



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG
PENCEGAHAN FILARIASIS DENGAN PRAKTEK
MINUM OBAT DALAM PROGRAM PEMBERIAN
OBAT MASAL PENCEGAHAN (POMP) FILARIASIS
KELURAHAN KURIPAN KERTO HARJO
KOTA PEKALONGAN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Muhammad Gilang Rijalul Ahdy

NIM. 6411411228

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAAGAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

November 2015

ABSTRAK

Muhammad Gilang Rijalul Ahdy

Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Pencegahan Filariasis Dengan Praktek Minum Obat Dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

vi + 91 halaman + 13 tabel + 3 gambar + 9 lampiran

Filariasis masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kota Pekalongan. Di Kelurahan Kuripan Kertoharjo ditemukan 27 kasus filariasis tahun 2011. Salah satu strategi pemberantasan filariasis yang dilakukan dengan memutuskan mata rantai penularan dengan Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo. Jenis penelitian ini analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Jumlah sampel minimal pada penelitian ini adalah 66 responden yang diperoleh dengan metode *proportional stratified sampling*.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat filariasis ($p=0,007$). Sementara yang tidak berhubungan dengan praktek minum obat filariasis adalah sikap tentang pencegahan filariasis ($p=0,113$). Saran kepada semua pihak baik dinas, puskesmas dan masyarakat saling bekerja sama dalam memutus mata rantai penularan penyakit filariasis.

Kata Kunci : Filariasis, Pengetahuan, Sikap, Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP)

Kepustakaan : 28 (2000 – 2014)

Department of Public Health Sciences

Faculty of Sport Science

Semarang State University

November 2015

ABSTRACT

Muhammad Gilang Rijalul Ahdy

The Relationship between Knowledge and Attitudes about Filariasis Prevention with The Practice of Taking Medicine In Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP) Kuripan Kertoharjo Village Pekalongan City in 2015.

vi + 91 pages + 13 tables + 3 figures + 9 attachments

Filariasis is still one of public health problem in the Pekalongan city, there were some villages are endemic filariasis. In the Kuripan Kertoharjo Village found 27 clinical cases of filariasis by 2011. One of filariasis eradication program strategy is break the chain of transmission of Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP) in endemic areas.

The purpose of this study was to determine the relationship of knowledge and attitudes about the prevention of filariasis with the practice of taking medicine in Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP) Kuripan Kertoharjo village. This type of research analytic cross sectional study design. Minimum number of samples in this study were 66 respondents were obtained by proportional stratified sampling method.

Results of this study showed that there is correlation between knowledge about the prevention of filariasis with the practice of taking medicine in Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP) Filariasis ($p = 0,007$). While unrelated with the practice of taking medicine in Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP) is an attitude of prevention of filariasis ($p = 0,113$). Advice to all parties, both offices, health centers and community work together in breaking the chain of transmission of filariasis disease.

Keywords : Filariasis, Knowledge, Attitude, Prevention of Filariasis Mass Drug Administration (POMP)

Literature : 28 (2000 – 2014)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, November 2015



Penyusun

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Muhammad Gilang Rijalul Ahdy, NIM : 6411411228, dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015".

Pada hari : Rabu


Tanggal : 6 Januari 2016




Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 19610320 198403 2 001

Sekretaris,


Rudatin Windraswara, S.T., M.Sc
NIP. 19820811 200812 1 004

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	 1. <u>Arum Siwiendrayanti, S.KM, M.Kes.</u> NIP. 19800909 200501 2 002	<u>22/1-2016</u>
Anggota Penguji	 2. <u>Eram Tunggul Pawenang, S.KM, M.Kes.</u> NIP. 19740928 200312 1 001	<u>27/1-2016</u>
Anggota Penguji	 3. <u>Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes</u> NIP. 19760719 200812 1 002	<u>3/2-2016</u>

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Lebih baik hidup satu tahun sebagai harimau dari pada hidup selamanya hanya sebagai domba” (Madona).

“Pelajari aturan dan bermainlah, bermainlah lebih baik dari orang lain disekitarmu” (Albert Einstein).

PERSEMBAHAN

1. Abah dan Ibu (Abdul Kholik dan Evi Hartanti) tercinta, yang tak hentinya memberikan kasih sayang, dukungan, serta doa penuh harapan.
2. Sahabat, teman kontrakan anak komplek.
3. Almamaterku.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Pencegahan Filariasis Dengan Praktek Minum Obat Dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (Pomp) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan agar memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes atas persetujuan penelitian.
3. Dosen Pembimbing, Bapak Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes atas bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Penguji I, Arum Siwiendrayanti, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji II, Bapak Eram Tunggul Pawenang, S,KM, M.Kes atas arahan dan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi.

6. Bapak dan Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
7. Kepala Puskesmas Pekalongan Selatan atas ijinnya untuk melakukan pengambilan data dan penelitian.
8. Lurah Kuripan Kertoharjo, Bapak Bilal atas ijin dilakukannya penelitian oleh penulis.
9. Abah dan Ibu serta seluruh keluarga yang telah memberi motivasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Sahabat (Aam, Yoga, Krisna, Sutris, Galih, Erlinda, Nina, Reza, Zani, Evanda, Mila, April dan alm. Elvina) yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini
11. Teman-teman Novia, Emy, Ina, Febi, Mumun, Wulan yang telah terlibat dalam penelitian
12. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu-persatu dalam penelitian dan penyusunan skripsi.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat pahala yang berlipat dari Allah SWT. Amin. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini.

Semarang, November 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PENGESAHAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	7
1.3 TUJUAN PENELITIAN	8
1.4 MANFAAT PENELITIAN	9
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	10
1.6 RUANG LINGKUP	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 LANDASAN TEORI	13
2.1.1 Pengertian Filariasis	13

2.1.2 Gejala Klinis	13
2.1.3 Patogenesis.....	14
2.1.4 Diagnosis	16
2.1.4.1 Diagnosis Parasitologi	16
2.1.4.2 Radiodiagnosis	18
2.1.4.3 Diagnosis Immunologi	17
2.1.5 Epidemiologi	18
2.1.6 Rantai Penularan Filariasis	19
2.1.7 Vektor	20
2.1.8 Hospes	21
2.1.9 Pengendalian Vektor	21
2.1.10 Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis.....	23
2.1.10.1 Cara Pemberian Obat	26
2.1.10.2 Perencanaan Pengobatan Masal	27
2.1.10.3 Pelaksanaan Pengobatan Masal	28
2.1.10.4 Kejadian Ikutan Pasca Pengobatan Masal	31
2.1.11 Pengetahuan	33
2.1.12 Sikap	35
2.1.13 Praktek	37
2.1.14 Pendidikan.....	38
2.1.15 Umur	38
2.1.16 Pelayanan Kesehatan.....	39
2.1.17 Dukungan Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE).....	39

2.1.18 Dukungan Keluarga	39
2.2 KERANGKA TEORI	41
BAB III METODE PENELITIAN	42
3.1 KERANGKA KONSEP	42
3.2 VARIABEL PENELITIAN	42
3.2.1 Variabel Bebas	42
3.2.2 Variabel Terikat	43
3.2.3 Variabel Pengganggu	43
3.3 HIPOTESIS PENELITIAN	43
3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL	44
3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	45
3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN.....	46
3.6.1 Populasi Penelitian	46
3.6.2 Sampel Penelitian	46
3.6.2.1 Kriteria Inklusi	46
3.6.2.2 Kriteria Eksklusi	47
3.7 SUMBER DATA PENELITIAN	48
3.7.1 Data Primer	48
3.7.2 Data Sekunder	49
3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN	
DATA	49
3.8.1 Instrumen Penelitian	49
3.8.1.1 Validitas Penelitian	49

3.8.1.2 Reliabilitas Instrumen	50
3.8.3 Teknik Pengambilan Data	51
3.8.2.1 Wawancara	51
3.8.2.2 Dokumentasi	51
3.9 PROSEDUR PENELITIAN	52
3.9.1 Tahap Persiapan	52
3.9.2 Tahap Pelaksanaan	52
3.9.3 Tahap Penyusunan Laporan	53
3.10 TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA	54
3.10.1 Teknik Pengolahan Data	54
3.10.1.1 Editing.....	54
3.10.1.2 Coding.....	54
3.10.1.3 Scoring	54
3.10.1.4 Tabulasi.....	54
3.10.1.5 Entry Data	54
3.10.2 Analisis Data	55
3.10.2.1 Analisis Unvariat	55
3.10.2.2 Analisis Bivariat.....	55
BAB IV HASI PENELITIAN	56
4.1 GAMBARAN UMUM	56
4.1.1 Distribusi Responden Menurut Umur	57
4.1.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin	57
4.1.3 Distribusi Responden Menurut Pendidikan	57

4.1.4 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan	58
4.2 HASIL PENELITIAN	58
4.2.1 Analisis Univariat	58
4.2.1.1 Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis.....	58
4.2.1.2 Sikap tentang Pencegahn Filariasis.....	59
4.2.2 Analisis Bivariat.....	59
4.2.2.1 Hubungan Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis	60
4.2.2.2 Hubungan Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis	61
BAB V PEMBAHASAN	63
5.1 PEMBAHASAN	63
5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis	63
5.1.2 Hubungan antara Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis	65
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	67
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	68
6.1 SIMPULAN	68
6.2 SARAN	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	10
Tabel 2.1 Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan.....	26
Tabel 2.2 Dosis Obat Berdasarkan Umur	27
Tabel 2.3 Kejadian Ikutan Pasca Pengobatan	31
Tabel 3.1 Definisi Oprasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	44
Tabel 3.2 Jumlah sampel RW V sampai RW X.....	48
Tebel 4.1 Distribusi Responden Menurut Umur	57
Tebel 4.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin	57
Tebel 4.3 Distribusi Responden Menurut Pendidikan	57
Tabel 4.4 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan	58
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis	58
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Sikap tentang Pencegahan Filariasis	59
Tabel 4.7 Hubungan antara Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis..	60
Tabel 4.8 Hubungan antara Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis.....	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1. Alur Pendistribusian Obat	30
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	41
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Lampiran 1: Surat Tugas Pembimbing	73
Lampiran 2: Ethical Clearance.....	74
Lampiran 3: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk Kesbangpol.....	75
Lampiran 4: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk DKK	76
Lampiran 5: Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol.....	77
Lampiran 6: Surat Ijin Penelitian dari DKK	78
Lampiran 7: Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian.....	79
Lampiran 8: Kuesioner Penelitian	80
Lampiran 9: Tabulasi Skor Uji Validitas Pengetahuan.....	86
Lampiran 10: Tabulasi Skor Uji Validitas Sikap.....	87
Lampiran 11: Data Hasil penelitian	88
Lampiran 12: Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Pengetahuan.....	91
Lampiran 13: Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Sikap	92
Lampiran 14: Analisis Chi Square Data Pengetahuan dengan Praktek Minum Obat POMP Fillariasis	93
Lampiran 15: Analisis Chi Square Data Sikap dengan Praktek Minum Obat POMP Fillariasis	95
Lampiran 16: Dokumentasi.....	97

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Filariasis adalah penyakit menular (penyakit kaki gajah) yang disebabkan oleh larva cacing Filaria (*wuchereria bancrofti*, *brugia malayi* dan *brugia timori*) yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk, baik nyamuk jenis *culex*, *aedes*, *anopheles*, dan jenis nyamuk lainnya. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk dari orang yang mengandung larva cacing (mikrofilaria) dari salah satu cacing filaria di atas kepada orang yang sehat (tidak mengandung) mikrofilaria. Orang yang terinfeksi mikrofilaria akibat adanya larva cacing ini di dalam tubuhnya, tidak selalu menimbulkan gejala. Gejala yang timbul biasanya diakibatkan oleh larva cacing yang merusak kelenjar getah bening sehingga mengakibatkan tersumbatnya aliran pembuluh limfa. Gejala yang timbul biasanya berupa pembengkakan (edema) di daerah tertentu (pada aliran pembuluh limfa di dalam tubuh manusia). Gejala ini dapat berupa pembesaran tungkai/kaki (kaki gajah) atau lengan dan pembesaran skrotum/vagina yang pembengkakan (edema)nya bersifat permanen (Tri Yunis Miko Wahyono, 2010).

Data WHO menunjukkan bahwa 1,3 milyar penduduk dunia yang tinggal di 83 negara berisiko tertular filariasis dan 60% kasus berada di Asia Tenggara. Di Asia Tenggara jumlah kasus mencapai 851 juta penderita dan Indonesia menjadi negara dengan jumlah kasus tertinggi.

Penyakit filariasis bersifat menahun (kronis) dan jarang menimbulkan kematian pada penderitanya. Namun, bila penderita tidak mendapatkan pengobatan, penyakit ini dapat menimbulkan cacat menetap pada bagian yang

mengalami pembengkakan (seperti: kaki, lengan dan alat kelamin) baik pada penderita laki-laki maupun perempuan. Semua spesies (*wuchereria bancrofti*, *brugia malayi*, *brugia timori*) penyebab filariasi terdapat di Indonesia, namun lebih dari 70% kasus filariasis di Indonesia disebabkan oleh *Brugia malayi*. Cacing tersebut hidup di kelenjar dan saluran getah bening sehingga menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik yang dapat menimbulkan gejala akut dan kronis. Berdasarkan laporan dari kabupaten/kota, jumlah kasus kronis filariasis yang dilaporkan sampai tahun 2009 sudah sebanyak 11.914 kasus (Kementrian Kesehatan, 2010).

Filariasis menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Dari tahun ke tahun jumlah provinsi yang melaporkan kasus filariasis terus bertambah. Bahkan di beberapa daerah mempunyai tingkat endemisitas yang cukup tinggi. Peningkatan kasus pertahun terus meningkat, terutama dri tahun 2005 sampai dengan ke 2009 berturut-turut jumlah kasus klinis yaitu 8.242, 10.427, 11.473, 11.699 dan 11.914 (Kemenkes RI, 2010:5).

Pemberantasan filariasis sudah dilakukan oleh Departemen Kesehatan sejak tahun 1970 dengan pemberian DEC dosis rendah jangka panjang (100 mg/minggu selama 40 minggu). Survey prevalensi filariasis yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi infeksi cukup tinggi bervariasi dari 0,5%-19,46% (P2M & PLP, 1999). Prevalensi infeksi dapat berubah-ubah dari masa ke masa pada umumnya ada tedensi menurun dengan adanya kemajuan dalam pembangunan yang menyebabkan perubahan lingkungan. Untuk dapat memahami epidemiologi filariasis, perlu diperhatikan faktor-faktor

seperti *hospes*, *hospes reservoir*, *vector* dan keadaan lingkungan yang sesuai untuk menunjang kelangsungan hidup masing-masing (Depkes RI, 2009).

Propinsi yang terbanyak ditemukan kasus filariasis Jumlah kasus Filariasis di Provinsi Jawa Tengah dari tahun ke tahun semakin bertambah. Penemuan kasus filariasis pada tahun 2010 di Jawa Tengah berjumlah 451 penderita yang masing-masing tersebar di 25 kabupaten/kota dan terdapat 2 kabupaten/kota yang endemis yaitu Kota Pekalongan dan Kabupaten Pekalongan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011). Secara kumulatif, jumlah kasus filariasis pada tahun 2011 sebanyak 537 penderita. Tahun 2011 ada 141 kasus baru yang mana 125 kasus ditemukan di Kota Pekalongan dan sisanya tersebar di 9 kabupaten/kota (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) filariasis di seluruh dunia bertujuan untuk mengeliminasi filariasis dengan cara menghilangkan kejadian penularan dari penderita kepada calon penderita filariasis. Penularan akan menurun atau bahkan tidak terjadi bila jumlah mikrofilaria yang beredar dalam masyarakat sangat rendah sehingga meskipun ada nyamuk sebagai vektor, tetapi gigitannya tidak akan mampu menularkan filariasis karena rendahnya jumlah mikrofilaria dalam darah penderita. Program Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis merupakan tindakan “*public health approach*”, yang mementingkan keselamatan rakyat banyak diatas kepentingan individu. Pada kasus filariasis, hal ini dimungkinkan karena tersedia obat yang efektif dan relatif aman sehingga dapat dilakukan tindakan pengobatan massal secara “*blanket approach*”. Artinya obat diberikan kepada setiap orang dalam satu wilayah tanpa

memeriksa satu per satu lebih dahulu untuk menentukan apakah seseorang menderita filariasis atau tidak. Setiap orang yang tinggal di daerah dengan kepadatan filaria tertentu akan diberi obat sehingga kepadatan filarial di daerah tersebut akan menurun. Pemeriksaan darah lebih dahulu yang dimaksudkan untuk menemukan penderita yang akan diobati tidak bermanfaat, karena tidak semua penderita menunjukkan mikrofilaria positif dalam tes darah malamnya (Purwastyastuti, 2010).

Sosialisasi sebelum Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) filariasis kepada seluruh lapisan masyarakat di daerah yang akan menerima pengobatan massal sangatlah penting. Setiap orang di daerah harus memahami tentang “apa dan mengapa” kejadian ikutan pasca pengobatan (Purwastyastuti, 2010). Kendala pengobatan masal yang banyak ditakuti petugas pelaksana lapangan seperti timbulnya demam, mual, muntah, pusing, sakit sendi dan badan, sebagai akibat dari bekerja obat dalam membunuh parasit harus disosialisasikan dengan jelas pada masyarakat terlebih dahulu. Sakit yang ditimbulkan pada pemberian obat filaria dapat diatasi dengan pemberian obat balas oleh petugas medis atau paramedis yang telah disiapkan di lapangan untuk mengawasi jalannya pengobatan selama 3 hari (Taniawati Supali, 2010).

Selain sosialisasi, upaya yang dilakukan dalam rangka pencegahan filariasis yaitu dengan melaksanakan kegiatan-kegiatan yang terencana menuju eliminasi filariasis. Kegiatan tersebut mencakup penguatan program dan sistem kesehatan dan sumber daya manusia, peningkatan pencatatan dan pelaporan yang tepat waktu, meningkatkan monitoring dan evaluasi, meningkatkan komitmen dan dukungan pendanaan dan program melalui advokasi, dan sosialisasi dan

mobilisasi, meningkatkan kesadaran masyarakat melalui penyuluhan-penyuluhan, meningkatkan surveilans (Kementrian Kesehatan, 2010)

Secara umum, tujuan program eliminasi filariasis mengacu kepada tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu meningkatkan kesadaran, kesediaan dan kemampuan untuk hidup sehat tiap individu agar terwujud tingkat kesehatan masyarakat yang tinggi. Sedangkan tujuan khusus program adalah menurunnya angka mikrofilaria menjadi kurang dari 1% di setiap kabupaten/kota, mencegah dan membatasi kecacatan karena filariasis. Program eliminasi filariasis di Indonesia ini menerapkan strategi Global Elimination Lymphatic Filariasis dari WHO. Strategi ini mencakup pemutusan rantai penularan filariasis melalui POMP filariasis di daerah endemis filariasis dengan menggunakan DEC yang dikombinasikan dengan albendazole sekali setahun minimal 5 tahun, dan upaya mencegah dan membatasi kecacatan dengan penatalaksanaan kasus klinis filariasis, baik kasus akut maupun kasus kronis (Kementrian Kesehatan, 2010).

Dari hasil pelaksanaan POMP yang dilakukann oleh Dinas Kesehatan Kota Pekalongan pada tahun 2011 sampai 2013 secara berturut-turut 3,79%, 3,81% dan 4,26% penduduk tidak minum obat (Dinkes Kota Pekalongan, 2013).

Kasus filariasis di Kota Pekalongan mulai ditemukan sejak tahun 2002 dan pada tahun 2004 mulai dilakukan Survei Darah Jari (SDJ) sebagai langkah awal dalam upaya eliminasi filariasis di Kota Pekalongan. Berdasarkan survei darah jari (SDJ) yang telah dilakukan pada tahun 2004 menunjukkan bahwa Kota Pekalongan endemis filariasis karena *Mf-rate* (*Microfilaria-rate*) >1% (Dinkes Kota Pekalongan, 2012). Sampai dengan tahun 2010 jumlah kasus klinis yang

ditemukan sebanyak 172 kasus, sedangkan kasus kronis sebanyak 21 kasus. Pada tahun 2010, kasus filariasis di Kota Pekalongan berjumlah 63 penderita yang terdiri dari 55 kasus klinis dan 8 kasus kronis. Pada tahun 2011 kota pekalongan mengalami peningkatan jumlah kasus menjadi 117 penderita yang terdiri dari 110 kasus klinis dan 7 kasus kronis. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Pekalongan 2012 melalui survei pemeriksaan darah jari yang dilakukan dari tahun 2009 sampai 2012 terdapat *Mf-rate*>1% yaitu Kelurahan Tegalrejo 2,3%, Kelurahan Pabean 3,39%, Kelurahan Bandengan 2,39% dan Kelurahan Kertoharjo 4,18%. Tahun 2011 Kelurahan Kertoharjo hasil *Mf-rate*-nya >1 % yaitu sebesar 3,5%. Jumlah kasus di Kelurahan Kuripan Kertoharjo tahun 2009 ditemukan 17 kasus klinis dan 1 kasus kronis, tahun 2010 ditemukan 16 kasus klinis, tahun 2011 ditemukan 27 kasus klinis, dan tahun 2012 ditemukan 17 kasus klinis filariasis. Artinya bahwa Kelurahan Kertoharjo masih menjadi daerah endemis filariasis (Dinkes Kota Pekalongan, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Idia Lusi (2014) yang meneliti tentang hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat tentang penyakit filariasis dengan tindakan masyarakat dalam pencegahan filariasis, menyebutkan bahwa analisa bivariat diperoleh hasil bahwa pengetahuan sebagian besar responden tentang penyakit filariasis adalah tinggi, sebagian besar responden memiliki sikap yang positif, dan sebagian besar responden melakukan tindakan yang baik dalam pencegahan penyakit filariasis. Berdasarkan uji statistik, diketahui ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit filariasis dengan tindakan masyarakat dalam pencegahan

penyakit filariasis (p value = 0,035), dan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap masyarakat tentang penyakit filariasis dengan tindakan masyarakat dalam pencegahan penyakit filariasis (p value = 0,972). Penelitian yang dilakukan oleh Febrina Winda Lusika Sidauruk (2013) mengenai factor-faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam program eliminasi (minum obat) Filariasis di Kelurahan Kertoharjo Kota Pekalongan, dapat disimpulkan factor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam program eliminasi (minum obat) filariasis yaitu umur ($p=0,001$), tingkat pengetahuan ($p=0,021$), sikap ($p=0,018$), dukungan petugas ($p=0,002$), dukungan kepala keluarga ($p=0,002$), dukungan tokoh masyarakat ($p=0,001$) dan yang tidak terdapat hubungan yaitu jenis kelamin ($p=0,028$), tingkat pendidikan ($p=0,169$), riwayat filariasis ($p=0,281$).

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti bermaksud ingin mengkaji tentang Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Pencegahan Filariasis Dengan Praktek Minum Obat Dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015. Penelitian ini merupakan penelitian yang dipayungi dalam penelitian tentang Program *AKTIF-MANDIRI* (Aksi Tindakan Filariasis-Media Baca Hindari Filariasis) Sebagai Penyempurna Akselerasi Eliminasi Filariasis Dalam Menurunkan Mf-Rate Wilayah Endemis Filariasis di Kota Pekalongan.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Adakah hubungan antara Pengetahuan Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015?
2. Adakah hubungan antara Sikap Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

Adapun tujuan penelitian ini sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mendeskripsikan hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini diantaranya:

1. Mengetahui hubungan antara Pengetahuan Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.
2. Mengetahui hubungan antara Sikap Tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Untuk Instansi Terkait

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumbangan pemikiran dan bahan pertimbangan bagi instansi guna kepentingan kebijakan terkait permasalahan kesehatan masyarakat.

1.4.2 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi serta data yang dapat digunakan sebagai referensi penelitian selanjutnya dan guna pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

1.4.3 Bagi Masyarakat Kertoharjo

Membantu mengetahui pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan penyakit filariasis.

1.4.4 Bagi peneliti :

1. Meningkatkan ketrampilan dalam melakukan penelitian, khususnya dalam menganalisa hasil penelitian.
2. Memperoleh ilmu, pengalaman serta penerapan materi yang telah diperoleh dalam perkuliahan dan penelitian dapat dilakukan untuk tugas akhir atau skripsi.
3. Sebagai upaya pengembangan pribadi dalam berfikir logis, terstruktur dan sistemati

1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian dan lokasi penelitian, tahun penelitian, desain penelitian, variabel yang diteliti, dan hasil penelitian.

Tabel 1.1: Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Studi prevalensi dan gambaran perilaku minum obat filariasis pada pengobatan masal filariasis tahun kedua (studi di Kelurahan Simbang Kulon Kecamatan Buaran Kabupaten Pekalongan)	Oka Septriani	2010 Kabupaten Pekalongan	<i>Cross sectional Study</i>	Variabel terikat: pengobatan masal filariasis tahun kedua Variabel bebas: umur, pekerjaan, kelamin, praktek minum obat, pengetahuan responden tentang POMP, jenis sosialisasi POMP, dukungan tenaga pelaksana, hasil survei SDJ dan kepadatan mikrofilaria.	Penularan filariasis masih berlangsung salah satunya dikarenakan banyak warga yang menolak minum obat.
2.	Faktor-Faktor Risiko Kejadian Penyakit Lymphatic Filariasis di Kabupaten Agam, Propinsi Sumatera Barat Tahun 2010	Hutagalung Jontari	2010 Sumatra Barat	<i>Case Control Study</i>	Variabel terikat: Kejadian Penyakit Lymphatic Filariasis Variabel bebas: observasi kondisi lingkungan rumah dan pengambilan titik	Kasus tertinggi (56%) di Kec. Tanjung Mutiara (Tiku), median usia 45 tahun (range 10-80 tahun). Tinggal di dekat perkebunan kelapa sawit (<100 meter)(p-value=0.002, OR (95% CI)=11.5 (2.56-45.89), tidak menggunakan kassa ventilasi (p-value=0.023, OR (95% CI)=9.0 (1.21-26.42), dan tidur tidak

						koordinat menggunakan global positioning system (GPS).	menggunakan kelambu(p-value=0.002, OR (95%CI)=2.1 (2.45-2.79) merupakan faktor risiko filariasis. Analisis spasial ditemukan satu pengelompokan kasus yang bermakna dengan 15 kasus di Kec. Tanjung Mutiara/Tiku (16.5%) pada ketinggian 400-700 meter diatas permukaan laut (mdpl)
3.	Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah, Sosial Ekonomi Dan Perilaku Masyarakat Dengan Kejadian Filariasis Di Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan	Ike Windiastuti	Ani Kota Pekalongan	2013	<i>Case Control Study</i>	Variable terikat Kejadian Filariasis. Variable bebas kondisi lingkungan, sosial ekonomi, dan perilaku masyarakat.	Terdapat hubungan antara kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat dengan kejadian filariasis. Sedangkan pada sosial ekonomi tidak terdapat hubungan dengan kejadian filariasis di Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan

Pada dasarnya perbedaan dengan penelitian-penelitian sebelumnya terdapat pada lokasi dan waktu penelitian, namun terdapat perbedaan lain. Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Judul penelitian pertama memiliki perbedaan pada variabel bebas dan variabel terikat yang diteliti, dimana pada penelitian yang dilakukan oleh Oka Septriani meneliti pada variabel umur, pekerjaan, kelamin, praktek minum obat, pengetahuan responden tentang POMP, jenis sosialisasi POMP, dukungan tenaga pelaksana, hasil survei SDJ dan kepadatan mikrofilaria. Sedangkan variabel terikatnya pengobatan masal penyakit filariasis tahap dua.
2. Perbedaan dengan judul kedua terletak pada variabel bebas dan variable terikat. Dimana peneliti Jontahi Hutagalung fokus observasi kondisi

lingkungan rumah dan pengambilan titik koordinat, dan variable terikatnya Kejadian Penyakit Lymphatic Filariasis dengan menggunakan studi *case control*.

3. Perbedaan dengan judul kedua terletak pada variabel bebas, dimana peneliti Ike Ani Windiastuti mengambil variabel bebas kondisi lingkungan, sosial ekonomi dan perilaku masyarakat.

1.6. RUANG LINGKUP

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian dilakukan di RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan Wilayah Kerja Puskesmas Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat dengan konsentrasi Ilmu Perilaku yang berhubungan dengan penyakit filariasis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pengertian Filariasis

Filariasis atau yang lebih dikenal juga dengan penyakit kaki gajah merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Penyakit ini dapat menimbulkan kecacatan, stigma social, hambatan psikososial dan penurunan produktivitas kerja penderita, keluarga dan masyarakat sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang besar (Direktorat Jendral PP&PL, 2008).

2.1.2 Gejala Klinis

Gejala klinis filariasis terdiri dari gejala klinis akut dan kronis. Pada dasarnya gejala klinis filariasis yang disebabkan oleh infeksi *W.Bancroft*, *B. Malayi* dan *B. Timori* adalah sama, tetapi gejala klinis akut tampak lebih jelas dan lebih berat pada infeksi oleh *B. Malayi* dan *B. Timori*. Infeksi *W.bancrofti* dapat menyebabkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin, tetapi infeksi oleh *B. Malayi* dan *B. Timori* tidak menimbulkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin (Depkes RI, 2008:3)

Gejala klinis filariais antara lain adalah berupa :

1. Demam berulang-ulang selama 3 – 5 hari, demam dapat hilang bila beristirahat dan muncul kembali setelah bekerja berat.

2. Pembengkakan kelenjar limfe (tanpa ada luka) di daerah lipatan paha, ketiak (lymphadenitis) yang tampak kemerahan. Diikuti dengan radang saluran kelenjar limfe yang terasa panas dan sakit yang menjalar dari pangkal kaki atau pangkal lengan ke arah ujung (Retrograde lymphangitis) yang dapat pecah dan mengeluarkan nanah serta darah.
3. Pembesaran tungkai, buah dada, dan buah zakar yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas (Early lymphodema). Gejala klinis yang kronis berupa pembesaran yang menetap pada tungkai, lengan, payudara, dan buah zakar tersebut (Depkes RI, 2009).

2.1.3 Patogenesis

Perkembangan klinis filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringnya mendapat tusukan nyamuk, banyaknya larva infeksi yang masuk ke dalam tubuh dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur. Secara umum perkembangan klinis filariasis dapat dibagi menjadi fase dini dan fase lanjut.

Pada fase dini timbul gejala klinis akut karena infeksi cacing dewasa bersamaan dengan infeksi oleh bakteri dan jamur. Pada fase lanjut terjadi kerusakan saluran limfe kecil yang terdapat di kulit. Pada dasarnya perkembangan klinis filariasis tersebut disebabkan karena cacing filaria dewasa yang tinggal dalam saluran limfe menimbulkan pelebaran (dilatasi) saluran limfe dan penyumbatan (obstruksi), sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik :

1. Penimbunan cairan limfe menyebabkan aliran limfe menjadi lambat dan tekanan hidrostatiknya meningkat, sehingga cairan limfe masuk ke jaringan

menimbulkan edema jaringan. Adanya edema jaringan akan meningkatkan kerentanan kulit terhadap infeksi bakteri dan jamur yang masuk melalui luka-luka kecil maupun besar. Keadaan ini dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).

2. Terganggunya pengangkutan bakteri dari kulit atau jaringan melalui saluran limfe ke kelenjar limfe. Akibatnya bakteri tidak dapat dihancurkan (*fagositosis*) oleh sel *Reticulo Endothelial System* (RES), bahkan mudah berkembang biak dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
3. Kelenjar limfe tidak dapat menyaring bakteri yang masuk dalam kulit. Sehingga bakteri mudah berkembang biak yang dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
4. Infeksi bakteri berulang menyebabkan serangan akut berulang (*recurrent acute attack*) sehingga menimbulkan berbagai gejala klinis sebagai berikut:
 - a. Gejala peradangan lokal, berupa peradangan oleh cacing dewasa bersama-sama dengan bakteri, yaitu :
 - 1) Limfangitis, peradangan di saluran limfe.
 - 2) Limfadenitis, peradangan di kelenjar limfe
 - 3) Adeno limfangitis, peradangan saluran dan kelenjar limfe.
 - 4) Abses
 - 5) Peradangan oleh spesies *W. bancrofti* di daerah genital (alat kelamin) dapat menimbulkan epididimitis, funikulitis dan orkitis.
 - b. Gejala peradangan umum, berupa; demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah dan lain-lainnya.

5. Kerusakan sistem limfatik, termasuk kerusakan saluran limfe kecil yang ada di kulit, menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengalirkan cairan limfe dari kulit dan jaringan ke kelenjar limfe sehingga dapat terjadi limfedema.
6. Pada penderita limfedema, adanya serangan akut berulang oleh bakteri atau jamur akan menyebabkan penebalan dan pengerasan kulit, hiperpigmentasi, hiperkeratosis dan peningkatan pembentukan jaringan ikat (fibrouse tissue formation) sehingga terjadi peningkatan stadium limfedema, dimana pembengkakan yang semula terjadi hilang timbul (pitting) akan menjadi pembengkakan menetap (non pitting) (Depkes RI, 2008:3).

2.1.4 Diagnosis

Seseorang yang menderita filariasis dapat didiagnosis secara klinis dengan cara sebagai berikut.

2.1.4.1 Diagnosis parasitologi

Deteksi parasit yaitu menemukan mikrofilaria di dalam darah, cairan hidrokul atau cairan kiluria pada pemeriksaan sediaan darah tebal. Teknik konsentrasi knoot, membrane filariasis dan tes provokatif DEC. Diferensiasi spesies dan stadium filaria yaitu dengan menggunakan pelacak DNA yang spesies spesifik dan antibodi monoklonal untuk mengidentifikasi larva filaria dalam cairan tubuh dan dalam tubuh nyamuk vektor sehingga dapat membedakan antara larva filaria yang menginfeksi manusia dengan yang menginfeksi hewan. Penggunaan masih terbatas pada penelitian dan survey.

2.1.4.2 Radiodiagnosis

Pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) pada skrotum dan kelenjar getah bening inguinal pasien akan memberikan gambaran cacing yang bergerak-gerak, ini berguna untuk evaluasi hasil pengobatan. Pemeriksaan limfosintigrafi dengan menggunakan dekstran atau albumin yang ditandai dengan zat radioaktif menunjukkan adanya abnormalita sistem limfatik sekalipun pada penderita yang asimtomatik mikrofilarema.

2.1.4.3 Diagnosis Immunologi

Dengan teknik ELSA dan *immunochromatographic test* (ICT). Pada kedua teknik ini pada dasarnya menggunakan antibodi monoklonal yang spesifik untuk mendeteksi antigen *wuchereria bancrofti* dalam sirkulasi. Hasil tes yang positif menunjukkan adanya infeksi aktif walaupun mikrifilaria tidak ditemukan dalam darah. Pada stadium obstruktif, mikrofilaria sering tidak ditemukan lagi dalam darah. Terkadang mikrofilaria tidak ditemukan lagi dalam darah namun di cairan hidrokel atau cairan kiluria (Gandahusada, 2000:38).

Setiap daerah yang mempunyai kasus kronis filariasis wajib untuk melakukan survei darah jari (SDJ) untuk mengidentifikasi mikrofilaria dalam darah tepi pada suatu populasi, yang juga bertujuan untuk menentukan endemisitas daerah tersebut dan intensitas infeksinya. Survei darah jari (SDJ) dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten?kota yang dibantu oleh petugass puskesmas setempat dengan tenaga pelaksana eliminasi (TPE). Survei darah jari (SDJ) dilakukan pada malam hari dikarenakan

aktifitas mikrofilaria aktif pada malam hari sehingga dapat diketahui seorang tersebut terdapat mikrofilaria atau tidak (Depkes RI,2008:7)

2.1.5 Epidemiologi

Penyakit filariasis terutama ditemukan di daerah khatulistiwa dan merupakan masalah di daerah dataran rendah. Tetapi kadang-kadang dapat ditemukan di daerah bukit yang tidak terlalu tinggi. Banyak spesies nyamuk yang ditemukan sebagai vektor filariasis, tergantung pada jenis cacing filariannya dan habitat nyamuk itu sendiri. *Wuchereria bancrofti* yang terdapat di daerah perkotaan ditularkan oleh *Culex quinquefasciatus*, menggunakan air kotor dan tercemar sebagai tempat perindukannya. *Wuchereria bancrofti* yang ada di daerah pedesaan dapat ditularkan oleh berbagai macam spesies nyamuk. Di Irian Jaya, *Wuchereria bancrofti* terutama ditularkan oleh *Anopheles farauti* yang menggunakan bekas jejak kaki binatang untuk tempat perindukannya. Di daerah pantai di NTT, *Wuchereria bancrofti* ditularkan oleh *Anopheles subpictus*. *Brugia malayi* yang hidup pada manusia dan hewan ditularkan oleh berbagai spesies *Mansonia* seperti *Mansonia uniformis*, *Mansonia bonneae*, dan *Mansonia dives* yang berkembang biak di daerah rawa di Sumatera, Kalimantan, dan Maluku. Di daerah Sulawesi, *Brugia malayi* ditularkan oleh *Anopheles barbirostris* yang menggunakan sawah sebagai tempat perindukannya. *Brugia timori* ditularkan oleh *Anopheles barbirostris* yang berkembang biak di daerah sawah, baik di dekat pantai maupun di daerah pedalaman.

Prevalensi infeksi sangat variabel; ada daerah yang non-endemik dan ada pula daerah-daerah dengan derajat endemi yang tinggi seperti di Irian Jaya dan pulau

Buru dengan derajat infeksi yang dapat mencapai 70%. Prevalensi infeksi dapat berubah-ubah dari masa ke masa dan pada umumnya ada tendensi menurun dengan adanya kemajuan dalam pembangunan yang menyebabkan perubahan lingkungan. Untuk dapat memahami epidemiologi filariasis, perlu diperhatikan faktor-faktor seperti hospes, hospes reservoir, vektor dan keadaan lingkungan yang sesuai untuk menunjang kelangsungan hidup masing-masing (Gandahusada dkk, 2000; 43).

2.1.6 Rantai Penularan Filariasis

Seseorang dapat tertular filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk infektif, yaitu nyamuk yang mengandung larva infektif (larva stadium 3 = L3). Pada saat nyamuk infektif menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar dari probosis dan tinggal di kulit sekitar lubang gigitan nyamuk. Pada saat nyamuk menarik probosisnya, larva L3 akan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju ke sistim limfe. Berbeda dengan penula, pada malaria dan demam berdarah, cara penularan tersebut menyebabkan tidak mudahnya penularan filariasis dari satu orang ke orang lain pada suatu wilayah tertentu, sehingga dapat dikatakan bahwa seseorang dapat terinfeksi filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk ribuan kali.

Larva L3 *Brugia malayi* dan *Brugia timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu kurang lebih 3,5 bulan, sedangkan *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu kurang lebih 9 bulan. Disamping sulit terjadinya penularan dari nyamuk ke manusia, sebenarnya kemampuan nyamuk untuk mendapatkan mikrofilaria saat menghisap darah yang mengandung mikrofilaria juga sangat

terbatas, nyamuk yang menghisap mikrofilaria terlalu banyak dapat mengalami kematian, tetapi jika mikrofilaria yang terhisap terlalu sedikit dapat memperkecil jumlah mikrofilaria stadium larva L3 yang akan ditularkan.

Kepadatan vektor, suhu dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap umur nyamuk, sehingga mikrofilaria yang telah ada dalam tubuh nyamuk tidak cukup waktunya untuk tumbuh menjadi larva infeksi L3 (masa inkubasi ekstrinsik dari parasit). Masa inkubasi ekstrinsik untuk *Wuchereria bancrofti* antara 8-10 hari.

Peridosisitas mikrofilaria dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap resiko penularan. Mikrofilaria yang bersifat periodik nokturna (mikrofilaria hanya terdapat di dalam darah tepi pada waktu malam) memiliki vektor yang aktif mencari darah pada waktu malam, sehingga penularan juga terjadi pada malam hari. Di daerah dengan mikrofilaria sub periodik nokturna dan non periodik, penularan dapat terjadi siang dan malam hari. Disamping faktor-faktor tersebut diatas mobilitas penduduk dari daerah endemis filariasis ke daerah lain atau sebaliknya, berpotensi menjadi media terjadinya penyebaran filariasis antar daerah (Depkes RI, 2008:19).

2.1.7 Vektor

Banyak spesies nyamuk yang berperan sebagai vektor filariasis, tergantung pada jenis cacing filariannya. Di Indonesia ada 23 spesies nyamuk yang diketahui bertindak sebagai vektor yaitu dari genus; *Mansonia*, *Culex*, *Anopheles*, *Aedes* dan *Armigeres*, karena inilah filariasis dapat menular dengan sangat cepat. Secara rinci vektor nyamuk itu adalah:

1. *Wuchereria bancrofti* perkotaan dengan vektor *Culex quinquefasciatus*.
2. *Wuchereria bancrofti* pedesaan dengan vektor *Anopheles*, *Aedes* dan *Armigeres*.
3. *Brugia malayi* dengan vektor *Mansonia* spp, dan *Anopheles barbirostris*.
4. *Brugia timori* dengan vektor *Anopheles barbirostris* (Srisasi Gandahusada, 2000:43).

2.1.8 Hospes

Hospes cacing filaria ini dapat berupa hewan dan atau manusia. Manusia yang mengandung parasit dapat menjadi sumber infeksi bagi orang lain. Pada umumnya laki-laki lebih mudah terinfeksi, karena memiliki lebih banyak kesempatan mendapat infeksi (exposure). Hospes reservoir adalah hewan yang dapat menjadi hospes bagi cacing filaria, misalnya *Brugia malayi* yang dapat hidup pada kucing, kerbau, kuda, dan sapi.

Tipe *Brugia Malayi* yang dapat hidup pada hewan merupakan sumber infeksi untuk manusia. Yang sering ditemukan mengandung infeksi adalah kucing dan kerbau terutama jenis *Presbytis*, meskipun hewan liar mungkin juga terkena infeksi (Gandahusada, 2000: 43).

2.1.9 Pengendalian Vektor

Menurut Depkes RI (2005), tindakan pencegahan dan pemberantasan filariasis yang dapat dilakukan adalah:

1. Melaporkan ke Puskesmas bila menemukan warga desa dengan pembesaran kaki, tangan, kantong buah zakar, atau payudara.

2. Ikut serta dalam pemeriksaan darah jari yang dilakukan pada malam hari oleh petugas kesehatan.
3. Minum obat anti filariasis yang diberikan oleh petugas kesehatan.
4. Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan agar bebas dari nyamuk penular.
5. Menjaga diri dari gigitan nyamuk misalnya dengan menggunakan kelambu pada saat tidur, memakai obat nyamuk dan repellen anti nyamuk.

Agar rumah bebas dari jentik dan nyamuk perlu dilakukan suatu tindakan pengendalian mulai dari tempat perindukan nyamuk sampai jentiknya (Depkes RI, 2001).

1. Pengendalian nyamuk di dalam rumah :

- a. Menutup bak penampungan air dalam rumah.
- b. Mengganti secara teratur air minum hewan piaraan, vas bunga dan lain-lain.
- c. Memasang kawat kasa pada jendela, pintu dan lubang angin (ventilasi).
- d. Meyakinkan bahwa pintu dan jendela tertutup rapat.
- e. Menggunakan kelambu dan obat pengusir nyamuk.

2. Pengendalian nyamuk di sekitar rumah :

- a. Membersihkan air yang tergenang di talang/atap.
- b. Menutup tempat penampungan air dan memperbaiki bila ada kebocoran.
- c. Mengatur pengalihan dan pembuangan air buangan.
- d. Menyimpan barang bekas dan barang buangan lainnya dalam bak tertutup.
- e. Memanfaatkan hewan ternak sebagai umpan untuk tempat hinggapnya nyamuk.

3. Pengendalian nyamuk di lingkungan :

- a. Melakukan pengaliran air yang tepat.
- b. Membuat desain saluran pembuangan air yang tepat guna dan parit penahan.
- c. Pengaliran atau penimbunan genangan air yang tak mengalir seperti kubangan, selokan dll.
- d. Memangkas semak-semak dan cabang pohon yang tumbuh dekat rumah.
- e. Mengatur pembuangan air kotor dan sampah.

Hingga saat ini pemberantasan vektor filariasis di Indonesia belum menjadi prioritas. Di Indonesia nyamuk sebagai vektor filariasis cukup banyak jenisnya. Untuk melakukan pemberantasan vektor dengan insektisida agar mendapatkan hasil yang baik harus diketahui bionomil vektornya. Alternatif pemberantasan vektor filariasis yang dapat dilaksanakan adalah melalui penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM), agar masyarakat di daerah endemis filariasis dapat berperan mengurangi kontak nyamuk vektor dengan manusia sehingga dapat memperkecil kemungkinan terjadinya penularan. Disamping itu pemberantasan vektor filariasis harus dilakukan secara lintas sektor dan lintas program terutama untuk menyebabkan terjadinya perubahan lingkungan yang dapat mengurangi tempat perindukan nyamuk.

2.1.10 Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis

Pada tahun 1975 sampai 1983 program penanganan filariasis menggunakan DEC dosis standar 5 mg/kg berat badan/hari selama 10 –15 hari. Kemudian tahun 1984 diganti menjadi dosis bertahap, yaitu Tahap I untuk usia 2-10 tahun ½ tablet

dan usia > 10 tahun 1 tablet selama 4 hari. Dilanjutkan dengan tahap II, yaitu diberikan 5 mg/kgBB/hari selama 8-13 hari. Tahun 1991 dosis yang digunakan adalah dosis rendah, yaitu untuk usia 2-10 tahun diberi hanya ½ tablet, sedangkan > 10 tahun diberi 1 tablet; tetapi dosis rendah ini diberikan selama 40 hari. Selain itu juga pernah dicoba memberi DEC dalam garam dengan dosis 0.2-0.4 % selama 9–12 bulan.

Semua cara pengobatan tersebut bila digunakan dengan benar bermanfaat untuk menurunkan Mikrofilarial Rate (MF Rate) sehingga menghilangkan daerah-daerah endemic serta menurunkan kepadatan rata-rata mikrofilaria. Tetapi karena pengobatan harus dilakukan dalam waktu lama maka tingkat kepatuhan (compliance) sangat rendah sehingga program eliminasi tidak berhasil. Masa terapi yang lama, dengan efek samping yang terjadi sepanjang masa terapi tersebut menyebabkan pasien drop-out dan program pun gagal. Sulit membuat pasien mau menderita efek samping yang sebetulnya terjadi akibat reaksi tubuh terhadap mikrofilaria yang mati, atau dengan kata lain penderitaan sesaat itu sebetulnya menggantikan penderitaan berkepanjangan akibat penyakit (Kemenkes RI, 2010).

Pengobatan massal dilaksanakan di daerah endemis Filariasis yaitu daerah dengan angka mikrofilaria rate (Mf rate) 1% dengan unit pelaksanaannya adalah Kabupaten/Kota. Pengobatan massal bertujuan untuk mematikan semua mikrofilaria yang ada di dalam darah setiap penduduk dalam waktu bersamaan, sehingga memutus penularannya. Pengobatan massal dilaksanakan serentak

terhadap semua penduduk yang tinggal di daerah endemis filariasis, tetapi pengobatan untuk sementara ditunda bagi:

1. Anak berusia kurang dari 2 tahun
2. Ibu hamil
3. Orang yang sedang sakit berat
4. Penderita kasus kronis filariasis sedang dalam serangan akut
5. Anak berusia kurang dari 5 tahun dengan merasmus atau kwasiorkor

Pengobatan massal menggunakan kombinasi Diethyl Carbamazine Citrate (DEC) dosis tunggal 6mg/kg berat badan, Albendazol 400 mg (1 tablet) dan Paracetamol (sesuai takaran) yang diberikan sekali setahun selama 5 tahun pada penduduk yang berusia 2 tahun ke atas. Sebaiknya minum obat anti filariasis sesudah makan dan dalam keadaan istirahat/tidak bekerja. Upaya ini dimaksudkan untuk membunuh mikrofilaria dalam darah dan cacing dewasa.

Obat mempunyai pengaruh yang cepat terhadap mikrofilaria, dalam beberapa jam mikrofilaria di peredaran darah mati. Cara kerja DEC adalah melumpuhkan otot mikrofilaria, sehingga tidak dapat bertahan ditempat hidupnya dan mengubah komposisi dinding mikrofilaria menjadi lebih mudah dihancurkan oleh sistem pertahanan tubuh. DEC juga dapat menyebabkan matinya sebagian cacing dewasa, dan cacing dewasa yang masih hidup dapat dihambat perkembangannya selama 9-12bulan.

Setelah minum DEC dengan cepat diserap oleh saluran cerna dan mencapai kadar maksimal dalam plasma darah setelah 4jam, dan akan dikeluarkan

seluruhnya dari tubuh bersama air kencing dalam waktu 48 jam (Depkes RI, 2008).

2.1.10.1 Cara Pemberian Obat

Pengobatan massal menggunakan obat DEC, Albendazole, dan paracetamol yang diberikan sekali setahun selama 5 tahun. DEC diberikan 6mg/KgBB, Albendazole 400 mg untuk semua golongan umur dan parasetamol 10 mg/KgBB sekali pemberian. Sebaiknya obat diminum sesudah makan dan di depan petugas.

Dosis obat ditentukan berdasarkan berat badan atau umur sesuai tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan

Berat Badan	DEC (100mg)	Albendazole	Paracetamol
(kg)	Tablet	(400mg) tablet	(500mg) tablet
10 – 16	1	1	0.5
17 – 25	1.5	1	0.5
26 – 33	2	1	1
34 – 40	2.5	1	1
41 – 50	3	1	1
51 – 58	3.5	1	1
59 – 67	4	1	1
68 – 75	4.5	1	1
76 – 83	5	1	1
>84	5.5	1	1

Tabel 2.2 Dosis Obat Berdasarkan Umur

Umur (Tahun)	DEC (100mg) Tablet	Albendazole (400mg) tablet	Paracetamol (500mg) tablet
2 – 5	1	1	0.25
6 – 14	2	1	0.5
≥14	3	1	1

2.1.10.2 Perencanaan Pengobatan Masal

1. Menyiapkan data dasar dan menghitung kebutuhan obat serta logistik lainnya sebelum melaksanakan pengobatan massal biasanya dilakukan perencanaan terlebih dahulu dengan melaksanakan beberapa hal:
 - a. Melaksanakan survei data dasar sebelum pengobatan massal di desa dengan jumlah kasus terbanyak. Survei ini dilaksanakan sesuai dengan metode survei darah jari (lihat buku penentuan dan evaluasi daerah endemisfilariasis).
 - b. Jumlah penduduk tiap desa menurut golongan umur
 - c. Kebutuhan obat dan logistik lainnya
2. Pertemuan Koordinasi Kabupaten/kota
 Pertemuan koordinasi kabupaten untuk mendapatkan kesepakatan dengan puskesmas untuk melaksanakan pengobatan massal
3. Advokasi Kabupaten/kota
 Advokasi dilaksanakan dengan tujuan untuk memperoleh dukungan pelaksanaan pengobatan massal serta menjelaskan reaksi pengobatan dan untuk memperoleh dukungan politis dan dana pengobatan massal tahun berikutnya.

4. Pertemuan koordinasi kecamatan

Pertemuan koordinasi kecamatan ini mencakup camat, lintas sektor terkait dan kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama dan organisasi kemasyarakatan.

5. Sosialisasi pengobatan massal

Sosialisasi ini dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang pengobatan massal filariasis, sehingga semua penduduk melaksanakan pengobatan (mencakup pengobatanb massal tinggi) dan menyikapi dengan benar apabila terjadi reaksi pengobatan. Sangat penting sosialisasi seluruh aspek Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis kepada seluruh lapisan masyarakat di daerah yang akan menerima pengobatan massal. Setiap orang di daerah tersebut harus sudah paham tentang “apa dan mengapa” kejadian ikutan pasca pengobatan, termasuk pimpinan daerah, DPR, media massa, guru dan orang penting/panutan dalam masyarakat dan tentu petugas kesehatan dan para kader yang akan membantu proses pemberian obat nantinya.

6. Tenaga pelaksanaan Eliminasi (TPE) Filariasis

Setiap TPE bertanggungjawab terhadap 20-30 keluarga (100-150 orang), tergantung kondisi daerah masing-masing (Departemen Kesehatan RI, 2008).

2.1.10.3 Pelaksanaan Pengobatan Masal

2.1.10.3.1 Persiapan

1. Penyiapan Masyarakat

- a. Pelaksanaan, Tenaga Pelaksanaan Eliminasi (TPE)
- b. Kegiatan

Penyiapan masyarakat dilaksanakan dengan mengunjungi warga dari rumah ke rumah di wilayah binaan TPE untuk:

- 1) Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tempat, waktu dan berbagai hal (antara lain makan dulu sebelum minumobat) mengenai filariasis dan pengobatan massal
- 2) Mengisi kartu pengobatan dan formulis sensus penduduk binaan
- 3) Menyeleksi dan mencatat penduduk yang ditunda pengobatannya
- 4) Pendataan kasus kronis filariasis

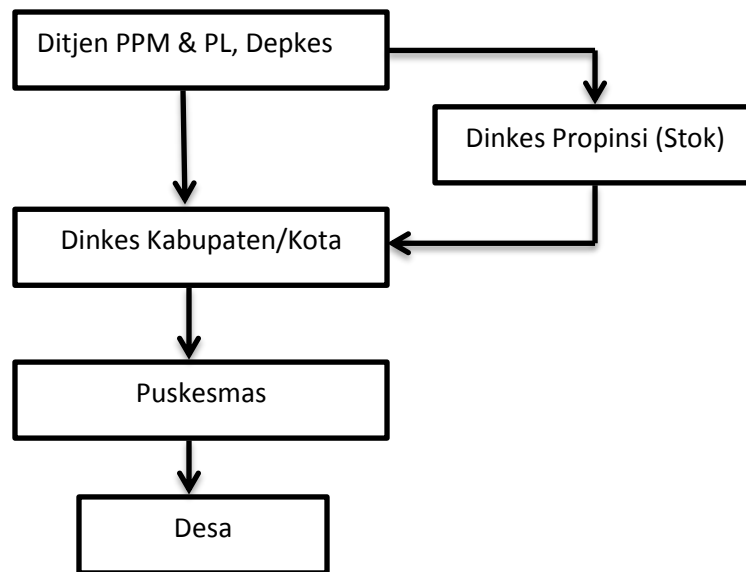
2. Penyediaan bahan, alat dan obat

a. Bahan dan alat :

- 1) Kartu pengobatan
- 2) Formulir pelaporan pengobatan TPE
- 3) Formulir sensus
- 4) Formulir pendataan kasus kronis
- 5) Media penyuluhan
- 6) Alat tulis

b. Obat DEC, Albendazole, paracetamol dan obat reaksi pengobatan

Jumlah kebutuhan bahan, peralatan dan obat sesuai dengan jumlah sasaran pengobatan di masing-masing lokasi.



Gambar 2.1 Alur Pendistribusian Obat Untuk Pengobatan Massal

Filariasis (Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL, 2008).

2.1.10.3.2 Pelaksanaan Pengobatan Massal

Pengobatan massal dilaksanakan oleh TPE dibawah pengawasan petugas kesehatan puskesmas di pos-pos pengobatan massal atau kunjungan dari rumah ke rumah. Waktu pelaksanaan pengobatan massal biasanya pada bulan Agustus sampai oktober. Untuk kegiatan pengobatan massal mencakup:

1. Menyiapkan pos pengobatan massal, obat, kartu pengobatan dan air minum (masing-masing penduduk dapat membawa air minum)
2. Mengundang penduduk untuk datang ke pos pengobatan yang telah ditentukan
3. Memberikan obat yang harus diminum di depan TPE dengan dosis yang telah ditentukan dan mencatatnya di kartu pengobatan.
4. Mengunjungi penduduk ke rumahnya bagi yang tidak datang di pos pengobatan.

5. Mencatat jenis reaksi pengobatan di kartu pengobatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan.
6. Membuat laporan (Departemen Kesehatan RI, 2008).

2.1.10.4 Kejadian Ikutan Pasca Pengobatan Masal

Perlu dimengerti bahwa berbeda dengan efek samping pada penggunaan obat pada umumnya, efek yang tidak diharapkan pada pengobatan filariasis terdiri dari 2 kelompok efek yang sangat berbeda penyebabnya.

Pertama adalah yang biasa disebut efek samping obat, yaitu disebabkan karena reaksi terhadap obatnya. Efek samping obat ini adalah akibat efek obat terhadap tubuh manusia (efek farmakologi), akibat interaksi obat, intoleransi (tidak cocok obat), idiosinkrasi (keanehan/ketidak laziman respon individu terhadap obat), reaksi alergi obat.

Kedua adalah yang disebut sebagai kejadian ikutan pasca pengobatan, yaitu reaksi tubuh terhadap hasil pengobatan (tubuh makrofilaria & mikrofilaria yang mati adalah benda asing bagi tubuh), bukan terhadap obatnya.

Kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis yang pernah dilaporkan di seluruh dunia sehingga mungkin dapat terjadi juga di Indonesia seperti yang dipaparkan di dalam tabel berikut:

Tabel 2.3 Kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis

1. Gejala umum (respon imun, matinya mikrofilaria)	Dapat terjadi pada hari pertama	Sakit kepala, pusing, demam, mual, muntah, nafsu makan turun, nyeri
2. Gejala lokal (respon	Bila terjadi,	Limfadenitis, limfangitis,

imun matinya filaria dewasa)	umumnya pada 1- 3minggu sesudah minum obat	adenolimfangitis, funikulitis, epidemitis, orchitis, orchalgia, abses, ulkus, limfadema
---------------------------------	--	--

Pengalaman pengobatan dosis tunggal DEC+albendazol di komunitas terhadap penderita yang ditemukan mikrofilaria B.timori dalam darahnya menunjukkan bahwa besarnya reaksi paska pengobatan dalam suatu masyarakat berbanding lurus dengan muatan mikrofilariannya. Pada hari pengobatan massal siapkan obat untuk menangani efek samping yaitu parasetamol sirup dan tablet, Oradexon injeksi, adrenalin injeksi untuk anafilaktik shock, prednison/dexametason oral. Seleksilah dengan cermat penduduk sasaran. Pastikan pasien bukan penderita epilepsi, cirrhosis hepatis, penderita dengan penyakit ginjal, tidak hamil, dan hipertensi. Berikan perhatian khusus, bila ada keraguan periksa pasien oleh dokter (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Antisipasi munculnya kejadian ikutan dengan mensosialisasikan kemungkinan terjadinya kejadian ikutan, serta pentingnya minum obat filariasis sesudah makan dan di depan petugas pemberi obat. Selama jam pengobatan diawasi dokter dan/atau perawat/bidan di lapangan. Dokter dan tenaga kesehatan lain harus ada dalam jangkauan selama minimal 5 hari mulai hari pemberian. Pos jaga siap 24 jam selama 3 hari sesudah pengobatan. Alat transportasi gawat darurat siap di puskesmas serta sosialisasikan Rumah Sakit rujukan kepada masyarakat. Sertakan dokter praktek swasta untuk menangani, melaporkan dan merujuk kasus kejadian ikutan. Sistim rujukan harus terbentuk dan

disosialisasikan. Untuk mencegah serangan epilepsi yang mungkin terpicu oleh pemberian obat, penting untuk memberi perlakuan khusus bagi penderita epilepsi. Temukan penderita epilepsi dan ditangani oleh dokter dengan memberi lebih dahulu obat antiepilepsinya serta pengawasan khusus. Obat diberikan bertahap, tidak mengikuti jadwal terapi massal.

Kendala pengobatan masal yang banyak ditakuti petugas pelaksana lapangan seperti timbulnya demam, mual, muntah, pusing, sakit sendi dan badan, sebagai akibat dari bekerja obat dalam membunuh parasit harus disosialisasikan dengan jelas pada penduduk terlebih dahulu. Sakit yang ditimbulkan pada pemberian obat filaria dapat diatasi dengan pemberian obat balas oleh petugas medis atau paramedis yang telah disiapkan di lapangan untuk mengawasi jalannya pengobatan selama 3 hari. Hindarilah penggunaan istilah efek samping pengobatan (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

2.1.11 Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui (Alwi, 2005: 1121). Pengetahuan adalah istilah yang digunakan untuk menuturkan apabila seseorang mengenal tentang sesuatu. Sesuatu hal yang menjadi pengetahuannya adalah selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan yang diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahuinya itu. Oleh karena itu pengetahuan selalu menuntut adanya subyek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan obyek yang merupakan sesuatu yang dihadapinya sebagai hal yang ingin diketahuinya. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia

terhadap sesuatu, atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu obyek tertentu (Surajiyo, 2007: 26).

Pengetahuan merupakan hasil “Tahu“ dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni: penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, S, 2007: 143). Lebih lanjut Notoatmodjo menyebutkan ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*know*). Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk juga mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah diterima dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan sebagainya.
2. Memahami (*Comprehention*). Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dpat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi (*Application*). Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.
4. Analisis (*Analysis*). Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan yang lain

dapat ditunjukkan dengan menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*). Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan dapat menyusun formulasi yang baru.
6. Evaluasi (*Evaluation*). Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi penelitian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada. Pengetahuan diukur dengan wawancara atau angket tentang materi yang akan di ukur dari objek penelitian.

Di dalam diri manusia terdapat sifat kodrat kecenderungan ingin tahu. Dalam hal ini adanya pengetahuan ditentukan oleh faktor internal yaitu dari dalam diri manusia, dan faktor eksternal yaitu dorongan dari luar berupa tuntutan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan kehidupan (Surajiyo, 2007: 31).

2.1.12 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. (Notoatmodjo, S, 2007:146).

Menurut Notoatmodjo, S (2007:148) sikap mempunyai 4 tingkat dalam intensitasnya, yaitu:

1. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa seseorang (subjek) mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).
2. Menanggapi (*responding*) diartikan apabila seseorang menjawab ketika diberikan pertanyaan, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*) adalah bertanggung jawab apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Pengukuran secara langsung dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang objek yang bersangkutan (Notoatmodjo, S, 2007:149).

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2007:148) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yang bersama-sama membentuk sikap yang utuh, yaitu :

1. Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2007:148).

2.1.13 Praktek

Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbedaan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas, dukungan (*support*) dari pihak lain (Notoatmojo, 2007:149). Dalam Praktik juga terdapat tingkatan-tingkatannya, yaitu :

1. Presepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon Terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adaptasi (*Adaptasi*)

Suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.14 Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan lain sebagainya. Mengenai dampak yang timbul dari pendidikan terhadap perubahan perilaku dibutuhkan waktu yang cukup lama disbanding dengan *koersi*, namun jika perubahan perilaku ini dapat berhasil diterapkan di masyarakat maka akan langgeng atau bahkan akan di terapkan sampai seumur hidup (Notoatmodjo, 2012: 18). Tingkat pendidikan masyarakat yang dihitung dari rata-rata lama sekolah menjadi prasyarat untuk derajat kesehatan masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui ekonomi. Pendidikan sendiri mempunyai tujuan untuk memerangi kebodohan, dapat berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan berusaha atau bekerja. Selanjutnya akan dapat meningkatkan kemampuan mencegah penyakit, meningkatkan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2012:8).

2.1.15 Umur

Umur adalah variable yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam

hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur (Notoatmodjo, S, 2007:20)

2.1.16 Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan, keterjangkauan, dan ketepatan akses pelayanan kesehatan merupakan dasar sistem kesehatan untuk menyelesaikan berbagai masalah kesehatan dan menciptakan kesehatan yang merata bagi semua orang. Dengan tersedianya akses pelayanan kesehatan maka diharapkan dapat memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif serta memberikan perhatian dan rasa percaya diri pada orang-orang yang membutuhkan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dan membentuk pola perilaku masyarakat dalam peningkatan kesehatan (Eunike R., 2005:5).

2.1.17 Dukungan Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE)

Dukungan tenaga pelaksana eliminasi (TPE) sangat berpengaruh terhadap pencegahan penularan filariasis. Karena TPE memiliki tugas dalam pemberantasan nyamuk penular filariasis. Tugasnya yaitu memberi contoh cara memberantas nyamuk dan menghindari gigitan nyamuk, menggerakkan masing-masing keluarga binaannya untuk meniadakan tempat berkembang biak nyamuk secara teratur dirumah dan lingkungan sekitarnya, dan mengajak bergotong royong membersihkan tempat berkembang biak nyamuk dalam lingkungan pemukiman (Depkes, 2008:6).

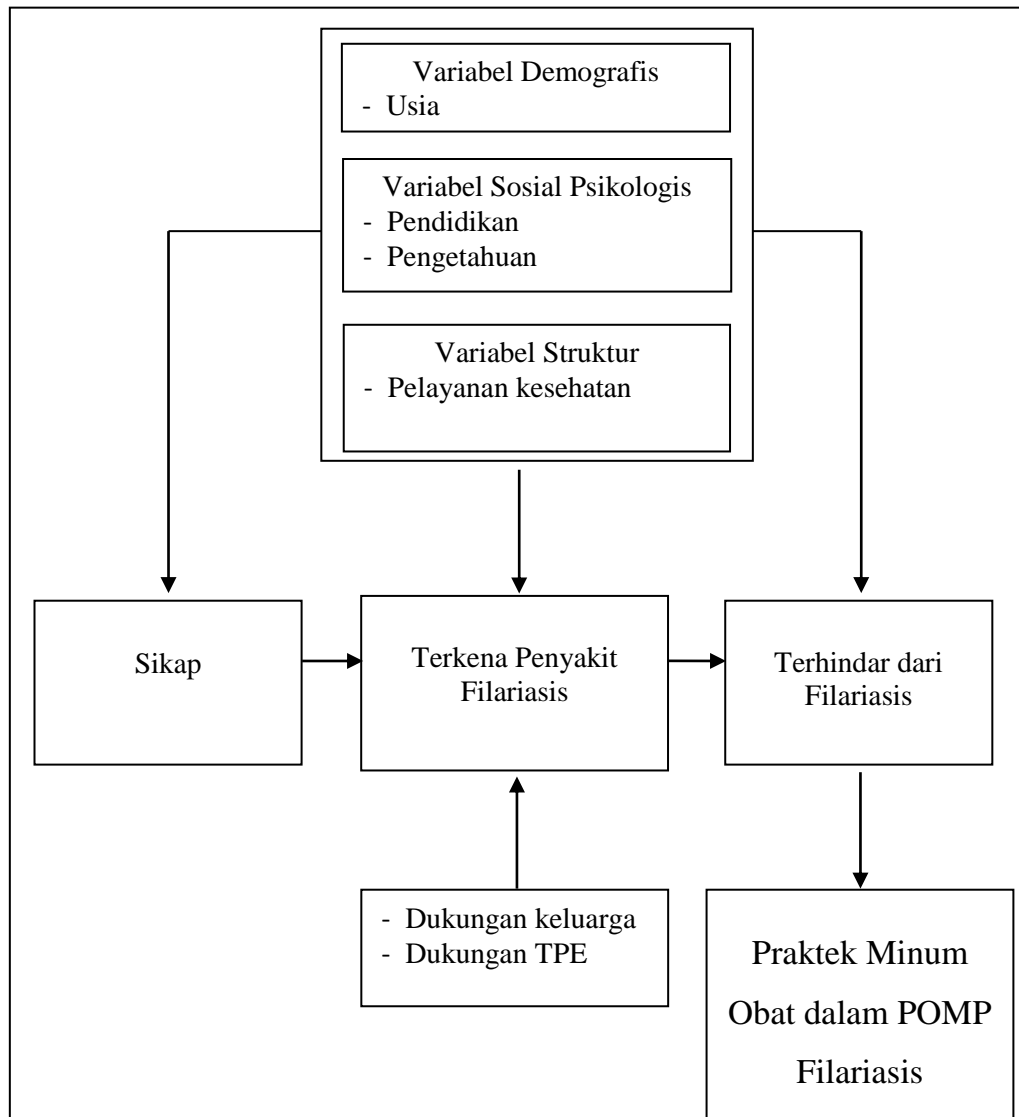
2.1.18 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan unit masyarakat terkecil yang membentuk perilaku-perilaku masyarakat, oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai dari keluarga. Dalam hal ini peran orang tua merupakan

sasaran utama dalam promosi kesehatan dan merupakan peletak dasar perilaku terutama perilaku kesehatan bagi anak-anak mereka (Notoatmodjo, 2012: 44).

Dukungan yang tersedia bagi seseorang melalui interaksi dengan orang lain disekitarnya, seperti keluarga, akan mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan orang tersebut. Seseorang yang mendapatkan dukungan sosial akan lebih merasa nyaman, dipedulikan, dihargai, dibantu, dan diterima pada suatu kelompok. Dengan adanya dukungan tersebut maka dapat menciptakan respon yang positif terhadap kesehatan seseorang (Eunike R., 2005:80).

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori

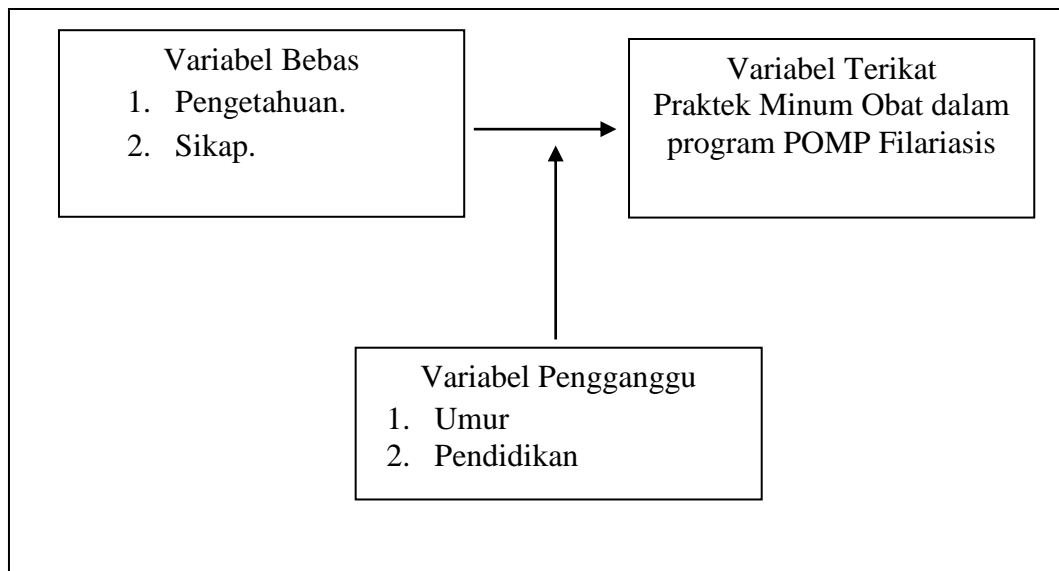
Sumber: Modifikasi dari Becker (1974) dan Anderson (1974) dalam Soekidjo, 2012.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal khusus dan hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan variabel (Notoatmodjo, 2005:68).

Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1: Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misal umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005:70)

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang menjadi penyebab timbulnya variabel terikat berpengaruh terhadap variabel terikat (Sugiyono, 2009:39).

Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap pada masyarakat Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Sugiyono, 2009:39). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis di Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan.

3.2.3 Variabel Pengganggu

Variable pengganggu merupakan variable independen di luar paparan atau faktor peneliti yang pengaruhnya terhadap variable ingin dikontrol (Bhisma Murti, 1997:254). Variabel pengganggu dalam penelitian ini dikendalikan dengan :

1. Pendidikan diambil pendidikan minimal lulusan SMA.
2. Umur, batasan umur yang menjadi responden mulai 18 tahun sampai 55 tahun.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Menurut Notoatmodjo (2005:72) hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian. Sehingga hipoteseis dalam suatu peneltian merupakan jawaban sementara penelitian, dugaan sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah

1. Ada hubungan tingkat pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

2. Ada hubungan tingkat sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan pada suatu variabel atau suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel penelitian.

Adapun definisi operasional penelitian (Tabel 3.1)

Tabel 3.1: Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Pengetahuan terhadap pencegahan filariasis	Kemampuan responden mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penyakit filariasis baik penyebab, gejala, cara penularan, pencegahan, penyembuhan dan pengobatan.	Kuesioner	1. Pengetahuan kurang, jika: <50% jawaban benar 6 2. Pengetahuan cukup, jika: 50-75% jawaban benar 6-9 3. Pengetahuan baik, jika >75% jawaban benar 9-12 (Hasmi, 2012)	Ordinal
2.	Sikap terhadap pencegahan filariasis	Tanggapan/sikap responden dalam menanggapi pertanyaan upaya pencegahan penyakit filariasis.	Kuesioner	1. Kurang, jika skor <60% atau soal <6 2. Cukup, jika skor 60%-80% atau soal 6-8 3. Baik, jika skor >80% atau soal >8. (Yayuk, 2004 dalam Febrina, 2013)	Ordinal

3.	Praktek Minum Obat POMP filariasis.	Keikutsertaan masyarakat dalam program Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) filariasis.	Kuesioner	1. Kurang, Jika skor < 4 2. Baik, jika skor = 4	Ordinal
----	-------------------------------------	--	-----------	--	---------

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian analitik karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis dengan pemberian obat massal pencegahan (POMP) filariasis. Survei analitik adalah survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor risiko dengan faktor efek. Yang dimaksud dengan faktor efek adalah suatu akibat dari adanya faktor risiko, sedangkan faktor risiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek atau pengaruh (Notoatmodjo, 2005:145).

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi potong lintang (*cross sectional*). Pada *survey cross sectional* ialah penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dan efek, dengan pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2005 :145). Pada studi etiologic, studi *cross sectional* mencari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (faktor efek) (Sastroasmoro, 1995: 76).

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmojo, 2005:79). Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan yang berjumlah 3.334 penduduk (Rekapitulasi jumlah penduduk RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan, Februari 2015).

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah sebagian dari jumlah karakter yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2009:81). Penentuan sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *proportional stratified sampling* yaitu penentuan sampel dilakukan apabila populasi mempunyai unsur yang tidak homogen dan berstrata proporsional atau sample wilayah (Arikunto, 2006:139). Sampel penelitian diperoleh dengan retriksi yaitu suatu metode untuk membatasi subyek penelitian menurut kriteria tertentu yang disebut kriteria eligibilitas, jenis kriteria eligibilitas yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Murti, 1997:79).

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah:

3.6.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik subyek umum penelitian pada populasi target dan populasi terjangkau (Sastroasmoro, dkk., 1995:22). Dalam penelitian ini kriteria inklusi adalah:

1. Responden yang berusia lebih dari 18 sampai 55 tahun.
2. Tingkat pendidikan minimal SMA.

3.6.2.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah sebagian subyek yang memenuhi kriteria inklusi yang harus dikeluarkan dari studi (Sastroasmoro,1995:22). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah responden yang menolak untuk diteliti maupun yang tidak ada saat penelitian.

Perhitungan jumlah sampel dengan menggunakan estimasi beda dua proporsi ini dipilih peneliti karena sesuai dengan tujuan penelitian yaitu ingin mencari hubungan. Adapun rumus estimasi beda dua proporsi menurut Lameshow (1997) sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{\alpha P(1-P)N}{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{\alpha P(1-P)}{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

$$n = \frac{1,64^2 0,5(1-0,5)3334}{0,1^2(3334-1) + 1,64^2 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{2241,7816}{34,0024}$$

$$n = 65,9 \text{ dibulatkan menjadi } 66$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

P = target populasi (0,5)

d = derajat kesalahan yang diterima 10% (0,1)

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = standar deviasi normal untuk 1,64 dengan *confidence* interval 90%

(Lemeshow, 1997:54).

Sampel minimal adalah 66 responden, namun disini sampel yang diambil untuk penelitian sebanyak 70 responden dari seluruh populasi di RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan.

Tabel 3.2 Jumlah sampel RW V sampai RW X

No	Rukun Warga (RW)	Jumlah Penduduk	Sampel
1.	RW. V	530	$\frac{530}{3334} \times 70 = 11$
2.	RW. VI	551	$\frac{551}{3334} \times 70 = 12$
3.	RW. VII	575	$\frac{575}{3334} \times 70 = 12$
4.	RW. VIII	395	$\frac{395}{3334} \times 70 = 8$
5.	RW. IX	674	$\frac{674}{3334} \times 70 = 14$
6.	RW. X	609	$\frac{609}{3334} \times 70 = 13$
	Total	3.334	70

3.7 SUMBER DATA PENELITIAN

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari subyek penelitian terutama responden. Data primer dalam penelitian ini berupa kuesioner, kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mendapatkan informasi melalui

jawaban dari responden mengenai pengetahuan dan sikap tentang pencegahan penularan filariasis serta keikutsertaan masyarakat dalam minum obat filariasis.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu pengumpulan data yang diinginkan diperoleh dari orang lain dan tidak dilakukan oleh peneliti sendiri (Eko Budiarto, 2002:5). Data sekunder yang diambil diperoleh dari instansi terkait, buku, jurnal dan referensi lain yang berkaitan dengan penelitian.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data yang sesuai dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2005:116). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

Kuesioner adalah sebagai daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang dimana responden dan interviewer tinggal memberikan jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu. Pentingnya kuesioner digunakan untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2005:116). Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengumpulkan data mengenai pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis.

3.8.1.1 Validitas Instrumen

Validitas instrumen merupakan pernyataan tentang sejauh mana alat ukur (pengukuran, tes, instrumen) mampu mengukur apa yang seharusnya hendak diukur. Suatu instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur dengan benar apa yang ingin diukur (Murti, 1997: 49). Untuk mengetahui validitas suatu

instrumen (dalam hal ini kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing pertanyaan dengan skor total (Notoatmodjo, 2005: 130). Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*.

Dengan rumus:

$$R = \frac{N (\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

R = koefisien korelasi tiap item

N = jumlah peserta tes

$\sum X$ = jumlah skor item

$\sum Y$ = jumlah skor total

$\sum X \sum Y$ = jumlah perkalian skor item dan skor total

$\sum X^2$ = jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$ = jumlah kuadrat skor total (Notoatmodjo, 2005:131)

Pengujian validitas kuesioner dalam penelitian ini dilakukan di masyarakat Kelurahan Jenggot Kertoharjo Kota Pekalongan dengan N=20 taraf signifikan 5% dengan r table *Pearson Product Moment* 0,4438. Setelah dilakukan penghitungan dari 14 soal pengetahuan yang diujikan, terdapat 2 soal yang tidak valid yaitu soal nomor 6 dan 9. Sedangkan pada sikap terdapat 10 soal yang diujikan, semua soal valid. Hasil validitas terlampir pada lampiran 12 dan 13.

3.8.1.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila dilakukan pengukuran yang dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2005: 133).

Untuk mengukur reliabilitas rumus yang digunakan yaitu *Alpha Cronbach* sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{V_t^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varian butir/item

V_t^2 = varian total

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara

Wawancara ialah proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden. Jenis wawancara pada penelitian ini adalah wawancara terstruktur, dimana dalam melaksanakan wawancara peneliti telah menyiapkan pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan (Sugiyono, 2009:138). Wawancara ini bertujuan untuk mendapatkan data yang berupa fakta tentang hubungan tentang pengetahuan dan sikap tentang

pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015

3.8.2.2. *Dokumentasi*

Dalam penelitian ini, peneliti mengkaji dokumen-dokumen yang berkaitan dengan isi penelitian, antara lain data terkait masyarakat Desa Kertoharjo yang mengikuti program POMP filariasis.

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan dengan beberapa tahapan, diantaranya:

3.9.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan penelitian ini diawali dengan pengambilan data awal guna penyusunan proposal skripsi, dalam penyusunan proposal dilakukan konsultasi proposal sampai dengan ujian serta revisi proposal skripsi. Selanjutnya adalah mengurus administrasi dan surat ijin untuk melakukan penelitian dari Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang. Kemudian mengajukan permohonan ijin untuk melakukan penelitian kepada Pemerintah Kota Pekalongan melalui Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (Kesbangpolinmas) Kota Pekalongan, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kota Pekalongan, Dinas Kesehatan Kota Pekalongan untuk diajukan kepada Puskesmas Pekalongan Selatan dan ke Kantor Kelurahan Kuripan

Kertoharjo. Serta melakukan uji coba alat ukur (kuesioner) dengan melakukan uji validitas dan reabilitas.

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Setelah proses perijinan selesai, peneliti melakukan koordinasi dengan pihak-pihak terkait dengan sasaran seperti petugas Promosi Kesehatan Puskesmas Pekalongan Selatan dan Kelurahan Kuripan Kertoharjo selanjutnya menjelaskan teknik penelitian sekaligus menerima masukan-masukan yang berhubungan dengan penelitian. Setelah itu peneliti melakukan penelitian. Penelitian ini membagikan kuesioner kepada responden dengan mendatangi responden satu per satu (*door to door*) untuk mendapatkan data tentang identitas responden, keikutsertaan dalam meminum obat dalam program POMP filariasis dan pengetahuan serta sikap tentang pencegahan filariasis.

3.9.3 Tahap Penyusunan Laporan

Setelah data primer terkumpul, peneliti melakukan pengolahan data kuantitatif secara terkomputerisasi dengan menggunakan *software* komputer kemudian dilakukan analisis apakah terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap dan praktek pencegahan filariasis dengan pemberian obat massal pencegahan (POMP) filariasis. Dalam penyusunan laporan ini, peneliti juga melakukan konsultasi-konsultasi dengan pembimbing untuk membuat laporan hasil peneliti yang telah dilaksanakan.

3.10 TEKNIK PENGOLAHAN DATA DAN ANALISIS

3.10.1 Pengolahan Data

Agar data penelitian menghasilkan informasi yang benar dan tepat maka sebelum melakukan analisis perlu dilakukan proses manajemen atau pengolahan data terdiri dari:

3.10.1.1 Editing

Merupakan proses pemeriksaan kembali kelengkapan data yang telah dikumpulkan yang meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban, konsisten dan relevan jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan.

3.10.1.2 Coding

Yaitu memberikan skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

3.10.1.3 Scoring

Merupakan kegiatan memproses agar dapat dianalisis. Proses dilakukan dengan mengentri data menggunakan program SPSS.

3.10.1.4 Tabulasi

Melakukan pengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian yang kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Setiap pernyataan diberikan nilai yang hasilnya dijumlahkan dan diberikan kategori sesuai dengan jumlah pernyataan dalam kuesioner.

3.10.1.5 Entry Data

Data yang telah dikode kemudian di masukkan ke dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah data.

3.10.2 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul, maka selanjutnya adalah menganalisis data menggunakan teknik sehingga data tersebut dapat ditarik suatu simpulan. Adapun data dianalisis dengan program komputer dengan menggunakan teknis analisis data yang meliputi:

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmojo, 2005:188). Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis. Semua variabel dianalisis untuk mendeskripsikan variabel yang disajikan dalam bentuk diagram distribusi frekuensi. Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan variabel bebas yaitu pengetahuan dan sikap serta variabel terikat yaitu praktek minum obat filariasis.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan pada dua variabel yang dianggap berhubungan atau berkorelasi (Notoadmojo, 2005:188). Dalam penelitian ini analisis bivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

Selanjutnya diuji dengan analisis statistik. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square*, karena skala variabel berbentuk ordinal. Taraf signifikan yang digunakan adalah 95% atau taraf kesalahan 0,05. Syarat uji *Chi Square* adalah

tidak ada sel yang nilai *observed*-nya bernilai nol, dan sel yang digunakan mempunyai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, dan menggunakan tabel 2x2. Jika syarat uji *Chi Square* tidak terpenuhi maka dilakukan penggabungan dan dilanjutkan uji alternatifnya yaitu uji *Kolmogorov smirnov*.

Dasar pengambilan keputusan yang digunakan berdasarkan probabilitas. Jika probabilitas $<0,05$ maka H_0 ditolak. Ini berarti kedua variabel ada hubungan. Akan tetapi jika probabilitas $>0,05$ maka H_0 diterima, berarti variabel tersebut tidak ada hubungan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM

Secara umum, Kelurahan Kuripan Kertoharjo adalah salah satu kelurahan yang terletak di Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Provinsi Jawa Tengah. Luas wilayah Kelurahan Kuripan Kertoharjo RW V sampai RW X Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan secara keseluruhan adalah 112.613,8 Km² (Monografi Kelurahan Kertoharjo Tahun 2014).

Kelurahan Kuripan Kertoharjo RW V sampai RW X Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan secara administrasi dibatasi oleh:

- Sebelah Utara : Kelurahan Jenggot
- Sebelah Selatan : Desa Watusalam (Kab. Pekalongan)
- Sebelah Barat : Kelurahan Simbang Wetan (Kab. Pekalongan)
- Sebelah Timur : Sungai Kupang

Penelitian ini dilaksanakan di RW V sampai RW X Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan, dengan jumlah responden adalah 70 responden. Sedangkan pembagian Rukun Tetangga (RT) di RW V sampai RW X dibagi menjadi 14 RT. Wilayah Kelurahan Kuripan Kertoharjo RW V sampai RW X mempunyai jumlah penduduk sebanyak 3.334 jiwa (Rekapitulasi jumlah penduduk Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan, Februari 2015).

4.1.1 Distribusi Responden Menurut Umur

Tabel 4.1: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur

No.	Umur	f	%
1.	18-25	16	22,9
2.	26-35	28	40,0
3.	36-45	14	20,0
4.	46-55	12	17,1
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan bahwa responden yang mempunyai umur 18-25 sebanyak 16 orang (22,9%), umur 26-35 sebanyak 28 orang (40,0%), umur 36-45 sebanyak 14 orang (20,0%), dan umur 46-55 sebanyak 12 orang (17,1%).

4.1.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Tabel 4.2: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	f	%
1.	Laki-laki	24	34,3
2.	Perempuan	46	65,7
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 24 orang (34,3%) dan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 46 orang (65,7%).

4.1.3 Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tabel 4.3: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pendidikan

No.	Pendidikan	f	%
1.	Tamat SMA	51	72,9
2.	Tamat Perguruan Tinggi	19	27,1
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan bahwa responden yang tamat SMA sebanyak 51 orang (72,9%) dan responden yang tamat perguruan tinggi sebanyak 19 orang (27,1%).

4.1.4 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan

Tabel 4.4: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pekerjaan

No.	Pekerjaan	f	%
1.	Buruh	5	7,1
2.	Wirausaha	20	28,6
3.	Pegawai Swasta	10	14,3
4.	PNS	16	22,9
5.	Tidak Bekerja	19	27,1
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan table 4.4 didapatkan bahwa responden yang mempunyai pekerjaan sebagai buruh sebanyak 5 orang (7,1%), wirausaha sebanyak 20 orang (28,6%), pegawai swasta sebanyak 10 orang (14,3%), PNS sebanyak 16 orang (22,9%), dan responden yang tidak berkerja sebanyak 19 orang (27,1%).

4.2 HASIL PENELITIAN

4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian. Pada analisis ini akan menghasilkan distribusi frekuensi dari tiap-tiap variabel pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis.

4.2.1.1 Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis

Berdasarkan hasil penelitian diketahui distribusi pengetahuan responden dalam penelitian adalah pada kategori pengetahuan baik. Distribusi pengetahuan responden penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5: Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis

No.	Pengetahuan Masyarakat	f	%
1.	Cukup	20	28,6
2.	Baik	50	71,4
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan responden yang mempunyai pengetahuan cukup tentang pencegahan penularan filariasis sebanyak 20 orang (28,6%) dan yang mempunyai pengetahuan baik tentang pencegahan penularan filariasis sebanyak 50 orang (71,4%).

4.2.1.2 Sikap tentang Pencegahan Filariasis

Berdasarkan hasil penelitian diketahui distribusi sikap responden dalam penelitian adalah pada kategori sikap cukup. Distribusi sikap responden penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Sikap tentang Pencegahan Filariasis

No.	Sikap Masyarakat	F	%
1.	Cukup	37	52,9
2.	Baik	33	47,1
Jumlah		70	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan responden yang mempunyai sikap cukup tentang pencegahan filariasis sebanyak 37 orang (52,9%) dan yang mempunyai sikap baik tentang pencegahan filariasis sebanyak 33 orang (47,1%).

4.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang pencegahan filariasis terhadap Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015, meliputi:

4.2.2.1 Hubungan antara Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis

Tabel 4.7 Hubungan antara Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis

Pengetahuan	Praktek Minum Obat dalam POMP Filariasis				Total	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	
	Kurang		Baik						
	N	%	N	%					
Cukup	9	60	11	20	20	28,6	0,007	6,00	1,760-20,450
Baik	6	40	44	80	50	71,4			
Total	15	100	55	100	70	100			

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015, diketahui bahwa dari 20 responden (28,6%) yang pengetahuan pencegahan filariasis cukup, terdapat 9 responden (60%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 11 responden (20%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik. Sedangkan dari 50 responden (71,4%) yang pengetahuan pencegahan filariasis baik, terdapat 6 responden (40%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 44 responden (80%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik.

Berdasarkan tabel 4.7 diperoleh $p = 0,007 (<0,05)$ sehingga H_0 ditolak, yang artinya ada hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program pemberian obat masal pencegahan (POMP) filariasis. *Odd Ratio* (OR) 6,000 menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pencegahan penularan filariasis kurang berisiko 6,000 kali terhadap

praktek minum obat dalam POMP filariasis yang buruk dibandingkan dengan pengetahuan tentang pencegahan penularan filariasis baik.

4.2.2.2 Hubungan antara Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis

Tabel 4.8 Hubungan antara Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis.

Sikap	Praktek Minum Obat dalam POMP Filariasis				Total		<i>p</i>
	Kurang		Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Cukup	11	73,3	26	47,3	37	52,9	0,113
Baik	4	26,7	29	52,7	33	47,1	
Total	15	100	55	100	70	100	

Hasil analisis hubungan antara sikap tentang pencegahan penularan filariasis dengan praktek minum obat dalam POMP filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015, diketahui bahwa dari 37 responden (52,9%) yang sikap pencegahan filariasis cukup, terdapat 11 responden (73,3%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 26 responden (47,3%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik. Sedangkan dari 33 responden (47,1%) yang sikap pencegahan filariasis baik, terdapat 4 responden (26,7%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 29 responden (52,7%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik.

Berdasarkan tabel 4.8 diperoleh $p = 0,113 (>0,05)$ sehingga H_0 diterima, yang artinya tidak ada hubungan antara sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program pemberian obat masal pencegahan (POMP) filariasis.

Berdasarkan hasil diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan tentang filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis. Sedangkan pada variabel sikap tidak terdapat hubungan dengan praktek minum obat dalam program pemberian obat masal pencegahan (POMP) filariasis.

BAB V PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan Kuripan Kertoharjo, dengan menggunakan uji *chi square* diketahui nilai $p = 0,007 (<0,05)$ hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat masal pencegahan (POMP) filariasis di Kelurahan Kuripan Kertoharjo. *Odd Ratio* (OR) 6,0 menunjukkan bahwa orang yang mempunyai pengetahuan tentang pencegahan penularan filariasis kurang berisiko 6,0 kali terhadap praktek minum obat dalam POMP filariasis yang buruk dibandingkan dengan pengetahuan tentang pencegahan penularan filariasis baik. Diketahui bahwa dari 20 responden (28,6%) yang berpengetahuan pencegahan filariasis cukup, terdapat 9 responden (60%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 11 responden (20%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik. Sedangkan dari 50 responden (71,4%) yang berpengetahuan pencegahan filariasis baik, terdapat 6 responden (40%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 44 responden (80%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan pengetahuan responden baik, pengetahuan baik dikarenakan adanya penyuluhan mengenai penyakit filariais sebelum diadakannya program POMP filariasis juga mempengaruhi tingkat kesertaan minum obat pada masyarakat. Banyak responden yang memperoleh informasi mengenai filariais melalui media yang sudah ada, seperti iklan di televisi, poster di puskesmas, spanduk dan leaflet yang sering di bagikan oleh pihak puskesmas. Pengetahuan yang baik serta kesadaran responden akan pentingnya minum obat pencegahan filariasis, hal ini akan mencegah dan mengurangi penularan penyakit filariasis.

Menurut Notoatmodjo (2007:143) pengetahuan adalah hasil dari “tahu”, hal ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pengindraan mata dan telinga. Terkait hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Roger dalam Notoatmodjo (2007), bahwa perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasarkan oleh pengetahuan. Dari hal tersebut menunjukkan pengetahuan merupakan modal penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dan sebagian besar masyarakat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang penyakit filariasis.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Dina Agustiantiningsih tentang faktor pencegahan filariasis tahun 2013, yang menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan praktek pencegahan filariasis dengan nilai $p=0,000$ ($p < 0,05$). Menurut Dina Agustiantiningsih (2013:194) upaya pencegahan yang

dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan yang aplikatif dan sederhana.

5.1.2 Hubungan antara Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Praktek Minum Obat dalam Program POMP Filariasis

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan Kuripan Kertoharjo, dengan menggunakan uji *chi square* dengan nilai $p = 0,113 (>0,05)$, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat masal pencegahan (POMP) filariasis di Kelurahan Kuripan Kertoharjo. Diketahui bahwa dari 37 responden (52,9%) yang sikap pencegahan filariasis cukup, terdapat 11 responden (73,3%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 26 responden (47,3%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik. Sedangkan dari 33 responden (47,1%) yang sikap pencegahan filariasis baik, terdapat 4 responden (26,7%) yang praktek minum obat POMP filariasis kurang dan 29 responden (52,7%) yang praktek minum obat POMP filariasis baik.

Masyarakat memiliki sikap cukup namun pada praktek minum obat filariasis rata-rata sudah sudah baik. Hal ini dikarenakan sikap masyarakat kurang didukung oleh berbagai faktor diantaranya dukungan keluarga, lingkungan, dan fasilitas. Dari beberapa responden yang minum obat filariasisnya masih kurang disebabkan dari beberapa faktor diantaranya lingkungan dan sosial, banyak diantara mereka yang takut akan efek dari obat filariasis yang timbul pada orang di sekitar mereka. Masalah rendahnya kondisi sosial ekonomi masyarakat

tersebut juga tidak lepas dari pengaruh masyarakat itu sendiri dalam pencegahan filariasis dengan mengikuti program POMP filariasis.

Menurut Notoatmodjo (2007:149), yang menyatakan bahwa terbentuknya perilaku baru yaitu sikap, dimulai dari domain kognitif dalam arti subjek atau individu mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus berupa materi atau objek diluarnya, yang menimbulkan pengetahuan baru pada individu sehingga terbentuk respon batin yang tampak dalam sikap individu terhadap objek yang diketahuinya tersebut. Namun, dalam kenyataan stimulus yang diterima oleh subjek tidak dapat langsung menimbulkan sikap terhadap stimulus yang ada. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan atau tindakan nyata diperlukan beberapa faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Idia Lusi (2014), tentang Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Filariasis dengan Tindakan Masyarakat dalam Pencegahan Filariasis. Yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap masyarakat tentang penyakit filariasis dengan tindakan masyarakat dalam pencegahan filariasis dengan nilai $p=0,972$. Menurut Azwar (2013) dalam Idia Lusi (2014) menyatakan pembentukan sikap dipengaruhi beberapa faktor, yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, faktor emosi dalam diri individu. Sikap merupakan predisposisi evaluatif yang banyak menentukan bagaimana individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan nyata seringkali jauh berbeda, hal ini karena tindakan nyata tidak hanya didasarkan oleh sikap saja namun ada berbagai

faktor eksternal lainnya.pada dasarnya sikap bersifat pribadi, sedangkan tindakan bersifat umum, oleh karena itu tindakan lebih peka terhadap tekanan-tekanan sosial.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

5.2.1 Hambatan Penelitian

Peneliti mengalami beberapa hambatan yang dihadapi antara lain tidak adanya data masyarakat yang berpendidikan minimal SMA untuk menjadi responden dan banyak dari masyarakat yang menolak untuk dijadikan responden.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

Penelitian ini mempunyai beberapa kelemahan atau keterbatasan yaitu teknik pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang bersifat subyektif, sehingga kerjasama dan kejujuran responden sangat menentukan hasil yang diperoleh dalam penelitian ini. Untuk mengantisipasinya teknik wawancara dibuat seperti cerita, tidak langsung pertanyaan sehingga responden tidak kaku dalam menjawab pertanyaan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara pengeyahuan dan sikap tentang pencegahan penularan filariasis dengan kondisi fisik lingkungan di Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan maka disimpulkan bahwa:

1. Terdapat hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis di Keluran Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.
2. Tidak terdapat hubungan antara sikap tentang pencegahan filariasis dengan praktek minum obat dalam program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) filariasis di Keluran Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Bagi petugas puskesmas dan dinas kesehatan diharapkan meningkatkan pelayanan ke masyarakat. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan sikap masyarakat tentang pencegahan filariasis terhadap praktek minum obat filariasis.

6.2.2 Bagi Petugas Kesehatan dan TPE Filariasis

Bagi petugas kesehatan dan TPE diharapkan memberikan kesadaran kepada masyarakat agar lebih baik lagi dalam mengikuti pengobatan masal filariasis.

6.2.3 Bagi Masyarakat Kelurahan Kuripan Kertoharjo

Diharapkan masyarakat lebih peduli dan sadar akan bahaya penyakit filariasis, meminum obat filariasis dalam program POMP filariasis yang telah ditetapkan oleh dinas kesehatan.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian sejenis, namun dengan menambahkan variabel lainnya terutama yang berkaitan dengan perilaku atau praktik pencegahan penularan filariasis di Kelurahan Kuripan Kertoharjo.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, Hasan, 2005, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.
- Arikunto, Suharsimi, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Budiarto, Eko, 2001, *Biostatistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Epidemiologi Filariasis*, Direktorat Jendral PP&PL, Jakarta.
- _____, 2008, *Pedoman Pelaksana Tenaga Eliminasi (TPE) Filariasis*, Direktorat Jendral PP&PL, Jakarta.
- _____, 2008, *Pedoman Pengobatan Massal Filariasis*, Direktorat Jendral PP&PL, Jakarta.
- _____, 2009, *Mengenal Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)*, Direktorat Jendral PP&PL, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, 2012, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Pekalongan*, Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, Pekalongan.
- _____, 2013, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Pekalongan*, Dinkes Kota Pekalongan, Pekalongan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2010*, Dinas Kesehatan Provinsi Dati I Jateng, Semarang.
- _____, 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*, Dinkes Provinsi Dati I Jateng, Semarang.
- Gandahusada, Srisasi, 2000, *Parasitologi Kedokteran*, Gaya Baru, Jakarta.
- Hasmi, 2012, *Metode Penelitian Epidemiologi*, Trans Info Media, Jakarta.
- Jontari, Hutagalung, dkk, 2010, *Faktor-Faktor Risiko Kejadian Penyakit Lymphatic Filariasis di Kabupaten Agam, Propinsi Sumatera Barat Tahun 2014*. OSIR. Volume 7, Maret 2014.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2010, *Rencana Nasional Program Akselerasi Emiliasi Filariasis Di Indonesia*, Ditjen PP&PL : Jakarta.

- _____, 2010, *Buletin Jendela Epidemiologi Filariasis di Indonesia*, Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi : Jakarta.
- Lusi, Idia, 2014, *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat tentang Penyakit Filariasis dengan Tindakan Masyarakat Dalam Pencegahan Filariasis*. Skripsi, Universitas Riau.
- Murti, Bisma, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2007, *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Purwastyastuti, 2010, *Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis*. *Buletin Jendela Epidemiologi*, Volume 1, Juli 2010.
- Rustiana, Eunike R, 2005, *Psikologi Kesehatan*, Semarang: Universitas Negeri Semarang Press.
- Sastroasmoro, Sudigdo, 1995, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sidauruk, Febrina Winda Lusika, 2013, *Faktor-Faaktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat Dalam Program Eliminasi (Minum Obat) Filariasis Di Kelurahan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Tahun 2013*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang, Semarang.
- Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Alfabeta, Bandung.
- Surajiyo, 2007, *Filsafat Ilmu dan Perkembangannya di Indonesia*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Supali. Taniawati, 2010, *Keberhasilan Program Eliminasi Filariasis Di Kabupaten Alor, Nusa Tenggara Timur*. *Buletin Jendela Epidemiologi*, Volume 1, Juli 2010.
- Wahyono, Tri Yunis Miko, 2010, *Analisis Epidemiologi Deskriptif Filariasis di Indonesia : Suatu telaah dan opini terhadap gambaran endemisitas, kasus klinis dan pengobatan massal filariasis di Indonesia*. *Buletin Jendela Epidemiologi*, Volume 1, Juli 2010.

Windiastuti, Ike Ani, dkk, 2013. *Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah, Sosial Ekonomi dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian Filariasis di Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan*. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia. Volume 12, No. 1, April 2013

LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat Tugas Pembimbing



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**
Nomor: 1323/FIK/2015

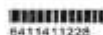
**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 10 November 2014

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:
- Nama : Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes.
NIP : 197607192008121002
Pangkat/Golongan : III/B
Jabatan Akademik : Asisten Ahli
Sebagai Pembimbing
- Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir ;
Nama : MUHAMMAD GILANG RIJALUL AHDY
NIM : 6411411228
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : Penyakit Menular
- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal



6411411228

FM-03-AKD-24/Rev. 00



Lampiran 2: Ethical Clearance



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 190/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Pencegahan Filariasis dengan Pretekan Minum Obat dalam Program Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan 2015

Nama Peneliti Utama : Muhammad Gilang Rijalul Ahdy
Nama Pembimbing : Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes.
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : Kelurahan Kuripan Kertoharjo, Kota Pekalongan
Tanggal Persetujuan : 1 Juli 2015
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 1 Juli 2015

Ketua

KEPK
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Dr. dr. Dktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 3: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk Kesbangpol



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 5772/LM 37.1.6/L5/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpolinmas Kota Pekalongan
 di Kota Pekalongan

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : MUHAMMAD GILANG RIJALUL AHDY
 NIM : 6411411228
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Promosi Kesehatan), S1
 Topik : Penyakit Menular

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 6 Juli 2015

Dekan,

[Signature]
 Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 195910191985031001

Lampiran 4: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk DKK



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 5772/UM.37.1.6/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan
 di Kota Pekalongan

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : MUHAMMAD GILANG RIJALUL AHDY
 NIM : 6411411228
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Promosi Kesehatan), S1
 Topik : Penyakit Menular

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



6 Juli 2015

H. Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 195910191985031001

Lampiran 5: Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
KANTOR RISET, TEKNOLOGI DAN INOVASI
 Jalan Mataram No. 1 Pekalongan 51111 Telp. (0285) 423984/421093 fax (0285) 424061
 Website: <http://www.ristekin.pekalongankota.go.id> email: ristekin@pekalongankota.go.id

SURAT REKOMENDASI RESEARCH / SURVEY

Nomor: 070/370/2015

- I. **DASAR :**
1. Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah Nomor: 070/265/2004 tanggal 20 Februari 2009
- II. **MEMBACA :**
1. Surat dari Dekan Universitas Negeri Semarang Nomor 5772/UN37.1.6/LT/2015 tanggal 6 Juli 2015 Perihal Ijin Penelitian
 2. Surat dari Kepala Kantor Kesbangpol Kota Pekalongan Nomor 010/333/VIII/2015 tanggal 3 Agustus 2015
- III. Yang bertandatangan di bawah ini Kepala Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan bertindak atas nama Walikota Pekalongan menyatakan **TIDAK KEBERATAN** atas pelaksanaan RESEARCH/SURVEY di wilayah Kota Pekalongan yang dilaksanakan oleh:
1. Nama : Muhammad Gilang Rijalul Ahdy
 2. Instansi : Universitas Negeri Semarang
 3. Pekerjaan : Mahasiswa
 4. Alamat : Kuripan Lor Gang 16 Nomor 5 Rt. 03 Rw. 05 Pekalongan Selatan
 5. Penanggung Jawab : Dr. Harry Pramono, M.Si
 6. Maksud dan Tujuan : Pengambilan Data Penelitian untuk Penyusunan Skripsi/Tugas Akhir dengan Topik Penyakit Menular
 7. Lokasi : Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan
 8. Lamanya : 11-08-2015 s.d. 11-11-2015 ✓
- Dengan ketentuan sebagai berikut :**
- a. Pelaksanaan research/survey tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintah;
 - b. Sebelum research/survey, supaya lapor dahulu kepada pengawas wilayah/camat setempat;
 - c. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini telah habis sedang pelaksanaannya belum selesai, maka perpanjangan waktu harus dilakukan kembali kepada Kepala Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan;
 - d. Setelah research/survey selesai, harus menyerahkan hasilnya kepada Kepala kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan.
- IV. Surat Rekomendasi ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila pemegang surat ini tidak menaati ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di : Pekalongan
 Pada Tanggal : 11-08-2015

a.n. KEPALA KANTOR RISET, TEKNOLOGI DAN INOVASI
 KOTA PEKALONGAN
 Kasubag. Tata Usaha



TEMBUSAN Dikirim Kepada YTH;

1. Walikota Pekalongan (Sebagai laporan);
2.;
3. Sdr....., tsh;
4. Arsip.

Lampiran 6: Surat Ijin Penelitian dari DKK



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
DINAS KESEHATAN

JL. JETAYU NO. 4 KOTA PEKALONGAN TELP./FAX. (0285) 421972 Kode Pos : 51141

Website : <http://www.dinkes.pekalongankota.go.id>

E-mail : dinkes@pekalongankota.go.id

Pekalongan, 13 Agustus 2015

No. : 800 / 2611

Lamp : -

Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

di

SEMARANG

Menindaklanjuti Surat Rekomendasi Research / Survey dari Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan tanggal 11 Agustus 2015 nomor 070/370/VIII/2015.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan memberikan ijin kepada :

Nama : MUHAMMAD GILANG RIJALUL AHDY

NIM : 6411411228

Untuk : Ijin penelitian dalam rangka menyusun skripsi/tugas akhir dengan topik penyakit menular.

Tanggal : 11 Agustus 2015 s/d 11 November 2015

Setelah selesai agar melapor ke Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.

Demikian untuk menjadikan periksa.

KEPALA DINAS KESEHATAN
 KOTA PEKALONGAN

dr. DWI HERI WISAWA, M.Kes.

Pembina Utama Muda

NIP. 19630727 198803 1 004

Tembusan : Kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.
2. Lurah Kuripan Kertoharjo Kota Pekalongan.
- ✓ 3. Yang bersangkutan.

4. Asesin

Lampiran 7: Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
KECAMATAN PEKALONGAN SELATAN
KELURAHAN KURIPAN KERTO HARJO
Alamat : Jl. HOS Cokroaminoto No. 420 Telp. 433827 Pekalongan 51135

SURAT KETERANGAN

Nomor : 071/316/X/2015

Yang bertandatangan di bawah ini, Lurah Kuripan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan, menerangkan bahwa :

Nama : MUHAMMAD GILANG RIJALUL AHDY

NIM : 6411411288

Fakultas : Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Telah selesai melaksanakan penelitian/Riset dalam rangka menyusun Skripsi/Tugas Akhir tentang Penyakit Menular di Kelurahan Kuripan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekalongan, 25 Oktober 2015

Kuripan Kertoharjo

A.L. S.Sos.
19590701 198203 1 013

Lampiran 8:

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG
PENCEGAHAN FILARIASIS DENGAN PRAKTEK MINUM
OBAT DALAM PROGRAM PEMBERIAN OBAT MASAL
PENCEGAHAN (POMP) FILARIASIS
KELURAHAN KURIPAN KERTO HARJO
KOTA PEKALONGAN 2015**

Nomor Responden :

Tanggal Penelitian :

I. IDENTITAS RESPONDEN

Nama Responden :

Alamat :

Umur :

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan

Pendidikan Terakhir : 1. Tidak tamat SD
2. Tamat SD
3. Tamat SMP/MTs
4. Tamat SMA/MA/SMK
5. Tamat Perguruan Tinggi

Pekerjaan :

II. PENGETAHUAN FILARIASIS

1. Apa yang saudara ketahui tentang penyakit kaki gajah (filariasis)?
 - a. Penyakit karena kutukan
 - b. Penyakit yang menyebabkan kaki lumpuh

- c. Penyakit yang menyebabkan pembengkakan di kaki, tangan, payudara, dan kemaluan
2. Apa penyebab penyakit kaki gajah (filariasis)?
 - a. Nyamuk
 - b. Cacing
 - c. Tikus
3. Penyakit kaki gajah (filariasis) ditularkan oleh?
 - a. Nyamuk
 - b. Cacing
 - c. Tikus
4. Bagaimana cara mengetahui seseorang sudah tertular cacing filarial?
 - a. Tes survey darah jari (SDJ)
 - b. Tes urin
5. Bagaimana cara pencegahan penyakit kaki gajah (filariasis) yang dapat dilakukan, *kecuali*?
 - a. Tidak bersentuhan dengan penderita
 - b. Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan
 - c. Minum obat massal pencegahan filariasis
6. Menurut saudara apakah minum obat kaki gajah (filariasis) dapat menyembuhkan penderita kaki gajah?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

7. Apa manfaat dari minum obat POMP filariasis yang diberikan petugas?
 - a. Membunuh cacing parasit filarial dan agar terhindar dari penularan filariasis
 - b. Menyehatkan tubuh
 - c. Terhindar dari gigitan nyamuk penular filariasis
8. Berapa tahun program pengobatan masal pencegahan filariasis dilakukan?
 - a. 3 tahun
 - b. 4 tahun
 - c. 5 tahun
9. Siapa sajakah yang diwajibkan mengikuti pengobatan masal filariasis?
 - a. Penderita Gizi Buruk
 - b. Usia kurang dari 60 tahun
 - c. Ibu hamil
10. Kapan pemeriksaan sidik darah jari dilakukan untuk mengetahui adanya filarial dalam darah?
 - a. Pagi hari
 - b. Siang hari
 - c. Malam hari
11. Apakah ada efek samping dari minum obat POMP filariasis?
 - a. Tidak ada efek samping
 - b. Ada, sakit kepala, demam dan muntah
 - c. Tidak tahu

12. Apa yang dilakukan kalau seseorang sudah terkena penyakit kaki gajah (filariasis)?

- a. Didiamkan saja dan akan sembuh dengan sendirinya dalam waktu singkat
- b. Pada bagian yang bengkak diolesi balsam
- c. Melaporkan ke puskesmas atau layanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan individu

III. SIKAP TENTANG FILARIASIS

PETUNJUK PENGISIAN:

1. Pilihlah salah satu jawaban yang dianggap benar dengan memberi tanda (√) pada kotak yang disediakan
2. Pilihlah jawaban S (setuju) atau TS (tidak setuju)

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		S	TS
1.	Apabila Saudara menderita penyakit kaki gajah maka akan langsung berobat ke puskesmas atau dokter.		
2.	Apabila Saudara menderita filariasis/kaki gajah. Setelah 1 bulan berobat ke dokter, tidak ada perubahan ukuran bengkak pada kaki. Maka Saudara yakin bahwa memang penyakit kaki gajah tidak bisa disembuhkan oleh dokter.		
3.	Pada acara halal bi halal kampung, warga sebaiknya menghindari bersalaman dengan penderita filariasis/kaki gajah supaya tidak tertular.		
4.	Jika salah satu keluarga Saudara menderita filariasis/kaki gajah. Keluarga yang tinggal serumah dengannya, sebaiknya selalu memakai obat nyamuk dan repellent anti-nyamuk agar tidak tertular filariasis/kaki gajah.		
5.	Apabila salah satu keluarga Saudara menderita filariasis/kaki gajah. Keluarga yang tinggal serumah dengannya selalu memisahkan alat makan dan pakaian yang dipakai Fila agar tidak tertular filariasis/kaki gajah.		
6.	Jika Saudara sudah minum obat POMP filariasis tahun lalu, maka tahun ini tidak perlu minum obat tersebut lagi.		
7.	Setelah minum obat yang diberikan oleh petugas pengobatan masal dan timbul efek samping maka menurut Saudara tidak perlu untuk minum obat POMP filariasis lagi		
8.	Seumpama ada saudara anda yang masih hamil. Menurut Saudara, wanita hamil tidak perlu mengikuti program pemberian obat masal pencegahan (POMP) filariasis		

9.	Ketika dalam masa menyusui. Namun tetap meminum obat POMP filariasis yang diberikan petugas.		
10.	Meskipun memiliki rasa takut terhadap timbulnya efek samping obat filariasis namun keteraturan meminum obat harus tetap dilakukan		

IV. PRAKTIK MINUM OBAT POMP FILARIASIS

1.	Apakah Anda bersedia menerima kedatangan petugas POMP filariasis ketika mereka datang ke rumah Anda?	Ya
		Tidak Alasan :
2.	Apakah Anda bersedia menerima obat POMP filariasis yang diberikan oleh petugas?	Ya
		Tidak Alasan :
3.	Apakah Anda akhirnya meminum obat tersebut?	Ya
		Tidak Alasan :
4.	Apakah Anda menganjurkan kepada keluarga Anda untuk meminum obat POMP filariasis?	Ya
		Tidak Alasan :

Lampiran 9: Tabulasi Skor Uji Validitas Pengetahuan

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
R1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
R3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
R4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
R5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
R6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
R8	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
R10	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
R11	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
R12	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0
R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
R14	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
R15	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
R16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1
R17	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
R18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
R19	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0
R20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1

Lampiran 10: Tabulasi Skor Uji Validitas Sikap

No Responden	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
R1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
R2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
R3	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
R4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
R5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
R6	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
R7	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1
R8	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
R9	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1
R10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
R11	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
R12	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
R13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
R14	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0
R15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
R16	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1
R17	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
R18	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
R19	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
R20	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0

Lampiran 11: Data Hasil Penelitian

NO RESPONDEN	ALAMAT	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGETAHUAN			SIKAP			PRAKTEK POMP FILARIASIS	
						SKOR	%	KATEGORIK	SKOR	%	KATEGORIK	SKOR	KATEGORIK
R1	RT 1 RW 5	35	Laki-laki	Tamat SMA	Pegawai Swasta	7	58,3%	2	6	60%	2	2	1
R2	RT 1 RW 5	53	Laki-laki	Tamat PT	Pegawai Swasta	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R3	RT 1 RW 5	35	Perempuan	Tamat PT	Tidak Bekerja	12	100%	3	10	100%	3	4	2
R4	RT 1 RW 5	45	Laki-laki	Tamat PT	PNS	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R5	RT 1 RW 5	34	Laki-laki	Tamat SMA	Pegawai Swasta	12	100%	3	8	80%	2	4	2
R6	RT 1 RW 5	21	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	9	75%	2	7	70%	2	4	2
R7	RT 1 RW 5	42	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	10	83,3%	3	9	90%	3	4	2
R8	RT 1 RW 5	27	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	7	58,3%	2	6	60%	2	3	1
R9	RT 2 RW 5	43	Perempuan	Tamat SMA	Pegawai Swasta	11	91,7	3	9	90%	3	4	2
R10	RT 2 RW 5	30	Laki-laki	Tamat SMA	Wirausaha	12	100%	3	10	100%	3	4	2
R11	RT 2 RW 5	24	Laki-laki	Tamat SMA	Wirausaha	11	91,7%	3	7	70%	2	4	2
R12	RT 1 RW 6	28	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	9	75%	2	6	60%	2	4	2
R13	RT 1 RW 6	52	Laki-laki	Tamat PT	PNS	9	75%	2	9	90%	3	4	2
R14	RT 1 RW 6	27	Laki-laki	Tamat PT	Pegawai Swasta	12	100%	3	8	80%	2	4	2
R15	RT 1 RW 6	18	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	8	66,7%	2	7	70%	2	4	2
R16	RT 1 RW 6	44	Perempuan	Tamat PT	PNS	10	83,3%	3	7	70%	2	4	2
R17	RT 1 RW 6	28	Perempuan	Tamat PT	PNS	10	83,3%	3	10	100%	3	4	2
R18	RT 2 RW 6	39	Perempuan	Tamat SMA	Buruh	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R19	RT 2 RW 6	43	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	12	100%	3	10	100%	3	4	2
R20	RT 2 RW 6	34	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	7	58,3%	2	10	100%	3	4	2
R21	RT 2 RW 6	23	Perempuan	Tamat PT	Wirausaha	11	91,7%	3	10	100%	3	4	2
R22	RT 2 RW 6	18	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R23	RT 2 RW 6	40	Perempuan	Tamat SMA	PNS	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R24	RT 1 RW 7	33	Laki-laki	Tamat PT	Pegawai Swasta	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R25	RT 1 RW 7	20	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	9	75%	3	7	70%	2	4	2
R26	RT 1 RW 7	35	Perempuan	Tamat SMA	PNS	11	91,7%	3	8	80%	2	4	2
R27	RT 1 RW 7	37	Laki-laki	Tamat PT	PNS	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2

R28	RT 2 RW 7	49	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R29	RT 2 RW 7	34	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R30	RT 2 RW 7	26	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R31	RT 2 RW 7	23	Laki-laki	Tamat SMA	Buruh	12	100%	3	8	80%	2	4	2
R32	RT 2 RW 7	20	Laki-laki	Tamat SMA	Pegawai Swasta	11	91,7%	3	8	80%	2	4	2
R33	RT 2 RW 7	29	Laki-laki	Tamat PT	Wirausaha	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R34	RT 2 RW 7	45	Laki-laki	Tamat SMA	Wirausaha	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R35	RT 2 RW 7	51	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	10	83,3%	3	7	70%	2	4	2
R36	RT 1 RW 8	25	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	11	91,7%	3	8	80%	2	4	2
R37	RT 1 RW 8	19	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	7	58,3%	2	6	60%	2	4	2
R38	RT 1 RW 8	32	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R39	RT 2 RW 8	25	Perempuan	Tamat SMA	Buruh	10	83,3%	3	7	70%	2	2	1
R40	RT 2 RW 8	51	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	7	75%	2	9	90%	3	4	2
R41	RT 2 RW 8	47	Laki-laki	Tamat SMA	Pegawai Swasta	12	100%	3	7	70%	2	4	2
R42	RT 2 RW 8	47	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R43	RT 2 RW 8	28	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R44	RT 1 RW 9	25	Laki-laki	Tamat PT	Pegawai Swasta	12	100%	3	8	80%	2	3	1
R45	RT 1 RW 9	32	Laki-laki	Tamat SMA	Wirausaha	7	58,3%	2	7	70%	2	2	1
R46	RT 1 RW 9	24	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	8	66,7%	2	6	60%	2	2	1
R47	RT 1 RW 9	38	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	12	100%	3	9	90%	3	4	2
R48	RT 1 RW 9	20	Laki-laki	Tamat SMA	Buruh	9	75%	2	6	60%	2	2	1
R49	RT 1 RW 9	21	Perempuan	Tamat SMA	PNS	9	75%	2	7	70%	2	3	1
R50	RT 1 RW 9	27	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R51	RT 1 RW 9	31	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	10	83,3%	3	7	70%	2	2	1
R52	RT 1 RW 9	26	Perempuan	Tamat PT	PNS	10	83,3%	3	9	90%	3	4	2
R53	RT 1 RW 9	41	Laki-laki	Tamat SMA	Wirausaha	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R54	RT 1 RW 9	25	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	10	83,3%	3	9	90%	3	3	1
R55	RT 1 RW 9	19	Laki-laki	Tamat SMA	Buruh	7	75%	2	9	90%	3	2	1
R56	RT 2 RW 9	48	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	7	75%	2	8	80%	2	4	2
R57	RT 2 RW 9	30	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R58	RT 1 RW 10	32	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	11	91,7%	3	8	80%	2	4	2
R59	RT 1 RW 10	50	Laki-laki	Tamat SMA	Pegawai Swasta	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R60	RT 1 RW 10	44	Laki-laki	Tamat SMA	PNS	10	83,3%	3	7	70%	2	4	2

R61	RT 1 RW 10	34	Perempuan	Tamat SMA	Wirausaha	7	58,3%	2	8	80%	2	4	2
R62	RT 1 RW 10	26	Perempuan	Tamat PT	PNS	9	75%	2	9	90%	3	4	2
R63	RT 1 RW 10	49	Perempuan	Tamat PT	PNS	9	75%	2	9	90%	3	4	2
R64	RT 1 RW 10	33	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	8	66,7%	2	7	70%	2	3	1
R65	RT 1 RW 10	39	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	12	100%	3	9	90%	3	3	1
R66	RT1 RW 10	33	Perempuan	Tamat SMA	Tidak Bekerja	10	83,3%	3	9	90%	3	3	1
R67	RT 2 RW 10	39	Perempuan	Tamat PT	PNS	10	83,3%	3	8	80%	2	4	2
R68	RT 2 RW 10	52	Laki-laki	Tamat PT	PNS	7	58,3%	2	8	80%	2	3	1
R69	RT 3 RW 10	35	Perempuan	Tamat PT	PNS	11	91,7%	3	9	90%	3	4	2
R70	RT 3 RW 10	29	Laki-laki	Tamat PT	PNS	11	91,7%	3	10	100%	3	4	2

Lampiran 12 : Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.808	.819	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	.70	.470	20
p2	.75	.444	20
p3	.70	.470	20
p4	.75	.444	20
p5	.65	.489	20
p6	.85	.366	20
p7	.50	.513	20
p8	.75	.444	20
p9	.85	.366	20
p10	.70	.470	20
p11	.75	.444	20
p12	.65	.489	20
p13	.60	.503	20
p14	.65	.489	20

Lampiran 13 : Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Sikap

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.462	.472	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
s1	.75	.444	20
s2	.70	.470	20
s3	.75	.444	20
s4	.55	.510	20
s5	.75	.444	20
s6	.55	.510	20
s7	.50	.513	20
s8	.60	.503	20
s9	.60	.503	20
s10	.60	.503	20

Lampiran 14: Analisis Chi Square Pengetahuan

**ANALISIS CHI SQUARE DATA PENGETAHUAN DENGAN PRAKTEK
MINUM OBAT POMP FILARIASIS**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Praktek_POMP_Filariasis	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%

Pengetahuan * Praktek_POMP_Filariasis Crosstabulation

			Praktek_POMP_Filariasis		Total
			Kurang	Baik	
Pengetahuan	Cukup	Count	9	11	20
		Expected Count	4.3	15.7	20.0
	Baik	Count	6	44	50
		Expected Count	10.7	39.3	50.0
Total		Count	15	55	70
		Expected Count	15.0	55.0	70.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.240 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.384	1	.007		
Likelihood Ratio	8.523	1	.004		
Fisher's Exact Test				.007	.004
Linear-by-Linear Association	9.108	1	.003		
N of Valid Cases ^b	70				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Cukup / Baik)	6.000	1.760	20.450
For cohort Praktek_POMP_Filariasis = Kurang	3.750	1.535	9.163
For cohort Praktek_POMP_Filariasis = Baik	.625	.415	.941
N of Valid Cases	70		

Lampiran 15: Analisis Chi Square Sikap

**ANALISIS CHI SQUARE DATA SIKAP DENGAN PRAKTEK MINUM
OBAT POMP FILARIASIS**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Praktek_POMP_Filariasis	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%

Sikap * Praktek_POMP_Filariasis Crosstabulation

			Praktek_POMP_Filariasis		Total
			Kurang	Baik	
Sikap Cukup	Count	11	26	37	
	Expected Count	7.9	29.1	37.0	
Baik	Count	4	29	33	
	Expected Count	7.1	25.9	33.0	
Total	Count	15	55	70	
	Expected Count	15.0	55.0	70.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.212 ^a	1	.073		
Continuity Correction ^b	2.252	1	.133		
Likelihood Ratio	3.332	1	.068		
Fisher's Exact Test				.088	.065
Linear-by-Linear Association	3.166	1	.075		
N of Valid Cases ^b	70				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Cukup / Baik)	3.067	.869	10.823
For cohort Praktek_POMP_Filaria sis = Kurang	2.453	.864	6.965
For cohort Praktek_POMP_Filaria sis = Baik	.800	.626	1.022
N of Valid Cases	70		

Lampiran 16: Dokumentasi

DOKUMENTASI



Gambar 1 : Wawancara dengan responden



Gambar 2 : Wawancara dengan responden