelah mendapat gigitan nyamuk yang mengandung mikrofilaria sebanyak ribuan kali. Manifestasi klinis (masa inkubasi penyakit) filariasis relatif lama dibandingkan dengan penyakit menular lainnya. Seseorang yang terinfeksi cacing filaria dalam darahnya dan tidak mendapatkan pengobatan akan mengalami gejala klinis setelah 5-10 tahun. Berdasarkan uraian tersebut maka seseorang biasanya baru dapat didiagnosis menderita filariasis kronis pada usia dewasa, karena

pada anak-anak biasanya belum muncul gejala klinis.

Berdasarkan hasil meta analisis pada 53 literatur (Freedman, 2002) didapatkan hasil bahwa kejadian filariasis lebih sering terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita karena pria berisiko lebih tinggi untuk digigit nyamuk (Klei, 2002). Hasil penelitian di India (Uphadhyayula, 2012) mendapatkan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian filariasis ($p=0,001$), namun hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap variabel jenis kelamin ($p=0,448$) dan tingkat pendidikan ($p=0,219$). Penelitian yang dilakukan di Bekasi (Juriastuti, 2010) mendapatkan bahwa risiko pria untuk terserang filariasis 4,747 kali lebih besar dibandingkan wanita ($p=0,002$). Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2006) di Kabupaten Banyuwangi yang juga mendapatkan hasil lebih banyak pria, 89% positif mikrofilaria dibandingkan wanita, 11% (Santoso, 2008).

Pendidikan adalah pengalaman yang mempengaruhi upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan atau praktek untuk memelihara dan mengatasi kesehatannya. Perubahan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan berdasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2005), sedangkan menurut kamus pendidikan dan promosi kesehatan, pendidikan merupakan pengalaman yang mempengaruhi cara orang melihat atau mengamati dalam hubungan dengan lingkungan fisik, sosial dan budaya (Modeste, 2004). Menurut Siagian (1995), jenjang pendidikan formal berhubungan dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat.

Makin tinggi tingkat pendidikan makin mudah untuk memahami pesan yang disampaikan oleh petugas kesehatan tentang pola hidup sehat. Salah satu program pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah promosi kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan meliputi penyebaran informasi tentang pola hidup sehat untuk menghindari/mencegah penularan penyakit melalui penyuluhan. Kegiatan penyuluhan

untuk menghindari penularan filariasis yang telah dilakukan oleh puskesmas diantaranya memutar film, membagikan stiker dan penyuluhan langsung tentang filariasis. Masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami pesan yang disampaikan melalui penyuluhan, namun masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan rendah akan sulit menerima pesan yang disampaikan. Sulitnya masyarakat berpendidikan rendah untuk menerima pesan diantaranya karena kesulitan mencerna kalimat terutama penduduk yang tidak pernah sekolah karena mengalami kesulitan membaca dan mengartikan pesan yang disampaikan dalam bahasa Indonesia.

Perilaku yang berhubungan dengan kejadian filariasis adalah perilaku tidak minum obat dan perilaku responden yang tidak memakai alat pelindung dari gigitan nyamuk. Responden yang tidak minum obat lebih berisiko untuk terkena filariasis. Pengobatan massal untuk mencegah penularan filariasis terbukti efektif untuk mencegah penularan filariasis di daerah endemis filariasis. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2008) di Kabupaten Belitung Timur menunjukkan bahwa kegiatan pengobatan massal untuk mencegah penularan filariasis telah terbukti menurunkan tingkat endemisitas filariasis (Santoso, 2010).

Kegiatan pengobatan selektif terhadap penderita maupun pengobatan massal terhadap seluruh penduduk di daerah endemis dapat menurunkan risiko penularan filariasis. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Njenga (2011) menunjukkan bahwa terjadi penurunan prevalensi filariasis selama kegiatan pengobatan. Berdasarkan data diperoleh *Mf rate* sebelum pengobatan sebesar 20,9% dan setelah pengobatan selama 7 tahun terjadi penurunan *Mf rate* menjadi 0,9% ($P<0,0001$). Kegiatan pengobatan massal yang efektif harus direncanakan dengan baik. Kegiatan harus dilakukan terpadu dengan kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat tentang pentingnya minum obat pencegahan agar cakupan penduduk yang minum obat tinggi serta adanya pemantauan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hodges *et al* menunjukkan bahwa pemantauan kegiatan

pengobatan massal akan meningkatkan cakupan pengobatan massal (Hodges, 2012).

Kegiatan pengobatan massal untuk mencegah penularan filariasis perlu didukung dengan kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat serta tokoh masyarakat tentang pentingnya meminum obat untuk pencegahan filariasis sehingga masyarakat dapat berperan aktif dalam kegiatan pengobatan massal.

Responden yang tidak menggunakan pencegah gigitan nyamuk di dalam rumah memiliki risiko lebih tinggi tertular filariasis dibandingkan dengan responden yang menggunakan alat pelindung diri. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Juriastuti (2010) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara perilaku keluar malam dengan kejadian filariasis ($p=0,001$). Perilaku responden yang tidak menggunakan alat pelindung diri untuk mencegah gigitan nyamuk di dalam rumah akan meningkatkan risiko seseorang digigit nyamuk pada saat malam hari (waktu tidur) karena nyamuk vektor filariasis menghisap darah pada malam hari.

Kegiatan pencegahan penularan filariasis selain pengobatan massal perlu juga didukung dengan upaya pencegahan dengan menganjurkan masyarakat berperilaku sehat untuk mengurangi kontak dengan nyamuk dan membersihkan lingkungan sehingga tempat perkembangbiakan nyamuk dapat ditekan. Kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat perlu kerjasama dengan lintas sector 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 kerjasama lintas sektor merupakan hal yang penting dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat (Molyneux, 2013).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Karakteristik responden yang berhubungan dengan kejadian filariasis adalah jenis kelamin dan tingkat pendidikan.

Perilaku responden yang berhubungan dengan kejadian filariasis adalah perilaku minum obat dan perilaku penggunaan alat pelindung diri dari gigitan nyamuk.

Saran

Perilaku tidak patuh minum obat dan perilaku tidak menghindari gigitan nyamuk meningkatkan risiko untuk tertular filariasis, sehingga perlu dilakukan penyuluhan yang lebih intensif untuk meningkatkan perilaku minum obat filariasis dan perilaku untuk menggunakan pencegah gigitan nyamuk.

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

- Budiarto E. & Dewi A (2003) *Pengantar Epidemiologi*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Depkes, RI (2005) *Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1582/MENKES/SK/XI/2005. Tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes, RI (2006) *Pedoman Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinkes Kab. Muaro Jambi (2011) *Laporan ELKAGA Tahun 2010*. Muaro Jambi: Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi.
- Dinkes Prop. Jambi (2012) *Laporan Tahunan Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2011*. Jambi: Dinas Kesehatan Propinsi Jambi.
- Dinkes Prop. NTT (2004) *Tool Kit Handbook Buku Pegangan Alat Bantu Untuk Eliminasi Filariasis*. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi NTT.
- Hodges, M.H. Sonnic, M. Turay, H. Conteh, A. MacCarthy, F. Sesay, S (2012) Maintaining effective mass drug administration for lymphatic filariasis through in-process monitoring in Sierra Leone. [Internet]

- Parasites & Vectors* 2012. 5:232. Tersedia di: <http://www.parasitesandvectors.com/content/5/1/232> <Accessed 19 Juni 2013>.
- Juriastuti, P. Kartika, M. Djaja, I.M. Susanna, D (2010) Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kelurahan Jati Sampurna. *Makara Kesehatan*. 14(1) pp: 31-36.
- Kemenkes (2010) *Filariasis di Indonesia*. Buletin Jendela Epidemiologi. Jakarta: Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI.
- Klei T.R., and T.V. Rajan (eds.). 2002. World class Parasites: Volume 5. *The Filaria Host factors, parasite factors, and external factors involved in the pathogenesis of filarial infections*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer [Internet] Academic Publisher, 2002. Tersedia di: <http://kluweronline.com> and <http://ebooks.kluweronline.com>. <Accessed 29 December 2008>.
- Modeste, N (2004). *Dictionary of Public Health Promotion and Education, 2nd edition*. Jhon Wiley & Sons Inc.
- Molyneux, D (2003) Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: A public health success and development opportunity. [Internet] *Filaria Journal* 2003, 2:13. Tersedia di: <http://www.filariajournal.com/content/2/1/13>. <Accessed 19 Juni 2013>.
- Njenga, S.M. Mwandawiro, C.S. Wamae, C.N. Mukoko, D.A. Omar, A.A. Shimada, M. Bockarie, M.J. Molyneux, D.H (2012) Sustained Reduction In Prevalence Of Lymphatic Filariasis Infection In Spite Of Missed Rounds Of Mass Drug Administration In An Area Under Mosquito Nets For Malaria Control. [Internet] *BioMed Central. Parasites and Vector*. Tersedia di: <http://www.parasitesandvectors.com/content/4/1/90>. <Accessed 31 Agustus 2012>.
- Notoatmodjo (2005) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka cipta.
- Santoso, Oktarina, R. Ambarita, L.P. Sudomo (2008) Epidemiologi Filariasis di Desa Sungai Rengit Kecamatan Talang Kelapa Kabupaten Banyuasin Tahun 2006. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 36(2) pp: 59-70.
- Santos^o, Saikhu, A. Taviv, Y. Yuliani, R.C. Mayasari, R. Supardi (2010). Kepatuhan Masyarakat Terhadap Pengobatan Filariasis di Kabupaten Belitung Timur Tahun 2008. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 38(4) pp: 185-97.
- Siagian, Sondang P (1995) *Teori motivasi dan aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 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.
- Upadhyayula S.M., Mutheneni S.R., Kadiri M.R., Kumaraswamy S., Nagalla B. 2012. A Cohort Study of Lymphatic Filariasis on Socio Economic Conditions in Andhra Pradesh, India. *PLoS ONE* (online) [Internet]. 19 Maret 2012, 7(3): e33779 Tersedia di: www.plosone.org. doi:10.1371/journal.pone.0033779. <Accessed 15 November 2012>.