



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PRAKTIK PERAWATAN DIRI PADA PENDERITA
FILARIASIS DENGAN LIMFEDEMA
DI KABUPATEN PEKALONGAN
TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Oleh

Nabila Afiyati
NIM. 6411411253

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

ABSTRAK

Nabila Afiyati

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis dengan Limfedema Di Kabupaten Pekalongan Tahun 2015

Filariasis masih menjadi masalah di Jawa Tengah khususnya di Kabupaten Pekalongan dengan jumlah penderita filariasis dengan limfedema sebanyak 52 orang di tahun 2014. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis* (GPELF) dengan tujuan untuk memberikan perawatan morbiditas penderita filariasis. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema.

Jenis penelitian ini adalah bersifat *explanatory research* dengan pendekatan *cross sectional* dan kajian kualitatif. Pada penelitian ini digunakan *total sampling*. Jumlah sampelnya adalah 48 penderita filariasis. Penelitian ini melalui wawancara mendalam dan observasi pada responden.

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa faktor yang berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan yaitu umur ($p=0,037$), tingkat pendidikan ($p=0,005$), pengetahuan ($p=0,012$), sikap ($p=0,014$), ketersediaan sarana perawatan diri ($p=0,001$), peran keluarga ($p=0,001$), dan peran petugas ($p=0,001$). Saran yang diberikan kepada penderita filariasis hendaknya bisa melakukan semua komponen perawatan diri dengan baik yang bertujuan untuk perbaikan kualitas hidup, mencegah terjadinya serangan akut serta infeksi sekunder.

Kata Kunci : Filariasis, Limfedema, Praktik Perawatan Diri.

Kepustakaan : 47 (2002 – 2014)

ABSTRACT

Nabila Afiyati

Factors Related with Self-Care Practice in Patients with Lymphoedema Filariasis In Pekalongan 2015

Filariasis is still being a problem in Central Java, especially in Pekalongan. In 2014, there were 52 patients with lymphoedema filariasis. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) to provide care for people who suffer morbidity filariasis disability. The purpose of this study was to find out the factors related with the practice of self-care in patients with lymphoedema filariasis.

This was an explanatory research using cross sectional approach and qualitative studies. Sample is taken using total sampling which finds 48 people with lymphoedema filariasis. This research through in-depth interviews and observations of the respondent.

The results of this study found that factors that related with practice of self-care in patients with lymphoedema filariasis in Pekalongan was age ($p=0,037$), an education level ($p = 0,005$), knowledge ($p=0,012$), attitude ($p=0,014$), availability of the self-care ($p=0,001$), family supports ($p=0,001$), and health functionary supports ($p=0,001$). Suggested to people with filariasis to do all the good self-care component that aims to improve the quality of life, preventing acute attacks as well as secondary infections.

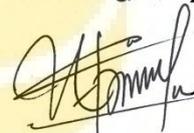
Keywords: Filariasis, Lymphoedema, Self Care.

Bibliography: 47 (2002 – 2014)

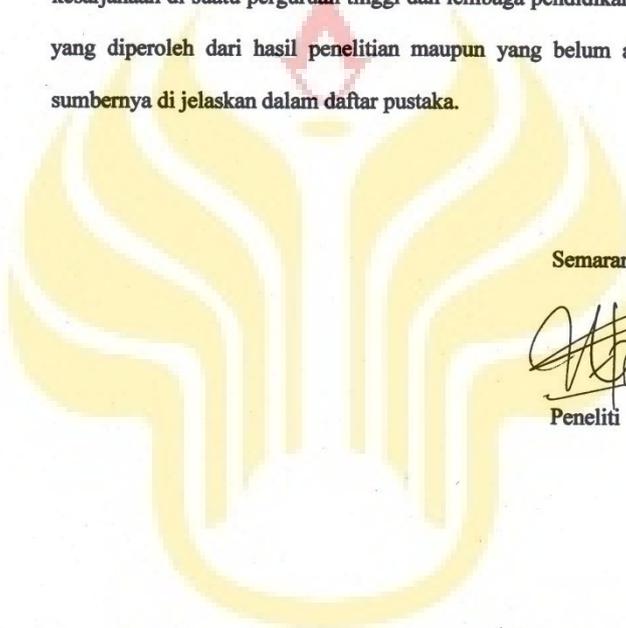
PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya di jelaskan dalam daftar pustaka.

Semarang, 21 September 2015



Peneliti



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Nabila Afiyati, NIM : 6411411253, dengan judul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis dengan Limfedema di Kabupaten Pekalongan Tahun 2015”**

Pada Hari : Senin
Tanggal : 21 September 2015



Panitia Ujian

Sekretaris

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

Rudatin Windraswara, ST, M.Sc
NIP. 198208112008121004

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji 1. Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes (Epid)
NIP. 197712272005012001

7 - 10 - 2015

Anggota Penguji 2. dr. Anulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid)
NIP. 197402022001122001

9 - 10 - 2015

Anggota Penguji 3. dr. Mahalul Azam, M.Kes
(Pembimbing) NIP. 197511192001121001

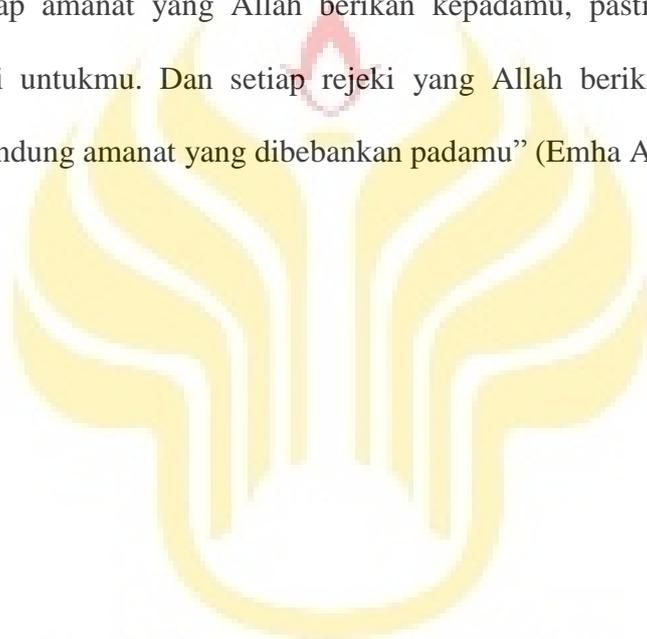
12 - 10 - 2015

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

- ❖ “Health is not everything, but everything without health is nothing” (Arthur Schopenhauer).

- ❖ “Setiap amanat yang Allah berikan kepadamu, pasti terkandung jaminan rejeki untukmu. Dan setiap rejeki yang Allah berikan untukmu, pastilah terkandung amanat yang dibebankan padamu” (Emha Ainun Nadjib).



Persembahan :

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan kepada :

- Ibu dan Ayah tercinta sebagai wujud darma bakti ananda

- Almamaterku

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan nikmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis dengan Limfedema Di Kabupaten Pekalongan Tahun 2015”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak mungkin terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas telah merelakan sebagian waktu, tenaga, dan pikirannya demi membantu penulis dalam menyusun skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih setulus hati kepada:

1. Dekan FIK Universitas Negeri Semarang, Dr. H. Harry Pramono, M.Si atas surat keputusan penetapan dosen pembimbing skripsi dan ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES, Irwan Budiono, S.KM, M.Kes atas persetujuan penelitian.
3. dr. Mahalul Azam, M.Kes selaku dosen pembimbing yang penuh kesabaran dalam membimbing, memberi arahan dan motivasi kepada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai.
4. Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes (Epid) selaku dosen penguji I, yang telah memberikan masukan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.

5. dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid) selaku dosen penguji II, yang telah memberikan masukan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M.Kes (Epid) selaku dosen wali yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis selama kuliah.
7. Bapak/Ibu dosen dan tenaga kependidikan FIK khususnya Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas segala bantuan yang diberikan.
8. Kepala BAPPEDA Kabupaten Pekalongan, atas izin penelitiannya.
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan kepada penulis dalam melakukan penelitian.
10. Kepala puskesmas di seluruh Kabupaten Pekalongan atas izin penelitiannya.
11. Ayahanda Nailal Murod dan Ibunda Noor Ainie yang dengan setulus hati memberikan motivasi, kasih sayang, semangat, doa, serta dukungan yang tiada henti kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Kakak – kakakku Nala, Neli, Fani, Adi, Nayla, Yusron, Afni, dan adikku Tata, atas doa dan semangatnya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
13. Sahabat angkatanku (Sri, Inggitha, Rara) yang telah memberikan bantuan dan motivasinya dalam melakukan penelitian ini.
14. Sahabatku Arina Mahardika dan Aulia Rizqina serta adik-adik kostku Cicik, Ajeng, dan Ais atas bantuan, doa, dukungan, dan motivasinya.
15. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2011 atas masukan dan motivasinya, sehingga skripsi dapat terselesaikan.
16. Semua pihak yang telah berkenaan membantu penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terkait pada umumnya dan pada penulis pada khususnya.

Semarang, Agustus 2015

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Abstrak	ii
<i>Abstrack</i>	iii
Pernyataan	iv
Pengesahan	v
Motto dan Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.4. Manfaat	9
1.5. Keaslian Penelitian	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	13
BAB II LANDASAN TEORI	
2.1. Landasan Teori.....	14
2.1.1. Pengertian Filariasis	14
2.1.2. Epidemiologi Filariasis	15

2.1.3. Penyebab Filariasis	15
2.1.3.1. <i>Wuchereria bancrofti</i>	15
2.1.3.2. <i>Brugia malayi</i>	16
2.1.3.3. <i>Brugia timori</i>	16
2.1.4. Rantai Penularan Filariasis	16
2.1.5. Patogenesis Filariasis	18
2.1.6. Diagnosis Filariasis	20
2.1.7. Gejala Klinis Filariasis	20
2.1.7.1. Gejala Klinis Akut	20
2.1.7.2. Gejala Klinis Kronis	21
2.1.8. Penentuan Stadium Limfedema	22
2.1.9. Pengobatan	23
2.1.9.1. <i>Diethylcarbamazine (DEC)</i>	23
2.1.9.2. <i>Albendazol</i>	24
2.1.10. Perawatan Diri	25
2.1.11. Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis	26
2.1.11.1. Persiapan Perawatan Kasus Limfedema	27
2.1.11.2. Pelaksanaan Perawatan Kasus Limfedema	28
2.1.12. Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Perawatan Diri	34
2.2.3.1. Faktor Internal	36
2.2.3.1.1. Umur	36
2.2.3.1.2. Jenis Kelamin	37
2.2.3.1.3. Jam Kerja	37

2.2.3.1.4. Tingkat Pendidikan	38
2.2.3.1.5. Tingkat Ekonomi	38
2.2.3.1.6. Pengetahuan	39
2.2.3.1.7. Sikap	40
2.1.12.2. Faktor Eksternal	41
2.2.3.2.1. Ketersediaan Sarana Perawatan Diri	41
2.2.3.2.2. Peran Keluarga	42
2.2.3.2.3. Peran Petugas Kesehatan	42
2.2. Kerangka Teori	44
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1. Kerangka Konsep	45
3.2. Variabel Penelitian	45
3.2.1. Variabel Bebas	45
3.2.2. Variabel Terikat	46
3.3. Hipotesis Penelitian	46
3.4. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	47
3.5. Jenis Rancangan Penelitian	51
3.6. Populasi dan Sampel	52
3.6.1. Populasi	52
3.6.2. Sampel Penelitian	52
3.6.3. Tehnik Sampling	52
3.7. Sumber Data Penelitian	53
3.7.1. Data Primer	53

3.7.2. Data Sekunder	53
3.8. Instrumen Penelitian	54
3.8.1. Uji Validitas	54
3.8.3. Uji Reliabilitas	55
3.8.4. Uji Keabsahan	57
3.9. Teknik Pengambilan Data	57
3.9.1. Wawancara	57
3.9.2. Dokumentasi	58
3.10. Prosedur Penelitian	58
3.10.1. Tahap Pra Penelitian	58
3.10.2. Tahap Penelitian	58
3.10.3. Tahap Pasca Penelitian	59
3.11. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	59
3.11.1. Teknik Pengolahan Data	59
3.11.1.1. Editing Data	60
3.11.1.2. <i>Coding</i> dan Skoring	60
3.11.1.3. Penyusunan Data (Tabulating)	60
3.11.1.4. <i>Processing</i>	60
3.11.2. Analisis Data	60
3.11.2.1. Analisis Univariat	61
3.11.2.2. Analisis Bivariat	61
3.11.2.3. Analisis Kualitatif	63
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	63
4.2. Hasil Penelitian	65

4.2.1. Analisis Univariat	66
4.2.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	66
4.2.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	66
4.2.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	67
4.2.1.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Ekonomi	67
4.2.1.5. Karakteristik Responden Berdasarkan Jam Kerja	68
4.2.1.6. Karakteristik Responden Berdasarkan Pengetahuan	68
4.2.1.7. Karakteristik Responden Berdasarkan Sikap	69
4.2.1.8. Karakteristik Responden Berdasarkan Ketersediaan Sarana Perawatan Diri	70
4.2.1.9. Karakteristik Responden Berdasarkan Peran Keluarga	70
4.2.1.10. Karakteristik Responden Berdasarkan Peran Petugas Kesehatan	71
4.2.1.11. Distribusi Frekuensi Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis	72
4.2.1.12. Distribusi Frekuensi Bentuk Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis	72
4.2.2. Analisis Bivariat	74
4.2.2.1. Hubungan Umur dengan Praktik Perawatan Diri	74
4.2.2.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktik Perawatan Diri	76
4.2.2.3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Praktik Perawatan Diri	76
4.2.2.4. Hubungan Tingkat Ekonomi dengan Praktik Perawatan Diri	77
4.2.2.5. Hubungan Jam Kerja dengan Praktik Perawatan Diri	78
4.2.2.6. Hubungan Pengetahuan dengan Praktik Perawatan Diri	79
4.2.2.7. Hubungan Sikap dengan Praktik Perawatan Diri	80
4.2.2.8. Hubungan Ketersediaan Sarana Perawatan Diri dengan Praktik Perawatan Diri	81

4.2.2.9. Hubungan Peran Keluarga dengan Praktik Perawatan Diri	82
4.2.2.10. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Perawatan Diri	83
4.2.3. Analisis Kualitatif	84
4.2.3.1. Gambaran Praktik Perawatan Diri Penderita Filariasis	84
4.2.3.2. Hubungan Ketersediaan Sarana Perawatan Diri dengan Praktik Perawatan Diri	86
4.2.3.3. Hubungan Peran Keluarga dengan Praktik Perawatan Diri	88
4.2.3.4. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Perawatan Diri	89
BAB V PEMBAHASAN	
5.1. Pembahasan	91
5.1.1. Hubungan Hubungan Umur dengan Praktik Perawatan Diri	91
5.1.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktik Perawatan Diri	93
5.1.3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Praktik Perawatan Diri	94
5.1.4. Hubungan Tingkat Ekonomi dengan Praktik Perawatan Diri	95
5.1.5. Hubungan Jam Kerja dengan Praktik Perawatan Diri	96
5.1.6. Hubungan Pengetahuan dengan Praktik Perawatan Diri	97
5.1.7. Hubungan Sikap dengan Praktik Perawatan Diri	99
5.1.8. Hubungan Ketersediaan Sarana Perawatan Diri dengan Praktik Perawatan Diri	101
5.1.9. Hubungan Peran Keluarga dengan Praktik Perawatan Diri	102
5.1.10. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Perawatan Diri .	103
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian	104
5.2.1. Hambatan Penelitian	104
5.2.2. Kelemahan Penelitian	105

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

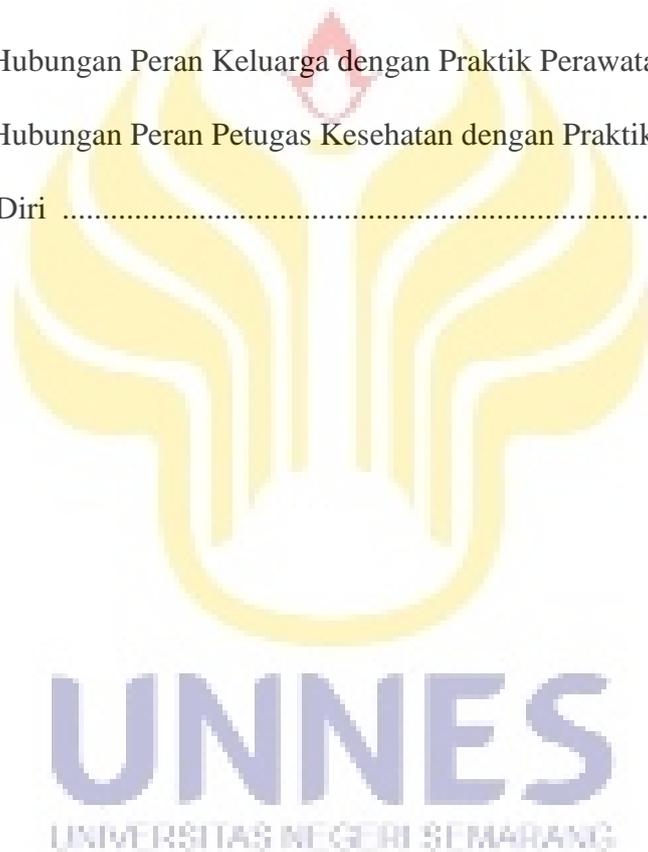
6.1. Simpulan	106
6.2. Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	109



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian	10
Tabel 2.1. Stadium Limfidema	23
Tabel 2.2. Pelaksanaan Perawatan Kasus Limfidema	32
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	47
Tabel 4.1. Daftar Puskesmas di Kabupaten Pekalongan	64
Tabel 4.2. Distribusi Umur Penderita Filariasis	66
Tabel 4.3. Distribusi Jenis Kelamin Penderita Filariasis	66
Tabel 4.4. Distribusi Tingkat Pendidikan Penderita Filariasis	67
Tabel 4.5. Distribusi Tingkat Ekonomi Penderita Filariasis	67
Tabel 4.6. Distribusi Jam Kerja Perhari Penderita Filariasis	68
Tabel 4.7. Distribusi Tingkat Pengetahuan Penderita Filariasis	69
Tabel 4.8. Distribusi Sikap Penderita Filariasis	69
Tabel 4.9. Distribusi Ketersediaan Alat Perawatan Diri Penderita Filariasis ..	70
Tabel 4.10. Distribusi Peranan Keluarga Dari Penderita Filariasis	70
Tabel 4.11. Distribusi Peranan Petugas Kesehatan Dari Penderita Filariasis ..	71
Tabel 4.12. Distribusi Praktik Perawatan Diri Penderita Filariasis	72
Tabel 4.13. Distribusi Bentuk Praktik Perawatan Diri Penderita Filariasis dengan Limfedema Kaki	73
Tabel 4.14. Distribusi Bentuk Praktik Perawatan Diri Penderita Filariasis dengan Hidrokel	74
Tabel 4.15. Distribusi Umur dengan Praktik Perawatan Diri	74
Tabel 4.16. Hubungan Umur Dengan Praktik Perawatan Diri	75
Tabel 4.17. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktik Perawatan Diri	76

Tabel 4.18. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Praktik Perawatan Diri ..	76
Tabel 4.19. Hubungan Tingkat Ekonomi dengan Praktik Perawatan Diri	77
Tabel 4.20. Hubungan Jam Kerja dengan Praktik Perawatan Diri	78
Tabel 4.21. Hubungan Pengetahuan dengan Praktik Perawatan Diri	79
Tabel 4.22. Hubungan Sikap dengan Praktik Perawatan Diri	80
Tabel 4.23. Hubungan Ketersediaan Sarana Perawatan diri dengan Praktik Perawatan Diri	81
Tabel 4.24. Hubungan Peran Keluarga dengan Praktik Perawatan Diri	82
Tabel 4.25. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Praktik Perawatan Diri	83



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Skema Rantai Penularan Filariasis	17
Gambar 2.2. Kerangka Teori	44
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	45
Gambar 4.1. Peta Kabupaten Pekalongan	64



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	113
Lampiran 2. Draf Wawancara Mendalam	122
Lampiran 3. <i>Informed Consent</i>	123
Lampiran 4. Rekapitulasi Hasil Penelitian	126
Lampiran 5. Hasil Observasi	130
Lampiran 6. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	132
Lampiran 7. Analisis Univariat	137
Lampiran 8. Analisis Bivariat	140
Lampiran 9. Surat Tugas Pembimbing	150
Lampiran 10. Permohonan Ijin Observasi	151
Lampiran 11. Rekomendasi Observasi dari BAPPEDA	152
Lampiran 12. <i>Ethical Clearence</i>	153
Lampiran 13. Surat Ijin Penelitian	154
Lampiran 14. Rekomendasi Penelitian dari BAPPEDA Kabupaten Pekalongan	155
Lampiran 15. Rekomendasi Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan	156
Lampiran 16. Surat Keterangan Selesai Penelitian	157
Lampiran 17. Dokumentasi Penelitian	158

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria yang terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. Penyakit ini menginfeksi jaringan limfe (getah bening) (Widoyono, 2011: 139). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya. Penyakit filariasis bersifat menahun (kronis) dan dapat menimbulkan cacat fisik permanen berupa pembengkakan kaki, lengan, payudara, dan alat kelamin baik pada wanita maupun pria yang dapat menghambat penderita melakukan aktivitas sehari-hari (Kemenkes RI, 2014). Meskipun filariasis tidak menyebabkan kematian, tetapi merupakan salah satu penyebab timbulnya kecacatan, kemiskinan, dan masalah-masalah sosial lainnya. Hal ini disebabkan karena bila terjadi pembengkakan menetap, maka seumur hidupnya penderita tidak bisa bekerja secara optimal, sehingga dapat menjadi beban bagi keluarganya (Ditjen P2 Filariasis Kab. Pekalongan, 2014).

Data WHO menunjukkan bahwa di dunia terdapat 1,3 miliar penduduk yang berada di 83 negara berisiko tertular filariasis, dan lebih dari 60% negara-negara tersebut berada di Asia Tenggara. Diperkirakan 120 juta orang diantaranya terinfeksi mikrofilaria dengan 43 juta orang sudah menunjukkan gejala klinis berupa pembengkakan anggota tubuh (limfedema) pada kaki, lengan, payudara,

alat kelamin, atau anggota tubuh lainnya. Penyakit ini tersebar luas terutama di daerah pedesaan dan dapat menyerang semua golongan umur (Kemenkes RI, 2013).

Filariasis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Pada tahun 2010 jumlah penderita filariasis sebanyak 11.969, tahun 2011 sebanyak 12.065, tahun 2012 sebanyak 11.902, dan pada tahun 2013 sebanyak 12.714 kasus filariasis. Sebanyak 356 kabupaten/kota dinyatakan endemis filariasis dan penentuan status endemisitas kabupaten/kota tersebut berdasarkan hasil Survei Darah Jari (SDJ) dengan angka mikrofilaria (mf rate) $>1\%$. Sebanyak 316 dari 471 kabupaten/kota telah terpetakan secara epidemiologis endemis filariasis (Depkes RI, 2010).

Salah satu provinsi di Indonesia yang angka kejadian filariasisnya meningkat setiap tahun yaitu Provinsi Jawa Tengah. Tercatat di tahun 2010 sebanyak 451 kasus, tahun 2011 sebanyak 537 kasus, tahun 2012 sebanyak 565 kasus, dan tahun 2013 sebanyak 572 kasus filariasis yang tersebar di 22 kabupaten/kota (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2013).

Berdasarkan data Dinkes Provinsi Jawa Tengah, Kabupaten Pekalongan merupakan tempat endemis filariasis. Tercatat jumlah kasus penderita filariasis dengan limfedema (pembengkakan) mengalami peningkatan dengan ditemukannya kasus baru dengan gejala klinis berupa pembengkakan pada bagian tubuh. Tercatat pada tahun 2011 sebanyak 58 kasus, tahun 2012 sebanyak 60 kasus filariasis, tahun 2013 sebanyak 63 kasus, dan tahun 2014 sebanyak 52 kasus

penderita filariasis dengan limfedema (Ditjen P2 Filariasis Kab. Pekalongan, 2014).

WHO mencanangkan *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis* (GPELF) dengan salah satu tujuannya adalah untuk memberikan perawatan morbiditas bagi orang yang menderita kecacatan akibat filariasis berupa pembengkakan pada bagian tubuh dan mengurangi timbulnya manifestasi klinis. Dalam mengelola morbiditas penyakit filariasis, yaitu dengan memberikan akses perawatan dasar. Tujuan strategis dari pengelolaan morbiditas tersebut adalah (1) untuk meringankan penderitaan orang dengan penyakit limfatik filariasis, (2) untuk mempromosikan perbaikan kualitas hidup orang dengan limfatik filariasis, (3) untuk mencegah terjadinya serangan akut (WHO, 2013).

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan bulan Februari 2015 pada 5 penderita filariasis di wilayah kerja Puskesmas Wiradesa dan Tirto, diketahui 4 diantaranya mengalami pembengkakan pada kaki serta 1 lainnya dengan hidrokel. Berdasarkan hasil wawancara diketahui 3 diantara 5 penderita filariasis hanya melakukan pencucian pada bagian yang tubuh bengkak pada saat mandi, sedangkan 2 lainnya rutin melakukan pencucian pada malam hari sebelum tidur. Pada 4 penderita filariasis dengan kaki gajah menyatakan tidak pernah membalut kakinya dengan perban pelindung saat bekerja atau melakukan kegiatan lain. Selain itu, pada 4 penderita filariasis dengan kaki gajah, diketahui 2 penderita dengan luka pada kakinya tidak melakukan pengobatan pada luka tersebut.

Manajemen morbiditas melalui perawatan diri secara baik dapat mencegah terjadinya serangan akut. Serangan akut ditandai dengan demam, nyeri sepanjang

pembuluh getah bening, rasa sakit dan panas pada organ tubuh yang bengkak, ruam merah dan muncul garis linier, serta pembesaran atau peningkatan volume pada bagian tubuh yang bengkak. Adanya edema jaringan dapat meningkatkan kerentanan kulit terhadap infeksi jamur yang masuk melalui luka-luka kecil ataupun besar yang dapat menimbulkan serangan akut. Serangan akut yang dapat terjadi berulang kali oleh bakteri atau jamur dapat mengakibatkan penebalan atau pengerasan kulit, hiperpigmentasi, hiperkeratosis, dan peningkatan pembentukan jaringan ikat, sehingga terjadi peningkatan stadium limfedema pada penderita filariasis (WHO, 2013).

Menurut Orem, perawatan diri (*self care*) adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraannya (Effendy, 2010: 230). Perawatan diri penderita filariasis merupakan suatu kemampuan dasar dalam menjaga fungsi tubuh yang meliputi beberapa komponen perawatan limfedema, yaitu *hygiene personal* dengan pencucian bagian yang tubuh bengkak, pengobatan luka atau lesi, elevasi atau meninggikan tungkai dan lengan, latihan/*exercise* tubuh yang bengkak, pengompresan bagian tubuh yang bengkak, penggunaan perban/pelindung kaki, serta penggunaan alas kaki yang cocok (Kemenkes, 2005).

Upaya yang sudah dilakukan semua puskesmas di Kabupaten Pekalongan untuk mengelola morbiditas pada penderita filariasis dengan limfedema adalah dengan memberikan penyuluhan dan pelatihan tentang praktik perawatan diri baik pada penderita maupun pada keluarganya. Hanya pada tiga puskesmas, yaitu

Puskesmas Wiradesa, Tirto, dan Buaran yang masih menjalankan kegiatan kunjungan ke rumah pada penderita filariasis dengan limfedema.

Menurut Lawrence Green, dalam mengaplikasikan suatu perilaku kesehatan termasuk praktik perawatan diri ada 3 faktor yang mempengaruhi manusia untuk melakukan hal tersebut, yaitu (1) faktor predisposisi yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, jam kerja, pengetahuan, dan sikap (2) faktor pemungkin yaitu tersedianya sarana dan prasarana, (3) faktor pendukung yang meliputi peranan dari keluarga serta peran petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2012: 18).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Febriana W. L. Sidauruk tentang faktor yang mempengaruhi masyarakat dalam program eliminasi filariasis, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan terhadap praktik eliminasi filariasis yaitu umur ($p=0,001$), pengetahuan ($p=0,021$), sikap ($p=0,018$), dukungan petugas kesehatan ($p=0,02$), dukungan kepala keluarga ($p=0,02$), dukungan tokoh masyarakat ($p=0,001$), dan yang tidak berhubungan adalah jenis kelamin ($p=0,28$), tingkat pendidikan ($p=0,169$), riwayat filaria ($p=0,281$).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengangkat judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis dengan Limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015”.

1.2. Rumusan Masalah

1.2.1. Umum

Rumusan masalah secara umum dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan Tahun 2015?

1.3.1. Khusus

Rumusan masalah secara khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah faktor umur berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
2. Apakah faktor jenis kelamin berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
3. Apakah faktor tingkat pendidikan berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
4. Apakah faktor tingkat ekonomi berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
5. Apakah faktor jam kerja berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?

6. Apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
7. Apakah faktor sikap berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
8. Apakah faktor ketersediaan sarana perawatan diri berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
9. Apakah faktor peran keluarga berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?
10. Apakah faktor peran petugas kesehatan berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015?



1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui apakah faktor umur berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
2. Untuk mengetahui apakah faktor jenis kelamin berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
3. Untuk mengetahui apakah faktor tingkat pendidikan berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
4. Untuk mengetahui apakah faktor tingkat ekonomi berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
5. Untuk mengetahui apakah faktor jam kerja berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
6. Untuk mengetahui apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
7. Untuk mengetahui apakah faktor sikap berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.

8. Untuk mengetahui apakah faktor ketersediaan sarana perawatan diri berhubungan dengan praktik perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
9. Untuk mengetahui apakah faktor peran keluarga berhubungan dengan perilaku perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.
10. Untuk mengetahui apakah faktor peran petugas kesehatan berhubungan dengan perilaku perawatan diri penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015.

1.4. Manfaat Hasil Penelitian

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah :

1.4.1. Bagi Dinas Kesehatan

Untuk dapat menyusun kebijakan bagi pengobatan serta pengelolaan morbiditas filariasis khususnya pada peningkatan praktik perawatan diri penderita filariasis sebagai upaya mencegah terjadinya peningkatan stadium limfedema, infeksi sekunder dan serangan akut, serta meningkatkan kualitas hidup bagi penderita filariasis.

1.4.2. Bagi Penulis

Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dan

dapat dijadikan sebagai wahana dalam mengaplikasikan bidang ilmu yang telah dipelajari melalui suatu kegiatan penelitian ilmiah

1.4.3. Bagi Masyarakat dan Penderita Filariasis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat dan keluarga penderita filariasis untuk bisa berperan serta membantu penderita filariasis melakukan perawatan diri secara baik dan benar. Bagi penderita filariasis, hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran untuk memaksimalkan kemampuan secara mandiri dalam melakukan perawatan diri sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan penderita.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat	Rancangan	Variabel	Hasil
1.	Studi fenomenologi makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung, 2010.	Nadira-wati.	2010, di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung.	Kualitatif, desain fenomenologi deskriptif.	<ul style="list-style-type: none"> - Respon psikologis. - Respon fisik. - Dukungan program eliminasi filariasis. - Aktivitas sehari-hari. - Dampak yang dialami setelah menderita sakit. - Perilaku pencarian pelayanan kesehatan. - Hambatan terhadap upaya pencarian 	Pengalaman klien dewasa dalam menjalani perawatan filariasis di masyarakat sangat unik dan beraneka ragam, dimana respon klien saat pertama kali didiagnosis filariasis teridentifikasi ada respon psikologis, respon fisik, terjadinya perubahan pola hidup sehari-hari selama mengalami

				<p>pelayana kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan terhadap penderita. - Keinginan klien filarisis. 	<p>penyakit filariasis, dampak psikologis, sosial, dan ekonomi, sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis yang berasal dari petugas kesehatan, masyarakat, dan keluarga.</p>
2.	<p>Faktor-faktor yang mempengaruhi masyarakat dalam program eliminasi filariasis di Kelurahan Kertoharjo Kec.Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Tahun 2013.</p>	<p>Febriana Winda Lusika Sidauruk.</p>	<p>2013, di Kelurahan Kertoharjo Kec.Pekalongan Selatan.</p>	<p>Survei analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel bebas : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, riwayat filariasis, pengetahuan, sikap, dukungan petugas kesehatan, dukungan kepala keluarga dan tokoh masyarakat. - Variabel terikat: partisipasi masyarakat dalam program eliminasi filariasis. 	<p>Dari hasil penelitian disebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam program eliminasi filariasis yaitu umur ($p= 0,001$), pengetahuan ($p= 0,021$), sikap ($p=0,018$), dukungan petugas kesehatan ($p= 0,02$), dukungan kepala keluarga ($p= 0,02$), dan dukungan tokoh masyarakat ($p= 0,001$). Faktor yang tidak berhubungan adalah : jenis kelamin ($p=0,28$), tingkat pendidikan ($p=0,169$), dan riwayat filaria ($p=0,281$).</p>
3.	<p>Peran kepala desa dan petugas kesehatan terhadap eliminasi filariasis</p>	<p>Nungki Hapsari dan Santoso.</p>	<p>2013, di Kecamatan Madang Kabupaten Oku Timur.</p>	<p>Penelitian kualitatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peran kepala desa dan keluarga. - Dukungan program eliminasi 	<p>Didapatkan hasil bahwa pengetahuan kepala desa masih rendah, kurangnya peran petugas kesehatan, serta kurangnya akses</p>

	limfatik di Kecamatan Madang Suku III Kabupaten Oku Timur.			filariasis.	pelayanan kesehatan, sehingga tidak dapat berperan aktif dalam tindakan eliminasi filariasis.
4.	Faktor yang berhubungan dengan perawatan diri pada penderita kusta di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar	Siti Fatimah Saogi, dkk.	Di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.	<i>Cross sectional.</i>	- Variabel bebas: pendapatan, pengetahuan, peran petugas kesehatan dan peran keluarga. - Variabel terikat: perawatan diri kusta.
					Hasil penelitian diperoleh hasil variabel yang berhubungan dengan perawatan diri yaitu peran petugas kesehatan ($p=0,032$). Variabel yang tidak berhubungan yaitu pendapatan ($p=0,739$), pengetahuan ($p=0,086$), dan peran keluarga ($p=0,061$).

Beberapa hal yang membedakan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah:

1. Penelitian ini mengambil variabel bebas berupa tingkat ekonomi, jam kerja, dan ketersediaan sarana perawatan diri, sedangkan variabel terikat yang diambil adalah praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema.
2. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Pekalongan tahun 2015 dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* dan dilengkapi kajian kualitatif dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) pada pihak penderita dan keluarganya, serta petugas kesehatan setempat .

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

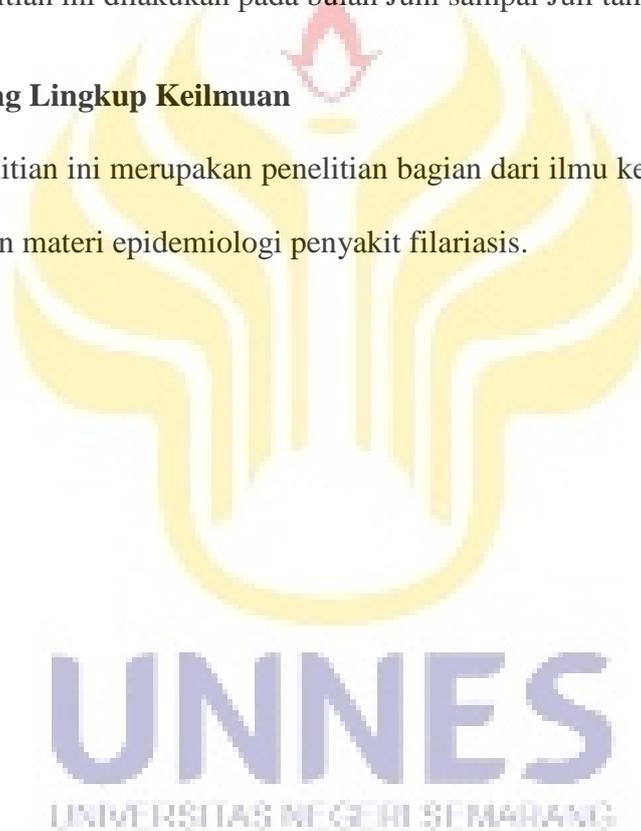
Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Pekalongan dimana daerah-daerah tersebut terdapat penderita filariasis dengan limfedema.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni sampai Juli tahun 2015.

1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian bagian dari ilmu kesehatan masyarakat dengan kajian materi epidemiologi penyakit filariasis.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Pengertian Filariasis

Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. Mikrofilaria ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk dari beberapa golongan genus yaitu *Mansonia*, *Aedes*, *Anopheles*, *Culex*, dan *Armigeres*. Mikrofilaria menginfeksi saluran getah bening (jaringan limfatik) dan dapat menyebabkan kecacatan. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe. Penyakit ini bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan yang tepat dapat merusak sistem limfe dan menimbulkan cacat permanen berupa pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan, dan organ genital baik pada laki-laki maupun perempuan (Kemenkes RI, 2014).

Filariasis atau penyakit kaki gajah mudah menular, kriteria penularan penyakit ini adalah jika ditemukan *microfilaria rate* > 1% pada sampel darah penduduk di sekitar kasus filariasis. Berdasarkan ketentuan WHO, jika ditemukan *microfilaria rate* > 1% pada suatu wilayah, maka daerah tersebut dinyatakan endemis dan harus segera diberikan pengobatan masal (Ditjen P2 Filariasis, 2014)

2.1.2. Epidemiologi Filariasis

Filariasis dapat menyerang orang tanpa melihat golongan umur maupun gender dan menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Daerah endemis filariasis umumnya adalah daerah dataran rendah terutama di pedesaan, pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa, dan hutan. Secara umum filariasis *bancrofti* tersebar di Sumatera, Jawa, Kalimantan, Nusa Tenggara, Sulawesi, Maluku, dan Papua. *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan masih banyak ditemukan di Papua dan Nusa Tenggara Timur, sedangkan *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan banyak ditemukan di kota seperti Jakarta, Bekasi, Tangerang, Semarang, Pekalongan, dan Lebak. Jenis *Brugia malayi* tersebar di Kalimantan, Sumatera, Sulawesi, dan beberapa pulau di Maluku. *Brugia timori* terdapat di Kepulauan Flores, Alor, Rote, Timor, Sumba, dan umumnya endemik di daerah persawahan (Kemenkes RI, 2014)

2.1.3. Penyebab Filariasis

Filariasis di Indonesia disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. Cacing filaria ini termasuk famili *firidae*, yang bentuknya langsing dan ditemukan di dalam sistem peredaran limfe, otot, jaringan ikat, atau rongga serosa pada vertebrata (Widoyono, 2011: 140).

2.1.3.1. *Wuchereria bancrofti*

Parasit ini tersebar luas di daerah yang beriklim tropis di seluruh dunia. Pada umumnya mikrofilaria *W. bancrofti* bersifat perioditas nokturna, artinya

mikrofilaria hanya terdapat di dalam darah pada malam hari, pada siang hari mikrofilaria terdapat di kapiler alat dalam (paru, jantung, ginjal, dan sebagainya) (Depkes RI, 2010).

2.1.3.2. *Brugia malayi*

Brugia malayi bisa hidup dalam tubuh manusia maupun hewan (kucing, kerbau, dll). *Brugia malayi* ditemukan tersebar di berbagai wilayah di Indonesia, umumnya di daerah pantai dan dataran rendah. Mikrofilaria *B. malayi* mempunyai periodisitas nokturna dan nonperiodik. *B. malayi* dapat dibagi dalam dua varian, yaitu yang hidup pada manusia ditularkan *Anopheles barbirostris* dan yang hidup pada manusia dan hewan ditularkan oleh nyamuk *Mansonia sp.* Masa pertumbuhan parasit ini dalam tubuh nyamuk sekitar 10 hari, dan dalam tubuh manusia kurang lebih 3 bulan (Depkes RI, 2010).

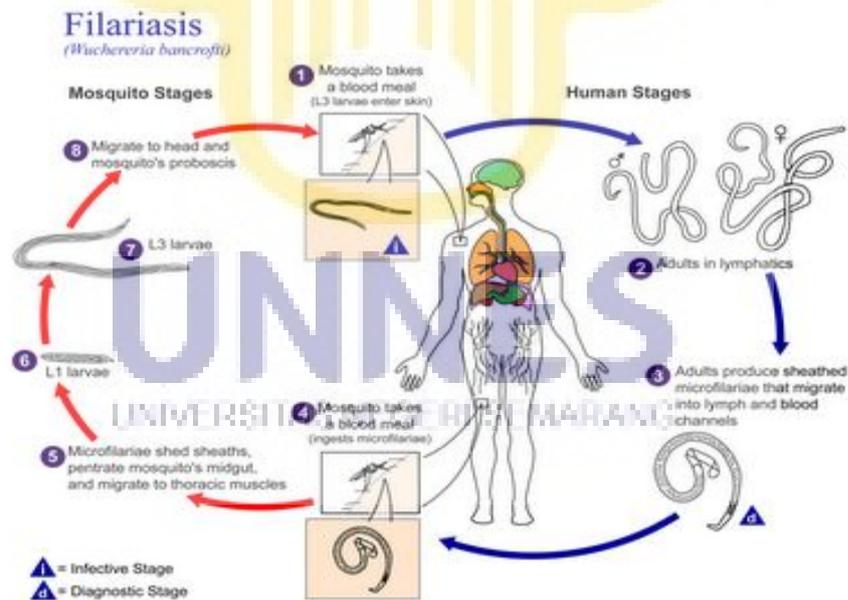
2.1.3.3. *Brugia timori*

Brugia timori hanya terdapat pada manusia. Mikrofilaria *Brugia timori* mempunyai sifat *periodik nokturna*. Daur hidup parasit ini cukup panjang, tetapi lebih pendek daripada *Wuchereria bancrofti*. Nyamuk penularannya adalah *Anopheles barbirostris* yang ditemukan di daerah persawahan di Nusa Tenggara Timur dan Maluku Utara. *Brugia timori* umumnya endemik di daerah persawahan (Depkes RI, 2010).

2.1.4. Rantai Penularan Filariasis

Penularan filariasis dapat terjadi bila ada tiga unsur, yaitu adanya sumber penularan (manusia atau hospes reservoir yang mengandung mikrofilaria dalam

darahnya), vektor, dan agen. Seseorang dapat tertular filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk infeksi, yaitu nyamuk yang mengandung larva infeksi (larva stadium 3 – L3). Pada saat nyamuk infeksi menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar dari probosis. Pada saat nyamuk menarik probosisnya, larva L3 akan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju ke sistem limfe. Larva L3 *Brugia malayi* dan *Brugia timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu \pm 3,5 bulan, sedangkan *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu \pm 9 bulan. Kepadatan vektor, suhu, dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis. Periodisitas mikrofilaria dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap risiko penularan (Ditjen P2 Filariasis Kab.Pekalongan, 2014).



Gambar 2.1. Skema Rantai Penularan Filariasis

Sumber : WHO, 2013

2.1.5. Patogenesis Filariasis

Perkembangan klinis filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringnya mendapat gigitan nyamuk, banyaknya larva infeksi yang masuk ke dalam tubuh, dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur dapat dengan cepat menimbulkan gejala klinis. Secara umum, perkembangan klinis filariasis dapat dibagi menjadi fase dini dan fase lanjut. Pada fase dini timbul gejala klinis akut karena infeksi cacing dewasa bersama-sama dengan infeksi oleh bakteri dan jamur. Pada fase lanjut terjadi kerusakan saluran limfe kecil yang terdapat di kulit dilanjutkan dengan pelebaran (dilatasi) saluran limfe dan penyumbatan (obstruksi), sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik yang sering disebut kasus kronis yang akan menimbulkan masalah, diantaranya :

1. 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.
2. 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 serangan akut (*acute attack*).

3. Kelenjar limfe tidak dapat menyaring bakteri yang masuk dalam kulit, sehingga bakteri mudah berkembang biak yang dapat menimbulkan serangan akut (*acute attack*).
4. Infeksi bakteri berulang menyebabkan serangan akut berulang (*recurrent acute attack*), sehingga menimbulkan berbagai gejala klinis sebagai berikut:
 - a) Gejala serangan lokal, berupa serangan oleh cacing dewasa bersama-sama dengan bakteri, yaitu :
 - 1) Limfangitis, serangan di saluran limfe.
 - 2) Limfadenitis, serangan di kelenjar limfe.
 - 3) Adeno limfangitis, serangan saluran, dan kelenjar limfe.
 - 4) Abses.
 - 5) Serangan oleh spesies *W. bancrofti* di daerah genital (alat kelamin) dapat menimbulkan epididimitis, funikulitis, dan orkitis.
 - b) Gejala serangan umum, berupa demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah, dan lain-lainnya.
5. 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*) (Ditjen P2 Filariasis, 2014).

2.1.6. Diagnosis Filariasis

Diagnosis parasitologi dengan deteksi parasit, yaitu menemukan mikrofilaria di dalam darah, cairan hidrokel atau cairan kiluria. Pengambilan darah harus dilakukan pada malam hari (setelah pukul 20.00) dikarenakan periodisitas mikrofilaria umumnya nokturna. Pada pemeriksaan histopatologi, kadang-kadang potongan cacing dewasa dapat dijumpai di saluran dan kelenjar limfe dari jaringan yang dicurigai sebagai tumor. Selain itu, teknik biologi molekuler dapat digunakan untuk mendeteksi parasit melalui DNA parasit menggunakan reaksi rantai polimerase (*Polymerase Chain Reaction/ PCR*). Teknik ini mampu memperbanyak DNA, sehingga dapat digunakan untuk mendeteksi parasit pada *cryptic infection* (Widoyono, 2011: 140).

2.1.7. Gejala Klinis Filariasis

Gejala klinis filariasis terdiri dari gejala klinis akut dan kronis. Pada dasarnya gejala klinis filariasis yang disebabkan oleh infeksi *Wucheria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori* adalah sama, tetapi gejala klinis akut tampak lebih jelas dan lebih berat pada infeksi oleh *B. malayi* dan *B. timori* (Depkes RI, 2010).

2.1.7.1. Gejala Klinis Akut

Gejala klinis akut berupa adenolimfangitis yang disertai demam, sakit kepala, rasa lemah, dan dapat pula terjadi abses. Abses dapat pecah yang kemudian mengalami penyembuhan dengan menimbulkan parut, terutama di daerah lipatan paha dan ketiak. Parut lebih sering terjadi pada infeksi *B. malayi* dan

B. timori dibandingkan dengan infeksi *W. bancrofti*, demikian juga dengan timbulnya limfangitis dan limfadenitis. Sebaliknya, pada infeksi *W. bancrofti* sering terjadi serangan buah pelir, serangan epididimis, dan serangan funik ulus spermatikus (Kemenkes RI, 2005).

2.1.7.2. Gejala Klinis Kronis

a. Limfedema

Pada infeksi *W. bancrofti* terjadi pembengkakan seluruh kaki, seluruh lengan, skrotum, penis, vulva, vagina, dan payudara, sedangkan pada infeksi *Brugia* terjadi pembengkakan kaki di bawah lutut, lengan di bawah siku, dimana siku dan lutut masih normal (Depkes RI, 2010).

b. Lymph Scrotum / Hidrokel

Adalah pelebaran saluran limfe superfisial pada kulit skrotum, kadang kadang pada kulit penis, sehingga saluran limfe tersebut mudah pecah dan cairan limfe mengalir keluar dan membasahi pakaian. Ditemukan juga lepuh besar dan kecil pada kulit, hal ini mempunyai risiko tinggi terjadinya infeksi sekunder oleh bakteri dan jamur. Serangan akut berulang dapat berkembang menjadi limfedema skrotum. Ukuran skrotum dapat kadang-kadang normal dan kadang-kadang membesar (Depkes RI, 2010).

c. Kiluria

Kiluria adalah kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah di ginjal oleh cacing filaria dewasa spesies *W. bancrofti*, sehingga cairan limfe dan darah masuk ke dalam saluran kemih (Depkes RI, 2009).

Gejala yang timbul adalah:

- 1) Air kencing seperti susu, karena air kencing banyak mengandung lemak dan kadang-kadang disertai darah (*haematuria*).
- 2) Sukar kencing.
- 3) Kelelahan tubuh.
- 4) Kehilangan berat badan.

2.1.8. Penentuan Stadium Limfedema

Limfedema terbagi dalam 7 stadium, menggambarkan akan tanda hilang tidaknya bengkak, ada tidaknya lipatan kulit, ada tidaknya nodul (benjolan), *mossy foot* (gambaran seperti lumut), serta adanya hambatan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Penentuan stadium ini penting bagi petugas kesehatan untuk memberikan perawatan dan penyuluhan yang tepat kepada penderita (WHO, 2013).

Penentuan stadium limfedema mengikuti kriteria sebagai berikut :

1. Penentuan stadium limfedema terpisah antara anggota tubuh bagian kiri dan kanan, lengan, dan tungkai.
2. Penentuan stadium limfedema lengan (atas, bawah) atau tungkai (atas, bawah) dalam satu sisi, dibuat dalam satu stadium limfedema.
3. Penentuan stadium limfedema berpihak pada tanda stadium yang terberat.
4. Penentuan stadium limfedema dibuat 30 hari setelah serangan akut sembuh.
5. Penentuan stadium limfedema dibuat sebelum dan sesudah pengobatan dan penatalaksanaan kasus.

Tabel 2.1. Stadium Limfedema

No	Gejala	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 5	Stadium 6	Stadium 7
1.	Bengkak di kaki	Menghi- lang waktu bangun tidur, <i>pitting</i> edema	Menetap <i>pitting</i> edema	Menetap Non <i>pitting</i> edema	Menetap	Menetap, meluas	Menetap meluas	Menetap meluas
2.	Lipatan kulit	Tidak ada	Tidak ada	Dangkal	Dangkal	Dalam, kadang- kadang dangkal	Dalam, dangkal	Dalam, dangkal
3.	Nodul	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Kadang- kadang	Kadang- kadang	Kadang- kadang
4.	Mossy foot	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Kadang- kadang
5.	Hambatan	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya

Sumber : WHO, 2013

2.1.9. Pengobatan

2.1.9.1. Diethylcarbamazine Citrate (DEC)

DEC ditemukan tahun 1974 dan merupakan obat pilihan pertama untuk filariasis. Obat ini dipasarkan dalam bentuk garam sitrat, berbentuk kristal, tidak berwarna, rasanya tidak enak, dan mudah larut dalam air. DEC dapat menghilangkan mikrofilaria dari peredaran darah dengan cepat (Soedarto, 2008: 54). Ada dua cara kerja obat ini terhadap mikrofilaria, yaitu :

1. Menurunkan aktivitas otot, akibatnya parasit seakan-akan mengalami paralisis, dan mudah terusir dari tempatnya yang normal dalam tubuh hospes.

2. Menyebabkan perubahan pada permukaan membran mikrofilaria, sehingga lebih mudah dihancurkan oleh daya pertahanan tubuh hospes.

DEC cepat diabsorpsi dari usus. Setelah pemberian dosis tunggal oral sebanyak 200-400 mg, kadar puncak dalam darah dicapai dalam waktu 1-2 jam. Konsentrasi efektif DEC dalam darah sekitar antara 0,8-1 mcg/ml. Distribusi obat ini merata ke seluruh jaringan, kecuali jaringan lemak. Dalam waktu 30 jam obat diekskresi bersama urin, 70% dalam bentuk metabolitnya. Pada pemakaian berulang dapat menimbulkan sedikit akumulasi (Ditjen P2 Filariasis, 2014).

DEC relatif aman pada dosis terapi. Efek samping seperti pusing, malaise, nyeri sendi, anoreksia, dan muntah akan hilang bila pengobatan dihentikan. DEC dapat diserap oleh konjungtiva pada pemberian topikal, sehingga dapat membunuh mikrofilaria dalam cairan akuosa. Tetapi pada infeksi yang berat, dapat timbul uveitis anterior yang berat (Soedarto, 2008: 56).

Reaksi alergi dapat timbul akibat langsung dari matinya parasit atau substansi yang dilepaskan oleh mikrofilaria yang hancur. Manifestasi reaksi alergi ini dapat ringan hingga berat. Gejala alergi dapat berupa sakit kepala, malaise, udem kulit, gatal yang hebat, *papular rash*, pembesaran dan nyeri pada kelenjar inguinal, hiperpireksia, sakit-sakit sendi, dan takikardia. Untuk mengurangi gejala alergi yang biasanya berlangsung selama 3-7 hari ini dapat diberikan antihistamin atau kortikosteroid, terutama jika terjadi komplikasi pada mata (Depkes RI, 2009).

2.1.9.2. Albendazol

Albendazol merupakan sebuah obat cacing berspektrum lebar yang dapat diberikan per oral dan telah digunakan sejak 1979. Dosis tunggal efektif untuk

infeksi cacing kremi, cacing gelang, cacing trikus, cacing *S.stercoralis*, dan cacing tambang. Albendazol juga dapat meningkatkan efek DEC dalam mematikan cacing filaria dewasa dan mikrofilaria tanpa menambah reaksi yang tidak dikehendaki.

Pada pemberian per oral, obat ini diserap dengan cepat oleh usus dan dimetabolisir terutama menjadi albendazole sulfoksida dalam urin yang dapat dimonitor dan menjadi pegangan untuk menentukan dosis obat. Albendazol bekerja dengan cara memblokir pengambilan glukosa oleh larva maupun cacing dewasa, sehingga persediaan glikogen menurun dan pembentukan ATP berkurang, akibatnya cacing akan mati. Albendazol yang digunakan selama 1-3 hari relatif aman. Efek samping berupa nyeri ulu hati, diare, sakit kepala, mual, lemah, pusing, dan insomnia berfrekuensi sebanyak 6% (Ditjen P2 Filariasis, 2014).

2.1.10. Perawatan Diri

Dalam teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi: *pertama*, *self care* itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan; *kedua*, *self care agency* merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan sosiokultural, kesehatan dan lain-lainnya; *ketiga*, adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk

perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat; *keempat*, kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditunjukkan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh (Murwani, 2008: 45).

2.1.11. Perawatan Diri Pada Penderita Filariasis

Salah satu komponen penting program eliminasi limfatik filariasis adalah pencegahan kecacatan bagi mereka yang menderita gejala-gejala kronis limfatik filariasis. Dikarenakan gejala-gejala kronis ini bisa menyebabkan kecacatan yang lebih berat, maka penting untuk menjangkau setiap orang yang menunjukkan gejala kronis dan memberi penyuluhan mengenai langkah-langkah yang mereka dapat lakukan untuk mengurangi kecacatan dan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut di masa depan (Ditjen P2 Filariasis, 2014). Prinsip utama untuk mencegah kecacatan adalah:

1. Perawatan bagi penderita filariasis yang menderita limfedema pada tungkai, payudara, penis, dan skrotum yang mencakup kebersihan diri secara umum, pencegahan infeksi bakteri sekunder dan perawatan kulit.
2. Pembedahan hidrokel (pembedahan hidrokelektomi).
3. Melakukan praktik perawatan diri secara mandiri yang meliputi beberapa komponen dalam perawatan kasus limfedema, yaitu :
 - a) *Hygiene personal* dengan pencucian pada bagian yang bengkak.
 - b) Pengobatan luka/lesi di kulit.

- c) Latihan / *exercise* pada bagian tubuh yang bengkak.
- d) Meninggikan / *elevasi* tungkai/lengan.
- e) Pemakaian alas kaki yang cocok.
- f) Pemakaian perban/pelindung kaki/lengan.
- g) Pemakaian salep antibiotika/anti jamur.
- h) Penggunaan obat simtomatik (Kemenkes RI, 2005; WHO, 2013).

2.1.11.1. Persiapan Perawatan Kasus Limfedema

Setelah mendapat pengobatan, maka setiap kasus filariasis mendapatkan perawatan sebagai berikut :

- 1) Persiapan bahan, peralatan dan obat.
 - Peralatan pencucian terdiri atas air bersih dalam temperatur ruangan, baskom, sarung tangan, sabun mandi, kursi, handuk, kasa atau verban, meteran kain, alas kaki.
 - Obat terdiri atas salep antibiotika, salep anti jamur, obat simptomatis, dan obat antibiotik.
 - Kartu status perawatan kasus klinis.
- 2) Pemeriksaan luka/lesi di kulit.

Luka/lesi di kulit dicari di sela-sela diantara jari-jari tangan, kaki, telapak kaki, lipatan kulit, pada bagian yang berlumut dan di bagian tubuh yang lain.
- 3) Pengukuran anggota tubuh yang bengkak.

Diukur pada bagian tubuh yang paling bengkak dengan meteran kain pada jarak tertentu dari bagian tubuh yang telah ditetapkan (*fixed point*) (Kemenkes RI, 2005).

4) Pelaksanaan Perawatan Kasus Limfedema.

Pada kasus limfedema, kebersihan dan pengobatan lesi merupakan prioritas tindakan dan diusahakan sedini mungkin pada bagian tubuh yang bengkak (kaki, lengan, payudara, buah zakar, vulva). Tindakan ini akan mengurangi jumlah dan kemampuan kuman menginfeksi kulit, sehingga tidak terjadi serangan akut dan tidak memperberat limfedema yang sudah ada (Kemenkes, 2005).

2.1.11.2. Pelaksanaan Perawatan Kasus Limfedema

Pada kasus limfedema, kebersihan dan pengobatan lesi diusahakan sedini mungkin pada bagian tubuh yang bengkak (kaki, lengan, payudara, dan skrotum) harus mendapat prioritas karena dengan demikian jumlah kuman dan kemampuan kuman menginfeksi kulit akan berkurang, sehingga tidak terjadi serangan akut dan tidak memperberat limfedema yang sudah ada. Tata cara perawatan kasus limfedema yang harus dilakukan oleh penderita atau keluarganya, antara lain:

- 1) *Hygiene personal* merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah, 2006: 78). *Hygiene personal* ini dilakukan dengan pencucian pada bagian tubuh yang bengkak.
 - a. Pencucian dilakukan pada semua limfedema (tungkai, lengan, skrotum, vulva, payudara) dan anggota tubuh yang normal. Anggota tubuh yang normal dicuci lebih dulu, kemudian anggota tubuh yang bengkak (limfedema).

- b. Bila ada lebih dari satu limfedema, pencucian dimulai dari limfedema stadium berat kemudian ke stadium yang lebih ringan.
- c. Pelaksanaan pencucian khusus lipatan kulit dalam, bagian berlumut dan sela-sela jari dapat digunakan kasa/verban/kain bersih halus yang dibasahi air dan sabun mandi serta dibentuk seperti tali.
- d. Pengeringan dengan menggunakan handuk sampai bagian tubuh yang bengkak kering dan khusus untuk lipatan kulit, bagian yang berlumut serta sela-sela jari, pengeringan dapat menggunakan kasa/verban/kain bersih halus yang dibentuk seperti tali.
- e. Memastikan bahwa penderita menggunakan air bersih. Kuman menyebabkan adanya serangan akut, sehingga dengan mencuci daerah bengkak dengan baik, penderita akan menyingkirkan kotoran dan kuman. Dipastikan bahwa penderita mencuci daerah yang bengkak secara berulang-ulang sampai air yang digunakan tidak lagi kotor.
- f. Jika penderita telah cacat atau tidak mampu mencapai beberapa bagian kaki, maka mereka harus mencari bantuan pada teman atau anggota keluarga. Dipastikan bahwa semua luka ditemukan dan dicuci bersih. Memeriksa secara khusus daerah lipatan ibu jari kaki dan lipatan kulit. Setelah dicuci, daerah ini harus dikeringkan dengan baik untuk menghindari pertumbuhan bakteri dan jamur.
- g. Untuk stadium 1, 2, 3, dan 4 pencucian dilakukan sekali sehari pada malam hari. Untuk stadium 5, 6, dan 7 pencucian dilakukan 2 kali sehari siang dan malam hari.

2) Pengobatan luka/lesi.

Bila diketahui ada luka/lesi di kulit, sela-sela jari, lipatan kulit, bagian berlutut, telapak, kaki dan luka/lesi di tempat lain harus diberi krim antibiotik/anti jamur, antiseptik. Dipastikan bahwa kedua kaki (yang terserang dan yang tidak terserang) dirawat dengan cara yang sama. Hal ini akan mencegah terjadinya limfedema pada kaki yang tidak bengkak.

3) Meninggikan/*elevasi* anggota tubuh yang bengkak.

- a. Tujuannya untuk memperlancar aliran limfe dan aliran darah.
- b. Dilakukan siang hari seperti pada saat menonton TV, bersantai, dan kegiatan lainnya.
- c. Dilakukan malam hari pada saat tidur dengan cara meletakkan bantal di bawah kaki yang bengkak.

4) Latihan/*excercise* anggota tubuh yang bengkak.

- a. Bentuk latihan ini adalah dengan Rentang Pergerakan Sendi (RPS) dengan melakukan gerakan telapak kaki ke depan dan belakang, serta gerakan inversi dan eversi. Inversi adalah gerakan berputar permukaan plantar kaki ke arah dalam terhadap tungkai bawah, sedangkan eversi adalah gerakan berputar permukaan plantar kaki ke arah luar terhadap tungkai bawah (Muttaqin, 2010: 319). Begitu juga jika terjadi pembengkakan pada lengan tangan diharuskan untuk melakukan rentang pergerakan sendi.
- b. Tujuannya untuk mencegah terjadinya kaku/kram otot dan sendi.
- c. Latihan tidak boleh dilakukan pada saat serangan akut.

5) Pemakaian alas kaki

Memakai alas kaki yang cocok, tidak sempit dan dapat dibuka bagian atasnya.

Alas kaki yang sempit dapat menimbulkan luka atau lecet, sehingga kuman dapat masuk dan mengakibatkan serangan akut.

6) Pemakaian perban/pelindung kaki/lengan

Pemakaian perban/pelindung kaki/lengan dilakukan pada saat penderita akan melakukan suatu aktifitas seperti bekerja atau bepergian. Hal ini berfungsi untuk melindungi kulit kaki/lengan yang bengkak terkena goresan atau benturan langsung dengan benda tajam atau benda keras lainnya.

7) Pengompresan

Pengompresan dengan air dingin dapat menarik pembuluh darah periperal sehingga mengurangi aliran darah ke jaringan dan dapat mengurangi rasa nyeri. Terapi dingin dapat mengurangi edema dan inflamasi, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan rasa nyaman perlahan-lahan (Suciati, 2012: 132).

8) Penggunaan obat simtomatik

Penggunaan obat-obatan pada saat penderita filariasis mengalami gejala klinis (demam, sakit kepala, nyeri hebat, mual, dan muntah). Obat yang digunakan seperti penggunaan obat penurun panas, pereda nyeri, serta obat-obatan lainnya yang dianjurkan oleh dokter.

Tabel 2.2 Pelaksanaan Perawatan Kasus Limfedema

Komponen Perawatan	Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4	Tahap 5	Tahap 6	Tahap 7
Gejala	Pembengkakan berkurang setelah waktu satu malam	Pembengkakan tidak dapat berkurang setelah satu malam	Ditemukan satu atau lebih lipatan kulit dangkal	Ditemukan satu benjolan atau lebih	Ditemukan satu atau lebih lipatan kulit yang dalam	Ditemukan lesi yang berbentuk seperti lumut (seperti kutil)	Pasien tidak mampu melakukan kegiatan yang biasa dilakukan sendiri
Kebersihan diri (membersihkan dan mengeringkan)	1 kali/hari (sebaiknya pada malam hari)	1 kali/hari (sebaiknya pada malam hari)	1 kali/hari (sebaiknya pada malam hari)	1 kali/hari (sebaiknya pada malam hari)	2 kali/hari (setelah beraktivitas dan malam hari)	2 kali/hari (setelah beraktivitas dan malam hari)	2 kali/hari (setelah beraktivitas dan malam hari)
Perawatan terhadap lesi	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada
Gerak badan RPS (Rentang Pergerakan Sendi)	Ya	Ya	Ya	Ya	Kalau Memungkinkan	Kalau Memungkinkan	Kalau Memungkinkan
Mengangkat kaki (elevasi)	Biasanya tidak perlu	Malam hari	Siang dan Malam	Siang dan malam	Siang dan malam	Siang dan malam kalau memungkinkan	Siang dan malam kalau memungkinkan
Antibiotika sistemik (anjuan dokter)	Tidak	Tidak	Tidak	Biasanya tidak perlu	Biasanya perlu (kalau ada serangan akut)	Perlu	Perlu

Sumber : WHO, 2013

Perawatan limfedema memiliki banyak keuntungan untuk penderita:

1. Penggunaan busa, bantalan, atau perban kaki dapat mengurangi risiko abrasi kulit serta melindungi kulit dari rasa panas dan kelembaban yang dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit.
2. Melakukan latihan/*exercise* bagian tubuh yang bengkak atau RPS (Retang Pergerakan Sendi) untuk mencegah kekakuan otot dan sendi.
3. Mengurangi bau yang tidak sedap.
4. Mencegah dan menyembuhkan lesi.
5. Meningkatkan 'kepercayaan diri' penderita.
6. Dapat mengurangi ukuran kaki, lengan, atau bagian tubuh lain yang bengkak.
7. Mengurangi serangan akut yang disebabkan infeksi bakteri terhadap kulit (daerah yang diserang membengkak dan sakit serta penderita memunculkan gejala kedinginan, kemerah – merahan pada bagian yang bengkak, demam, dan sakit pada kelenjar, sakit kepala, dan mual – mual).
8. Meningkatkan kemampuan penderita bekerja, pergi ke sekolah atau kegiatan lain (WHO, 2013; Kemenkes RI, 2005).

Pada kasus limfedema, perawatan diri sangat dibutuhkan sebagai upaya mencegah terjadinya infeksi bakteri, jamur, atau mikroba lainnya. Kurangnya kebersihan pada kulit yang bengkak mengakibatkan penumpukan keringat, bakteri, dan kotoran yang semuanya dapat menyumbat pori-pori kulit yang dapat menyebabkan infeksi atau inflamasi pada kulit (Vaughans, 2013: 149).

2.1.12. Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Perawatan Diri

Kesehatan yang optimal bagi setiap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan tujuan dari keperawatan, khususnya perawatan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya peningkatan derajat kesehatan dan pencegahan terhadap berbagai gangguan kesehatan yang mungkin timbul akibatnya adanya penyakit yang diderita oleh seseorang (Effendy, 2010: 172). Praktik atau tindakan menurut Notoatmodjo (2012) dapat dibedakan menjadi 3 menurut kualitasnya, yakni :

a. Praktik Terpimpin (*Guided Response*).

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu, tetapi masih tergantung pada tuntunan atau panduan.

b. Praktik Secara Mekanisme (*Machanism*).

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan suatu hal secara otomatis, maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

c. Adopsi (*Adoption*).

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang, artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan perilaku yang lebih berkualitas.

Dalam usaha mewujudkan suatu tindakan/praktik, perawatan diri diperlukan suatu pendukung atau kondisi yang memungkinkan, seperti sarana perawatan diri, dukungan keluarga, serta dukungan petugas kesehatan. Menurut Friedman (1986) dalam Murwani (2008) menyatakan bahwa keluarga berfungsi sebagai struktur peran, dimana keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat

yang dianggap mampu membantu dan memecahkan masalah kesehatan dalam keluarga. Keluarga mampu memberikan dukungan langsung dengan membantu penderita melakukan perawatan diri secara optimal. Kecacatan berupa pembengkakan/limfedema menyebabkan penderita filariasis kurang mampu melaksanakan perawatan dirinya seorang diri (Ditjen P2 Filariasis Kab. Pekalongan, 2014).

Suatu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang terdiri dari faktor internal, yaitu faktor yang berasal dari individu tersebut yang merupakan karakteristik dari seseorang penderita serta faktor eksternal, yaitu faktor dari luar individu tersebut. Perilaku kesehatan diantaranya diungkap oleh Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor yang mendahului sebelum terjadinya suatu perilaku, yang menjelaskan alasan dan motivasi untuk berperilaku tertentu. Pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan, nilai, dan norma masyarakat tentang kesehatan serta variabel demografi termasuk dalam faktor ini.
2. Faktor pemungkin (*enabling factors*), agar terjadi suatu perilaku tertentu diperlukan faktor pemungkin yang memungkinkan suatu motivasi yang sudah terbentuk dalam faktor predisposisi menjadi suatu praktik yang dikehendaki. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana, fasilitas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*), merupakan faktor dari luar individu yang meliputi faktor sikap dan perilaku keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan petugas kesehatan.

2.1.12.1. Faktor Internal

2.1.12.1.1. Umur

Umur merupakan usia penderita dihitung mulai kelahiran sampai dengan wawancara. Umur sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang dalam studi epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting, dimana umur mempunyai hubungan erat dengan motivasi diri terhadap partisipasi seseorang dalam program kesehatan (Noor, 2008; 98).

Menurut penelitian Nadirawati (2010) tentang studi fenomologi perawatan filariasis, dikatakan bahwa semakin tua umur penderita filariasis, maka motivasi untuk melakukan perawatan diri lebih rendah jika dibandingkan dengan penderita filariasis yang lebih muda. Penderita filariasis di usia produktif mempunyai perasaan yang lebih takut jika tidak segera sembuh/pulih akan mempengaruhi pekerjaan mereka dan dapat menimbulkan kerugian dalam bentuk finansial.

Menurut Depkes RI (2009), rentang kehidupan manusia ada 9 masa, yaitu :

1. Masa balita = 0 - 5 tahun
2. Masa kanak-kanak = 5 – 11 tahun
3. Masa remaja awal = 12 – 16 tahun
4. Masa remaja akhir = 17 – 25 tahun

5. Masa dewasa awal = 26 – 35 tahun
6. Masa dewasa akhir = 36 – 45 tahun
7. Masa lansia awal = 46 – 55 tahun
8. Masa lansia akhir = 56 – 65 tahun
9. Masa manula = lebih dari 65 tahun

2.1.12.1.2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam menjaga kesehatan biasanya kaum perempuan lebih menjaga kesehatannya dibanding laki-laki. Perbedaan perilaku sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih sering mengobati dan merawat dirinya dibandingkan laki-laki (Notoatmodjo, 2007: 114). Sebagai pencari nafkah utama, laki-laki biasanya menghabiskan waktu untuk bekerja lebih banyak daripada perempuan, sehingga laki-laki cenderung kurang memperhatikan praktik perawatan diri yang harus rutin dilakukan setiap harinya.

2.1.12.1.3. Jam Kerja

Pekerjaan merupakan suatu hal yang dikerjakan untuk mendapatkan imbalan atau balas jasa untuk menyokong hidupnya atau keluarganya secara finansial. Jam kerja adalah waktu yang digunakan responden untuk melakukan kegiatan yang dapat menghasilkan sesuatu untuk menyokong hidup. Menurut penelitian Nadirawati (2010) tentang studi fenomologi perawatan filariasis, dikatakan bahwa seseorang yang bekerja lebih dari 7 jam dalam sehari mempunyai sedikit waktu untuk melakukan perawatan bagi dirinya sendiri.

Penderita cenderung mengalami kelelahan dengan pekerjaannya, sehingga kurang memperhatikan pengobatan dan perawatan dirinya sendiri.

2.1.12.1.4. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang pembelajaran normal yang ditempuh berdasarkan STTB terakhir. Tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang penyakit, sehingga mempengaruhi pola respon. Bisa dikatakan semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan menimbulkan respon kesehatan baik berupa pemilihan pelayanan kesehatan maupun perawatan diri orang tersebut, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan (Hapsari, 2012).

2.1.12.1.5. Tingkat Ekonomi

Keadaan ekonomi masyarakat mempunyai pengaruh penting terhadap perilaku kesehatan. Masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke atas memungkinkan seseorang dapat memenuhi kebutuhan primer dan bisa memenuhi kebutuhan sekunder misalnya di bidang kesehatan. Orang dengan tingkat ekonomi menengah ke atas cenderung dapat menyediakan waktu untuk melakukan pengobatan/perawatan untuk dirinya. Lain halnya dengan orang yang berpendapatan rendah akan merasa berat jika harus mengeluarkan banyak uang untuk melakukan perawatan diri, walaupun itu untuk peningkatan derajat kesehatan bagi dirinya sendiri (Zacler, 1969 dalam Notoatmodjo 2012).

Tingkat ekonomi dapat dilihat dari pendapatan dan pengeluaran seseorang. Golongan tingkat ekonomi menurut Koentjoroningrat adalah sebagai berikut :

1. Golongan berpenghasilan rendah, jika pendapatan lebih rendah daripada pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan pokok hidup.
2. Golongan berpenghasilan sedang, jika pendapatan sama dengan pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan pokok hidup.
3. Golongan berpenghasilan tinggi, jika pendapatan lebih besar dari pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan pokok hidup, sehingga juga mampu untuk memenuhi kebutuhan sekunder dan tersier.

Berdasarkan penelitian Nadirawati (2010) dikatakan bahwa tingkat ekonomi keluarga sangat berpengaruh pada praktik perawatan diri penderita filariasis. Tingkat ekonomi rendah sangat mempengaruhi penderita filarasis dalam mencukupi kebutuhan akan perawatan dirinya, ditambah pengobatan dan fasilitas perawatan diri yang tidak semuanya ditanggung oleh pihak pemerintah.

2.1.12.1.6. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Pengetahuan/kognisi merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2012: 138). Pengetahuan di dalam domain kognitif tercakup dalam enam tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
2. Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
4. Analisis (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*), tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut penelitian Febriana W. L. Siaduruk (2013), faktor pengetahuan memiliki hubungan erat dengan praktik eliminasi filariasis. Masyarakat yang mempunyai pengetahuan baik tentang pengobatan dan perawatan diri penyakit filariasis akan lebih termotivasi untuk melakukan praktik perawatan diri dengan baik daripada masyarakat yang mempunyai pengetahuan kurang.

2.1.12.1.7. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi suatu tindakan/perilaku (Notoatmodjo, 2012: 140). Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan antara lain :

1. Menerima (*Receiving*).

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya orang mau menerima ceramah-ceramah.

2. Merespon (*Responding*).

Memberi jawaban jika ditanya, dan mau mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*Valuing*).

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Misalnya seorang penderita filariasis memberikan penjelasan tentang apa yang diketahui mengenai perawatan diri pada penderita filariasis yang lain.

4. Bertanggung Jawab (*Responsible*).

Bertanggung jawab atas sesuatu yang dipelihara dengan segala risiko (Notoatmodjo, 2012: 143).

Sikap merupakan penentu dalam tingkah laku. Sikap yang ada pada seseorang akan memberikan gambaran corak tingkah laku. Dengan mengetahui sikap seseorang, maka akan dapat menduga bagaimana respon atau tindakan yang akan diambil oleh seseorang terhadap suatu keadaan yang dihadapi (Priyoto, 2014: 44)

2.1.12.2. Faktor Eksternal

2.1.12.2.1. Ketersediaan Sarana Perawatan Diri

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan. Dalam praktik perawatan diri, alat yang dibutuhkan adalah perban untuk melindungi kaki/lengan, alas kaki yang cukup besar sehingga

tidak sesak dipakai, serta obat-obatan seperti salep antibiotik/anti jamur dan obat-obat lainnya untuk menunjang praktik perawatan diri.

Ketersediaan sarana perawatan diri yang memenuhi akan sangat mendukung bagi kelangsungan praktik perawatan diri yang dilakukan oleh penderita filariasis. Sarana perawatan diri yang dapat diperoleh tanpa menempuh jalan yang terlalu jauh dapat meningkatkan perilaku perawatan diri penderita filariasis. Keterpencilan tempat akan sangat mempengaruhi penderita dalam memperoleh sarana kesehatan yang dibutuhkan (Ditjen P2 Filariasis, 2010).

2.1.12.2.2. Peran Keluarga

Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat yang dapat berfungsi untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarganya yang sakit (Murwani, 2008: 172). Pada kasus penderita filariasis yang telah mengalami cacat/disability berupa pembengkakan yang terjadi pada beberapa organ tubuh dapat mengakibatkan penderita filariasis kehilangan status sosial sehingga terisolasi dari masyarakat. Dukungan keluarga dapat diimplementasikan melalui dukungan sosial berupa informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata, atau tingkah laku yang diberikan oleh keluarga atau berupa hal-hal yang memberikan keuntungan emosional sehingga berpengaruh pada tingkah laku penderita (Philip, 2013).

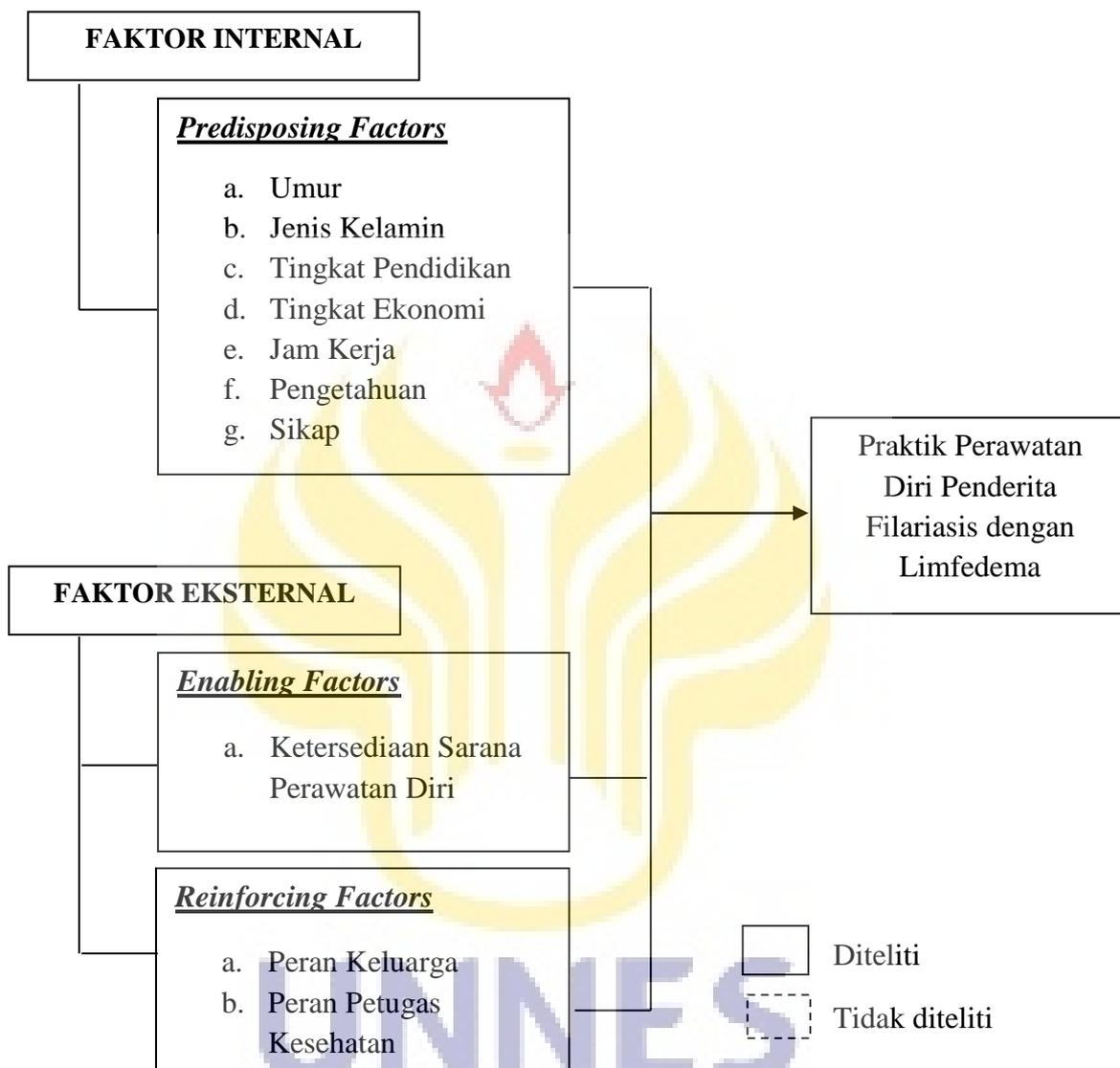
2.1.12.2.3. Peran Petugas Kesehatan

Peran petugas kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, dimana peran petugas kesehatan tersebut sangat

menentukan dalam pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan, informasi dan motivasi kepada masyarakat dengan baik, dapat meningkatkan derajat kesehatan pada diri penderita penyakit (Murwani, 2008: 23). Dalam perawatan diri ini, petugas perlu mengajarkan bagaimana cara merawat diri untuk mencegah berlanjutnya cacat (pembengkakan limfedema) ke tingkat yang lebih berat. Beberapa peran petugas antara lain mengobati dan *follow-up* reaksi filariasis, memberikan pendidikan tentang perawatan limfedema kepada penderita filariasis, melakukan kunjungan rumah untuk mengetahui kemajuan perawatan diri pada penderita filariasis, memberikan informasi dan arahan kepada penderita filariasis dengan hidrokela untuk dilakukan pembedahan (Ditjen P2 Filariasis, 2010). Selain itu petugas kesehatan juga perlu memberikan pendidikan kesehatan bagi keluarga agar keluarga dapat membantu melakukan asuhan kesehatan kepada penderita filariasis secara mandiri.

Menurut penelitian Siti Fatimah Saogi, dkk tahun 2013 diperoleh hasil bahwa peran petugas kesehatan berhubungan dengan praktik perawatan diri. Petugas kesehatan merupakan komponen penting dalam pelaksanaan suatu kegiatan kesehatan. Oleh karena itu, keterampilan petugas kesehatan merupakan faktor pendukung yang mempengaruhi penderita filariasis melakukan perawatan diri.

2.2. KERANGKA TEORI



Gambar 2.2. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2012); Saravu R. Narahari (2013); WHO (2013), Ditjen P2 Filariasis (2014)

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan tahun 2015 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=1,000$).
2. Tidak ada hubungan antara tingkat ekonomi dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,147$).
3. Tidak ada hubungan antara jam kerja dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,079$).
4. Ada hubungan antara umur dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,037$).
5. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,005$).
6. Ada hubungan antara pengetahuan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,012$).
7. Ada hubungan antara sikap dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,014$).
8. Ada hubungan antara ketersediaan sarana dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,001$).

9. Ada hubungan antara peran keluarga dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,001$).
10. Tidak ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan praktik perawatan diri pada penderita filariasis dengan limfedema di Kabupaten Pekalongan ($p=0,001$).

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Puskesmas Setempat

1. Pelaksanaan program kesehatan yang lebih baik khususnya program pengelolaan morbiditas bagi penderita filariasis dengan limfedema.
2. Pelaksanaan program edukasi dan pelatihan tentang perawatan diri kepada penderita filariasis dan keluarganya lebih dilakukan secara merata agar semua penderita filariasis dapat memperoleh informasi tersebut.
3. Untuk puskesmas yang sudah tidak menjalankan program monitoring dan pengawasan terhadap penderita filariasis dengan limfedema, diharapkan untuk bisa mengaktifkan kembali program tersebut dengan melakukan kunjungan rumah dan mencatat hasil dari kunjungan tersebut.

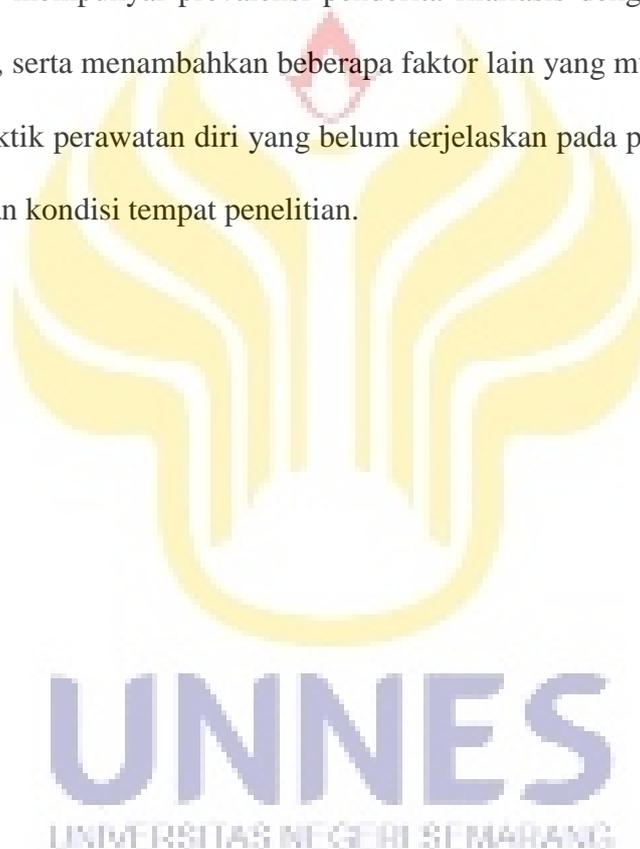
6.2.2. Bagi Penderita Filariasis dan Keluarganya

Diharapkan agar penderita filariasis dengan limfedema dapat menjaga kebersihan pada bagian tubuh yang mengalami pembengkakan dan melaksanakan semua bentuk praktik perawatan diri secara rutin dan benar. Kepada keluarga penderita diharapkan dapat berperan aktif dalam membantu penderita melakukan

perawatan diri, memberikan dukungan psikologis, dan memotivasi penderita untuk hidup lebih baik.

6.2.3. Bagi Peneliti Lain

Perlu dilakukan penelitian sejenis di tempat lain yang merupakan daerah endemis dan mempunyai prevalensi penderita filariasis dengan limfedema yang cukup tinggi, serta menambahkan beberapa faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap praktik perawatan diri yang belum terjabarkan pada penelitian ini dengan menyesuaikan kondisi tempat penelitian.



DAFTAR PUSTAKA

- Adhikari, Ram Kumara, 2014 *Health-Seeking Behaviors and Self-Care Practices of People with Filariasis in Nepal: A Qualitative Study*, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/260359> diakses tanggal 5 Januari 2015.
- Agustianingsih, Dina, 2014, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Pencegahan Filariasis Di Kelurahan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Tahun 2013*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Arikunto, Suharsimi, 2002, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Ayode, Desta, Collen M, Hendrik D, Emi Watanabe, Tsega Gebreyesus, Abebayehu, Getnet, Gail, 2013, *A Qualitative Study Exploring Barriers Related to Use of Footwear in Rural Highland Ethiopia: Implications for Neglected Tropical Disease Control*. Volume 7, N0.4, April 2013.
- Azwar, Saifudin, 2007, *Sikap Manusia Teori dan Aplikasinya*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Azzuwut, Martin P, Mohammed N. Sambo, Idris Sulaeman, 2011, *Assessment Of The Knowledge, Attitude And Practices Related To The Treatment And Prevention Of Lymphatic Filariasis Among The Adult Residents Of Bokkos Local Government Area Of Plateau State, Nigeria*, Jos Journal of Medicine, Volume 6 No. 3.
- Babu, Bontha V, Abhay, Nayak, Anna, 2007, *A Survey On Foot Care Practices Among Filariasis Patients In Orissa, India*, Tropical Biomedicine Vol. 24(2), hlm.7-14.
- BAPPENAS, 2012, *Buku Pegangan Perencanaan Pembangunan Daerah*, (pdf), diakses tanggal 30 September 2015.
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Filariasis di Indonesia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 2010, *Alat Bantu (Tool Kit) untuk Eliminasi Filariasis Panduan Pelaksanaan bagi Petugas Kesehatan di Indonesia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 2010, *Filariasis di Indonesia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, 2014, *Profil Kesehatan Kabupaten Pekalongan 2013*, Pekalongan, Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012*, Semarang, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Ditjen P2 Filariasis Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, 2014, *Situasi Penyakit Filariasis Tahun 2002-2014 dan Cakupan Obat Masal Pencegahan (POMP) Filariasis Tahun 2014*, Pekalongan, Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan.
- Effendy, Nasrul, 2010, *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hapsari, Nungki dan Santoso, 2012, *Peran Kepala Desa Dan Petugas Kesehatan Terhadap Eliminasi Filariasis Limfatik Di Kecamatan Madang Suku III Kabupaten Oku Timur*, Jurnal Pembangunan Manusia Vol.6 No.3 Tahun 2012.
- Hidayat, Aziz Alimul, 2004, *Pengantar Konsep Dasar Perawatan Diri*, Jakarta, Salemba Medika.
- , 2009, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Jakarta, Salemba Medika.
- Kartikawati, Eka, 2013, *Pengalaman Perawatan Diri pada Penderita Filariasis Kronis : Studi Kasus di Kabupaten Subang*. Tesis, Universitas Padjajaran.
- Kementerian Kesehatan RI, 2005, *Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor 1582/MENKES/SK/XI/2005 Tentang Pedoman Pengendalian Filariasis*, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI.
- , 2014, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI.
- Murwani, Arita, 2008, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Yogyakarta, Fitramaya.
- Nadirawati, 2010, *Studi Fenomenologi Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa Di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan A. Yani Cimahi.
- Narahari, Saravu R, Kuthaje, Madhur, Gaddam, Terence, 2013, *Community Level Morbidity Control of Lymphoedema Using Self Care and Integrative Treatment in Two Lymphatic Filariasis Endemic Districts of South India: a Non Randomized Interventional Study*, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2013; 107: 566-577, doi: 10.1093/trstmh/trt054 Advance Acces Publication 5 July 2013.
- , 2013, *Community Dermatology in Practice: Control of Morbidity in Lymphatic Filariasis Patients in Indian Villages*

Community Dermatology Emphasises that Skincare is not an Intervention for Skin Diseases Alone, Vol. 31 No. 7 Hlm: 240-242.

- Noor, Nur Nasry, 2008, *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
- , 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
- , 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Omudu, Edward, Okafor, Febrin, 2011, *Gender Dimensions Of Knowledge, Physical And Psycho-Social Burden Due To Lymphatic Filariasis In Benue State, Nigeria*, Vol. 3(2), pp. 22-28.
- Philip J, Budge, 2013, *Impact of Community-Based Lymphedema Management on Perceived Disability among Patients with Lymphatic Filariasis in Orissa State, India*, Maret 2013, Volume 7.
- Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*, Yogyakarta, Nuha Medika.
- Putra, Ida Bagus Yadnya, Marwan, I Made, Triwibowo, 2005, *Modul Pelatihan Filariasis Propinsi Sulawesi Tengah*, Sulawesi, Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah.
- Saogi, Siti Fatimah, 2013, *Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Perawatan Diri Penderita Kusta di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makasar*, Skripsi, Stikes Cimahi.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael, 2011, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta, Sagung Seto.
- Soedarto, 2008, *Pengobatan Penyakit Parasit Amubiasis, Malaria, Cacing Tambang, Filariasis & Penyakit Parasit Lainnya*, Jakarta, Sagung Seto.
- Strickland, G Thomas, 2012, *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*, USA, W,B Saunders Company.
- Suciati, Dewi Kartika, 2012, *Ilmu Keperawatan Dasar*, Yogyakarta, Pustaka Putera.
- Sugiyono, 2010, *Statistika untuk Penelitian*, Bandung, Alfabeta.
- Sujarweni, V.Wiratna, 2008, *Belajar Mudah SPSS Untuk Penelitian Skripsi, Tesis, Desertasi, dan Umum*, Yogyakarta, Global Media Informasi.

- Tarwoto, Wartonah, 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika.
- Widoyono, 2011, *Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasan)*, Jakarta, Erlangga.
- Winda, Febriana, 2013, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Masyarakat dalam Program Eliminasi Filariasis di Kelurahan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Tahun 2013*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- WHO, 2013, *Morbidity Management and Disability Prevention in Lymphatic Filariasis*, WHO Regional Office for South-East Asia.
- , 2013, *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*, WHO.
- Vanamail, Perumal dan Subbaiah Gunasekaran, 2011, *Possible Relationship Among Socio-Economic Determinants, Knowledge And Practices On Lymphatic Filariasis And Implication for Disease Elimination In India*, *International Journal of Public Health* (2011) 56:25–36.
- Vaughans, W Benita, 2013, *Keperawatan Dasar*, Jakarta, Rapka Publishing.