



**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM PEMBERIAN
OBAT PENCEGAHAN MASSAL (POPM) FILARIASIS
DI PUSKESMAS BONANG I KABUPATEN DEMAK**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjanah Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Alya Agustini
NIM 6411415028

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

ABSTRAK

Alya Agustini

Analisis Implementasi Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis Di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak

XIX + 195 halaman + 7 tabel + 3 gambar + 12 lampiran

Kejadian kasus filariasis di Kabupaten Demak pada tahun 2016 – 2018 meningkat dari 32 menjadi 46 kasus, dengan daerah tertinggi yaitu Puskesmas Bonang I sebanyak 12 kasus. Cakupan minum obat pencegahan filariasis tahun 2016 – 2018 mengalami penurunan dari 87% menjadi 84,88% sasaran meminum obat. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode deskriptif. Informan penelitian ini berjumlah 9 orang menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara semi terstruktur dengan analisis secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan sosialisasi sudah diselenggarakan, namun tingkat kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang program masih kurang. Informasi pelaksanaan program belum tersampaikan secara maksimal. Sumber daya dana berasal dari APBN dan APBD. Jumlah kader masih kurang dari standar Permenkes. Pelatihan kader hanya dilakukan satu kali menjelang pelaksanaan program. Fasilitas tempat dan obat sudah tersedia. Serta belum ada pengawasan atas obat yang diminum di rumah.

Program POPM filariasis sudah terselenggara namun belum optimal, sebaiknya dilakukan penambahan jumlah kader dan dilakukan pengawasan obat yang diberikan di rumah, agar obat dapat dipastikan diminum oleh sasaran.

Kata kunci: Program Pencegahan , Implementasi, Filariasis

Kepustakaan: 45 (2009-2019)

ABSTRACT

Alya Agustini

Implementation Analysis of Mass Drug Administration (MDA) of Filariasis in
Bonang I Primary Health Care Center Demak Regency
XIX + 195 pages + 7 tables + 3 image + 12 appendices

Filariasis cases in Demak Regency from 2016 until 2018 were 32, 42 and 46 cases. With the highest area, Bonang I Healthcare Center as many as 12 cases, which were approved to take filariasis from 2016 until 2018 replaced the decline, namely 87%, 85.64%, and 84.88% of the target. Purpose is analyze implementation of filariasis program in Bonang I Healthcare Center, Demak.

This type research use qualitative with descriptive methods. Nine informants in this study who were selected through a purposive sampling technique. Instrument used semi-structured interview with descriptive analysis.

Results showed that socialization had been held, but level of awareness and understanding of community about program was still lacking. Information on program implementation has not been maximized. Funding sources come from state budget and regional budget. Number of cadres is still below the Permenkes standard. Cadre training is only done once a program. Place and medication facilities are available. There is no control over medicines taken at home.

The Filariasis POPM program has not yet been implemented but has not been optimal, an examination number of cadres and monitoring of medicines given at home, so that drug can be ascertained to be taken by target.

Keywords: Prevention Program, Implementation, Filariasis

Literatures: 45 (2009-2019)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 29 Agustus 2019

Penulis,



Alya Agtstini

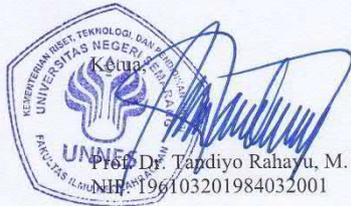
NIM 6411415028

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Analisis Implementasi Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis Di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak" yang disusun oleh Alya Agustini, NIM 6411415028 telah dipertahankan dihadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Jumat, 11 Oktober 2019

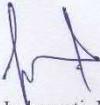
tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B



Panitia Ujian

Sekretaris,

Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes
NIP.198205182012121002

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 Mardiana, S.K.M., M.Si NIP. 198004202005012003	16/10 2019
Penguji II	 dr. RR. Sri Ratna Rahayu, M.kes., Ph.D NIP. 197205182008012011	21/10 2019
Penguji III	 dr. Fitri Indrawati, M.P.H NIP. 198307112008012008	15/10 2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Bermimpilah dengan mata terbuka, jangan hanya terlena dan terlelap dalam mimpi hingga engkau lupa untuk mewujudkannya”

Persembahan:

Skripsi ini saya persembahkan untuk,

1. Kedua orang tua dan kakak
tercinta
2. Teman-teman sejurusan IKM
3. Almameter Universitas Negeri
Semarang

PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT atas segala limpahan Rahmat-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Analisis Implementasi Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak” ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas izin penelitian yang telah diberikan.
2. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes, atas izin penelitian yang telah diberikan.
3. Ketua jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
4. Dosen pembimbing dr. Fitri Indrawati, M.P.H, atas arahan, bimbingan, masukan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan ibu dosen jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama kuliah.

6. Staf TU jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan seluruh staf TU Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat izin penelitian.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, atas izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
8. Kepala seksi P2P filariasis Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, atas izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
9. Staf seksi P2P filariasis Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
10. Kepala Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak, atas izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
11. Pemegang Program POPM Filariasis Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak, atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
12. Semua petugas Puskesmas Bonang I yang terlibat dalam penelitian ini, bidan desa, kader filariasis, dan masyarakat Bonang, atas bantuan dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
13. Kedua orang tua dan saudara-saudara yang telah memberikan doa, dukungan, bantuan, dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
14. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 atas bantuan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
15. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu demi satu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna menyempurnakan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, 29 Agustus 2019

Penulis,

Alya Agustini

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	6
1.3 TUJUAN	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 MANFAAT	7
1.4.1 Manfaat Untuk Puskesmas Dan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak	7
1.4.2 Manfaat Untuk Peneliti Selanjutnya	7
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	7
1.6 RUANG LINGKUP	8

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	8
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	9
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
3.1 LANDASAN TEORI	10
3.1.1 Filariasis	10
3.1.1.1 Pengertian Filariasis	10
3.1.1.2 Cacing Filaria	10
3.1.1.3 Gejala Klinis	13
3.1.2 Penanggulangan Filariasis	16
3.1.2.1 Pengertian	16
3.1.2.2 Kebijakan.....	16
3.1.2.3 Strategi.....	16
3.1.2.4 Kegiatan Pokok	17
3.1.3 Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM)	18
3.1.3.1 Pengertian	18
3.1.3.2 Tujuan	18
3.1.3.3 Sasaran.....	19
3.1.3.4 Tahapan Program POPM Filariasis	19
3.1.3.5 Jenis Obat	23
3.1.3.6 Cara pemberian obat.....	24
3.1.4 Perencanaan Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis	25
3.1.4.1 Perencanaan Di Kota Atau Kabupaten	25

3.1.4.2 Perencanaan Di Provinsi	26
3.1.5 Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis	26
3.1.5.1 Persiapan	26
3.1.5.2 Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis	28
3.1.6 Kebijakan.....	29
3.1.6.1 Pengertian Kebijakan	29
3.1.6.2 Pengertian Kebijakan Publik	30
3.1.6.3 Pengertian Kebijakan Kesehatan	31
3.1.6.4 Implementasi Kebijakan	32
3.1.6.5 Proses Kebijakan Publik.....	32
3.1.6.6 Analisis Kebijakan Publik	34
3.1.6.7 Fakto-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Kebijakan	35
3.1.6.7.1 Komunikasi	35
3.1.6.7.2 Sumberdaya	37
3.1.6.7.3 Disposisi	39
3.1.6.7.4 Struktur Birokasi	39
BAB III METODE PENELITIAN.....	42
3.1 Alur Pikir.....	42
3.2 Fokus Penelitian	42
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	43
3.4 Sumber Informasi	44
3.4.1 Data Primer.....	44
3.4.2 Data Sekunder	45

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	45
3.5.1 Instrumen Penelitian.....	45
3.5.2 Teknik Pengambilan Data	46
3.5.2.1 Wawancara	46
3.5.2.2 Observasi.....	47
3.5.2.3 Dokumentasi.....	47
3.6 Prosedur Penelitian.....	47
3.6.1 Tahap Pra Penelitian.....	47
3.6.2 Tahap Penelitian	48
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian	48
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data	49
3.8 Teknik Analisis Data	49
3.8.1 Reduksi Data	50
3.8.2 Penyajian Data.....	50
3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi	51
BAB IV HASIL PENELITIAN	52
4.1 GAMBARAN UMUM.....	52
4.1.1 Gambaran Pelaksanaan Program POPM Filariasis	52
4.1.2 Karakteristik Informan Utama.....	53
4.1.3 Karakteristik Informan Triangulasi	53
4.2 Hasil Penelitian.....	54
4.2.1 Komunikasi	54
4.2.1.1 Transmisi.....	54

4.2.1.2 Kejelasan	58
4.2.1.3 Konsisten	60
4.2.2 Sumber Daya	62
4.2.2.1 Sumber Daya Dana.....	62
4.2.2.2 Sumber Daya Manusia	64
4.2.2.3 Sumber Daya Fasilitas.....	68
4.2.2.5 Sumber Daya Informasi.....	71
4.2.2.6 Sumber Daya Wewenang	72
4.2.3 Disposisi	74
4.2.3.1 Komitmen Petugas	74
4.2.3.2 Motivasi Petugas	75
4.2.3.3 Sikap Petugas Dalam Pelaksanaan Program	75
4.2.4 Struktur Birokasi	76
4.2.4.1 Standar Oprasional Prosedur (SOP).....	76
4.2.4.2 Fragmentasi	78
BAB V PEMBAHASAN	83
5.1 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN.....	83
5.1.1 Komunikasi	83
5.1.1.1 Transmisi Penyaluran Informasi	83
5.1.1.2 Kejelasan	86
5.1.1.3 Konsistensi	88
5.1.2 Sumber Daya	89
5.1.2.1 Sumber Daya Dana.....	89

5.1.2.2 Sumber Daya Manusia	90
5.1.2.3 Sumber Daya Fasilitas.....	94
5.1.2.4 Sumber Daya Informasi.....	96
5.1.2.5 Sumber Daya Wewenang	97
5.1.3 Disposisi	98
5.1.4 Struktur Birokasi	99
5.1.4.1 Standar Oprasional Prosedur (SOP).....	99
5.1.4.2 Fragmentasi	100
5.2 KELEMAHAN PENELITIAN	102
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	103
6.1 SIMPULAN	103
6.2 SARAN	104
6.2.1 Bagi Puskesmas Bonang I	104
6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.....	105
Daftar Pustaka	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	7
Tabel 2.1 Dosis Pemberian Obat Berdasarkan Berat Badan.....	24
Tabel 2.2 Dosis Pemberian Obat Berdasarkan Umur.....	24
Tabel 2.3 Jadwal Pelaksanaan Program POPM Filariasis	28
Tabel 2.4 Tahap Analisis kebijakan	34
Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Informan Utama.....	53
Tabel 4.2 Gambaran Karakteristik Informan Triangulasi	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Implementasi Edward III	40
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	41
Gambar 3.1 Alur Pikir	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing.....	110
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian dari Fakultas untuk Dinkes Kab. Demak	111
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Fakultas untuk Puskesmas Bonang I.....	112
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.....	113
Lampiran 5 Ethical Clearance	114
Lampiran 6 Surat Keterangan Sudah Melaksanakan Penelitian	115
Lampiran 7 Surat Tugas Panitia ujian	116
Lampiran 8 Pedoman Wawancara.....	117
Lampiran 9 Lembar Observasi	133
Lampiran 10 Transkrip Hasil Wawancara.....	134
Lampiran 11 Persetujuan Menjadi Informan.....	164
Lampiran 12 Dokumentasi	169

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Filariasis atau penyakit kaki gajah merupakan salah satu penyakit yang ditemukan pada daerah tropis dan subtropis, disebabkan oleh larva cacing filaria *Wuchereria Brancrofti*, *Brugia Malayi* dan *Brugia Timori*. Penyakit ini ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk, baik nyamuk jenis *culex*, *aedes*, *anopheles*, dan jenis nyamuk lainnya (Biritwum *et al.*, 2017). Penularan ini melalui gigitan nyamuk dari orang yang mengandung larva cacing (mikrofilaria) kepada orang yang sehat (tidak mengandung) mikrofilaria. 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 (Kemenkes RI, 2010).

Sebagai bentuk upaya pengendalian filariasis, perlu dilakukannya eliminasi filariasis global yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 94 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Filariasis. Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) filariasis merupakan bentuk dari eliminasi filariasis yang bertujuan untuk menurunkan angka mikrofilaria hingga kurang dari 1% pada setiap kabupaten atau kota, sehingga pada tahun 2020 filariasis tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Kemenkes RI, 2017).

Program POPM filariasis dilaksanakan setiap satu tahun sekali pada bulan Oktober, selama lima tahun berturut-turut. Obat pencegahan filariasis diberikan kepada semua penduduk usia 2 tahun sampai dengan usia 70 tahun di seluruh wilayah kabupaten atau kota endemis filariasis. Pemberian obat dilakukan di pos-pos minum obat yang dipantau oleh kader dan petugas kesehatan. Obat yang diberikan berupa DEC dan albendazole secara bersamaan, sehingga dapat mematikan semua mikrofilaria yang ada di dalam darah setiap penduduk, dan mencegah makrofilaria (cacing filaria dewasa) menghasilkan mikrofilaria baru, sehingga rantai penularan filariasis dapat diputus (Permenkes RI, 2014).

Eliminasi filariasis tidak hanya dilakukan di Indonesia, WHO sebagai organisasi kesehatan dunia juga membuat “Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF)” pada tahun 2000 sebagai bentuk penanggulangan filariasis (Kelly-Hope *et al.*, 2012). Menurut Gyapong *et al.* (2018), Mass Drug Administration (MDA) atau pemberian obat massal sudah sesuai dengan tujuan GPELF, namun ada banyak tantangan yang menghambat keberhasilan implementasi. Sedangkan menurut Silumbwe *et al.* (2017) hambatan dalam MDA untuk mewujudkan eliminasi filariasis yaitu logistik, geografis, dan biologis.

Penyakit filariasis menyebabkan kerugian ekonomi yang terdiri dari biaya berobat, kerugian waktu produktif penderita, dan waktu produktif keluarga. Kasus filariasis pada tahun 2016 dilaporkan sebanyak 13.009 penderita dengan perkiraan mengakibatkan kerugian ekonomi masyarakat sekitar 36 Milyar. Sedangkan kerugian hilangnya produktivitas penderita akibat kecacatan mencapai Rp

1.146.263, dan berkurangnya produktivitas keluarga yang harus merawat pasien ditaksir sebesar Rp 887.752 (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Demak hasil Survei Darah Jari (SDJ 1), di dapati mf rate di Kabupaten Demak lebih dari <1%. Sehingga Kabupaten Demak dikategorikan sebagai kabupaten endemis filariasis yang berdampak terhadap bertambahnya jumlah kasus filariasis pada tahun 2016 terdapat 32 kasus filariasis, tahun 2017 terdapat 42 kasus filariasis, dan tahun 2018 terdapat 46 kasus filariasis. Hal tersebut perlu dilakukan penanganan dengan program POPM filariasis sebagai bentuk penanggulangan filariasis yang dilaksanakan sejak tahun 2016 hingga tahun 2020.

Kejadian filariasis tertinggi pada Kabupaten Demak berada di Puskesmas Bonang I. Kejadian kasus filariasis di Puskesmas Bonang I pada tahun 2016 sebanyak 8 kasus filariasis, tahun 2017 sebanyak 10 kasus filariasis, dan tahun 2018 sebanyak 12 kasus filariasis. Berdasarkan jumlah kasus filariasis tersebut, angka kesakitan filariasis kronis atau *Chronic Disease Rate* (CDR) di Puskesmas Bonang 1 pada tahun 2016-2018 mengalami peningkatan sebesar 0.013%, menjadi 0,016%, dan 0,019%. Menurut data cakupan minum obat pencegahan filariasis Puskesmas Bonang I dari tahun 2016 – 2018 mengalami penurunan yaitu, pada tahun 2016 sebanyak 87% sasaran, tahun 2017 sebanyak 85,64 % sasaran, dan tahun 2018 sebanyak 84,88% sasaran. Penurunan angka cakupan minum obat pencegahan filariasis tersebut, tidak sesuai dengan target capaian yang ditetapkan oleh Permenkes No 94 tahun 2014 dimana minimal cakupan minum obat pencegahan filariasis sebesar 85%.

Pelaksanaan program POPM filariasi di Puskesmas Bonang 1 masih terdapat beberapa kendala diantaranya tidak semua masyarakat yang menjadi sasaran program hadir dalam pelaksanaan minum obat pencegahan filariasis. Dari total 61.524 penduduk, terdapat 54.941 penduduk yang menjadi sasaran program POPM filariasis, dan penduduk yang meminum obat pencegahan filariasis berjumlah 46.633 penduduk. Kendala lain dalam pelaksanaan program ini yaitu kurangnya jumlah kader. Kader yang dimiliki Puskesmas Bonang I sebanyak 285 orang yang terbagi menjadi 5 kader pada setiap pos peminuman obat filariasis. Jumlah ini tidak sesuai dengan Permenkes No 94 tahun 2014, yang dimana setiap 1 kader bertanggung jawab dengan 100-150 orang. Sehingga dengan jumlah penduduk sasaran program sebanyak 54.941, setidaknya jumlah kader yang dimiliki sebanyak 366 kader filariasis. Selain itu, informasi pelaksanaan program diberitahukan kepada masyarakat satu hari sebelum program dilaksanakan, sehingga tidak semua masyarakat mengetahui pelaksanaan program tersebut. Dengan demikian sosialisasi yang diberikan petugas masih belum optimal, dengan adanya beberapa masyarakat yang masih beranggapan bahwa obat pencegahan filariasis berbahaya apabila dikonsumsi.

Berdasarkan hasil penelitian Risa (2013), tentang pelaksanaan program eliminasi filariasis di Kabupaten Bengkalis, bahwa advokasi dan koordinasi sudah terlaksanakan dengan baik, hanya saja sosialisasi, persiapan, pelaksanaan dan monitoring belum terselenggara dengan baik. Media sosialisasi dan penyiapan masyarakat untuk mengikuti POMP filariasis yang belum optimal, sehingga

mayoritas masyarakat tidak mengetahui penyakit filariasis dan pengobatan massal filariasis.

Menurut penelitian Harahap (2014), bahwa implementasi pelaksanaan pengobatan massal pencegahan filariasis di Labuhanbatu Selatan kurang berjalan dengan baik, terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan meliputi, kurangnya sosialisasi terhadap petugas kesehatan dan masyarakat, belum terbinaanya kerjasama lintas sektor, terbatasnya biaya pelaksanaan, kualitas SDM yang belum memadai, kurang lengkapnya fasilitas dalam melaksanakan pengobatan massal, struktur organisasi belum terbentuk dan petunjuk pelaksanaan tugas yang tidak jelas.

Berdasarkan hasil riset, bahwa untuk perbaikan program filariasis membutuhkan penelitian yang terkait program tersebut, yang meliputi tantangan dilapangan, dana, obat (sumberdaya), konsistensi dan komitmen ketika terjadi masalah dan bagaimana mengelola masalah tersebut dengan sumberdaya yang tersedia (Meliyanie & Andiarsa, 2017). Menurut Edwar, implementasi kebijakan publik terdapat empat variabel yang memiliki peran penting dalam keberhasilan implentasi, meliputi komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Berdasarkan uraian masalah tersebut pelaksanaan POPM filariasis di Puskesmas Bonang I masih belum optimal, angka cakupan minum obat yang masih dibawah standar dan beberapa kendala dalam pelaksanaannya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan analisis implementasi program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak tahun 2019.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut, “Bagaimana implementasi program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak”.

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis implementasi program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis komunikasi dalam pelaksanaan program POPM filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.
- b. Menganalisis sumberdaya dalam pelaksanaan program POPM filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.
- c. Menganalisis disposisi dalam pelaksanaan program POPM filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.
- d. Menganalisis struktur birokrasi dalam pelaksanaan program POPM filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Manfaat Untuk Puskesmas Dan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan informasi kepada pemegang program POPM di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak sehingga dapat menjadi acuan untuk memperbaiki program.

1.4.2 Manfaat Untuk Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya untuk melaksanakan penelitian dengan tema serupa.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Lailatul Munawwaroh, 2016	Evaluasi Program Eliminasi Filariasis Dari Aspek Perilaku Dan Perubahan Lingkungan	Kualitatif	Pelaksanaan program filariasis, aspek perilaku masyarakat, dan aspek lingkungan	Pelaksanaan program eliminasi filariasis di kota pekalongan sudah baik dan sesuai peraturan yang berlaku. Aspek perilaku praktik pencegahan filariasis pada masyarakat yang berubah adalah perilaku minum obat, sedangkan perilaku mencegah gigitan nyamuk dan pengolahan lingkungan menyesuaikan dengan kebiasaan, kondisi rumah, dan anggota keluarga.
2.	Agus Alamsyah, 2016	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan	Analitik Kuantitatif	Menelan obat pencegahan filariasis, pengetahuan, jenis	Hasil penelitian menunjukkan yang tidak menelan obat pencegahan filariasis sebanyak 65,6% dan

	Menelan Obat Massal Pencegahan Filariasis		kelamin, pekerjaan, efek samping obat, sosialisasi	yang menelan 34,4%. Variabel yang memiliki yang bermakna yaitu tingkat pengetahuan, jenis kelamin, pekerjaan, efek samping obat, dan sosialisasi petugas kesehatan
3. Made Agus Nurjana, 2015	Peran Petugas Kesehatan Dan Kader Desa Dalam Program Pengobatan Massal Filariasis Di Kabupaten Mamuju Utara	Kualitatif	Peran petugas kesehatan dan kader	Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas kesehatan dan kader desa belum maksimal dalam mendukung pelaksanaan pengobatan massal karena keterbatasan anggaran dan sumber daya manusia.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Lokasi dan waktu penelitian yang berbeda dengan penelitian sebelumnya.
2. Penelitian dengan judul yang sama belum pernah dilakukan di Kabupaten Demak.

1.6 RUANG LINGKUP

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Ruang lingkup tempat pada penelitian ini adalah Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu dalam penelitian ini berkisar antara bulan juli 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup penelitian ini adalah bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yaitu khususnya mengenai implementasi kebijakan kesehatan pencegahan penyakit menular dengan program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Filariasis

2.1.1.1 Pengertian Filariasis

Filariasis merupakan penyakit menular yang disebut juga sebagai penyakit kaki gajah. Filariasis disebabkan oleh larva cacing filaria *wuchereria bancrofti*, *brugia malayi* dan *brugia timori* yang hidup di saluran kelenjar getah bening, dengan manifestasi klinis akut berupa demam berulang dan peradangan saluran kelenjar getah bening (Masrizal, 2013). Filariasis 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) kepada orang yang sehat (tidak mengandung mikrofilaria). Larva cacing yang merusak kelenjar getah bening mengakibatkan tersumbatnya aliran pembuluh limfa sehingga terjadi pembengkakan (edema) di daerah tertentu. Pembengkakan ini dapat berupa pembesaran tungkai, kaki atau lengan dan pembesaran skrotum atau vagina (Kemenkes RI, 2010).

2.1.1.2 Cacing Filaria

Cacing yang menyebabkan penyakit filariasis di Indonesia ada 3 spesies yaitu *Wuchereria Bancrofti*, *Brugia Malayi*, dan *Brugia timori*. Berikut penjelasan dari:

a. *Wuchereria Bancrofti*

Cacing *Wuchereria Bancrofti* dewasa hidup pada saluran limfe dan kelenjar limfe manusia. Pada cacing jenis ini tidak terdapat hewan yang bertindak sebagai reservoir host cacing tersebut, hanya manusia satu-satunya hospes. Sedangkan mikrofilarianya bersifat *periodic nocturnal* yang bisa ditemukan pada darah tepi pada malam hari, dengan panjang hingga 300 mikron dan lebar 8 mikron. Nyamuk yang menjadi vektor penularan yaitu genus *culex*, *aedes*, dan *anopheles* (Soedarto, 2009).

b. *Brugia Malayi* dan *Brugia Timori*

Cacing *Brugia* ada yang zoonotic (hidup di hewan) dan ada yang hanya hidup di tubuh manusia. Pada *Brugia* zoonotik selain manusia sebagai hospes, juga terdapat hewan mamalia yang bertindak sebagai hospes cadangan. Periodisitas *Brugia Malayi* berbeda-beda, ada yang *nocturnal periodic*, *nocturnal subperiodic*, dan *non periodic*. Sedangkan *Brugia Timur* memiliki sifat *periodic nokturna*. Nyamuk yang berperan menjadi vector penularannya yaitu *anopheles* dan *mansonina* (Soedarto, 2009).

Cacing *Brugia* dewasa hidup pada saluran dan pembuluh limfe dan mikrofilarianya terdapat di dalam darah tepi hospes. Cacing dewasa *Brugia* berbentuk mirip dengan cacing dewasa *W.Bancrofti*. Pada cacing *Brugia Malayi* betina memiliki panjang 55 mm dan cacing jantan memiliki panjang 23 mm. Sedangkan *Brugia Timori* betina memiliki panjang 39 mm dan cacing jantan memiliki panjang 23 mm. Mikrofilaria *Brugia Malayi* memiliki selubung, panjang yang mencapai 260 mikron dan *Brugia Timur* memiliki

panjang 310 mikron. Bentuk mikrofilaria *Brugia Malayi* memiliki ciri khas yaitu bentuk ekornya kecil dan mempunyai dua inti terminal yang membuat mikrofilaria *Brugia Malayi* berbeda dengan mikrofilaria *W.Bancrofti* (Soedarto, 2009).

Berdasarkan epidemiologinya cacing filarial dibagi menjadi 6 tipe yang berbeda, yaitu:

a. *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan (urban)

Cacing jenis ini ditemukan pada daerah perkotaan seperti Bekasi, Tangerang, Pekalongan, dan sekitarnya. Cacing ini memiliki perodisitas nokturna dan menularkan melalui nyamuk *Cx quinquefasciatus* yang berkembang biak di air limbah rumah tangga (Masriadi, 2017).

b. *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan

Tipe cacing ini ditemukan pada daerah pedesaan di luar Jawa, yang sebagian besar di Papua dan Nusa Tenggara Timur. Cacing ini memiliki periodisitas nokturna yang menularkan melalui berbagai spesies nyamuk *Anopheles* dan *Culex* (Masriadi, 2017).

c. *Brugia malayi* tipe periodic nokturna

Mikrofilaria jenis ini ditemukan pada daerah tepi di malam hari dengan jenis nyamuk penularannya *Anopheles barbirostris* ditemukan pada daerah persawahan (Masriadi, 2017).

d. *Brugia malayi* tipe subperiodik nokturna

Mikrofilaria jenis ini ditemukan pada daerah tepi di siang hari dan lebih banyak ditemukan di malam hari. Mikrofilaria ini ditularkan melalui nyamuk *mansonia spp* yang ditemukan pada daerah rawa (Masriadi, 2017).

e. *Brugia malayi* tipe non periodik

Mikrofilaria jenis ini ditemukan pada daerah tepi siang maupun malam hari, dengan nyamuk yang sebagai penularannya yaitu *mansonia uniformis* yang ditemukan di daerah hutan rimba (Masriadi, 2017).

f. *Brugia timur* tipe periodic nokturna

Mikrofilaria jenis ini ditemukan pada daerah tepi di malam hari dan nyamuk penularannya *An. barbirostitis* yang ditemukan pada daerah persawahan di Nusa Tenggara Timur dan Maluku Tenggara (Masriadi, 2017).

2.1.1.3 Gejala Klinis

Gejala klinis pada penyakit filariasis terdapat 2 jenis yaitu gejala klinis akut dan gejala klinis kronis. Gejala klinis yang disebabkan oleh cacing *Wuchereria bancrofti*, *brugia malayi*, dan *brugia timori* tidak memiliki perbedaan, hanya saja pada gejala klinis akut yang disebabkan *brugia malayi* dan *brugia timori* tampak lebih berat dan lebih jelas. Infeksi yang disebabkan cacing *Wuchereria bancrofti* berupa kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin, sedangkan cacing *brugia malayi*, dan *brugia timori* tidak menyebabkan kelainan saluran kemih dan kelamin (Masriadi, 2017).

a. Gejala klinis akut

Gejala klinis akut yang ditimbulkan berupa limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis disertai demam, sakit kepala, rasa lemas, dan munculnya abses. Abses yang muncul dapat pecah dan menimbulkan parut sebagai proses penyembuhan, terutama pada daerah lipatan paha dan ketiak. Timbulnya parut, limfadenitis, dan limfangitis lebih sering dialami pada infeksi *brugia malayi* dan *brugia timori* dibandingkan pada infeksi *Wuchereria bancrofti*. Sedangkan infeksi *Wuchereria bancrofti* sering menimbulkan peradangan buah pelir (orkitis), peradangan epididimis (epididimitis), dan peradangan funiculus spermaticus atau funikulitis (Masriadi, 2017).

b. Gejala klinis kronis

1. Limfedema

Infeksi yang disebabkan *Wuchereria bancrofti* berupa pembengkakan seluruh kaki, seluruh lengan, skrotum, penis, vulva, vagina, dan payudara. Sedangkan infeksi yang disebabkan *brugia* menimbulkan pembengkakan pada kaki bawah lutut, lengan dibawah siku dimana siku dan lutut masih normal (Masriadi, 2017).

2. Lymph scrotum

Lymph scrotum merupakan pelebaran saluran limfe superfisial di kulit skrotum, kadang-kadang pada kulit penis. Keadaan ini membuat saluran limfe muda pecah, sehingga membuat cairan limfe keluar dan membasahi pakaian. Selain itu juga ditemukan lepuh (vesicles) pada kulit yang berukuran besar dan kecil. Lepuhan tersebut dapat pecah dan membasahi pakaian yang membuat kemungkinan terjadi infeksi ulang oleh bakteri dan

jamur. Serangan akut berulang ini, dapat berkembang menjadi limfedema skrotum, yang membuat ukuran skrotum kadang normal dan kadang besar (Masriadi, 2017).

3. Kiluria

Kiluria merupakan kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah di ginjal (pelvis renal) yang disebabkan oleh cacing filarial dewasa *Wuchereria bancrofti*. Keadaan ini menyebabkan cairan limfe dan darah masuk ke dalam saluran kemih. Gejala kiluria berupa air kencing seperti susu, karena air kencing banyak mengandung lemak dan terkadang disertai darah, sukar kencing, kelelahan tubuh, dan kehilangan berat badan (Masriadi, 2017).

4. Hidrokel

Hidrokel merupakan pembengkakan kantung buah pelir yang disebabkan terkumpulnya cairan limfe di dalam tunica vaginalis testis. Hidrokel dapat terjadi pada satu buah zakar atau kedua kantung buah zakar. Hidrokel sering dijumpai pada daerah yang endemis cacing *Wuchereria bancrofti* (Masriadi, 2017). Hidrokel memiliki gambaran klinis berupa:

- a. ukuran skrotum terkadang normal terkadang berukuran besar, yang membuat penis tertarik dan tersembunyi
- b. kulit pada skrotum normal, halus, dan lunak
- c. terkadang akumulasi cairan limfe disertai dengan komplikasi chyle, darah, atau nanah.

2.1.2 Penanggulangan Filariasis

2.1.2.1 Pengertian

Penanggulangan filariasis merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menurunkan prevalensi microfilaria rate menjadi serendah mungkin, agar dapat menurunkan risiko penularan filariasis pada suatu wilayah (Permenkes RI, 2014).

2.1.2.2 Kebijakan

- a. Penanggulangan filariasis di Indonesia dilaksanakan melalui strategi eliminasi filariasis.
- b. Eliminasi filariasis di Indonesia sejalan dengan program eliminasi filariasis limfatik global, WHO, meliputi 2 upaya utama memutuskan rantai penularan filariasis yaitu mencegah dan membatasi kecacatan.
- c. Lokasi pelaksanaan eliminasi filariasis dalam lingkup kota atau kabupaten.
- d. mencegah penyebaran filariasis antara kota tau kabupaten, provinsi, dan antar negara.

2.1.2.3 Strategi

- a. Memutuskan rantai penularan filariasis melalui program POPM filariasis di kota atau kabupaten yang endemis filariasis.
- b. Mencegah dan membatasi kecacatan dengan penatalaksanaan kasus klinis filariasis.
- c. Pengendalian vector secara terpadu.
- d. Memperkuat surveilans, jejaring laboratorium dan mengembangkan penelitian
- e. Memperkuat kerja sama dalam lintas batas daerah dan negara, terutama dalam rangka memutuskan rantai penularan filariasis.

2.1.2.4 Kegiatan Pokok

- a. Meningkatkan promosi, yaitu melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku (masyarakat, perorangan, dan lembaga kemasyarakatan) agar dapat berperan aktif dalam program eliminasi. Serta mengembangkan pesan promosi yang mendukung peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku.
- b. Pengembangan sumber daya manusia, yaitu melalui memperkuat kemampuan sumber daya manusia dalam penyelenggaraan program eliminasi filariasis dengan usaha pendidikan, pelatihan, sosialisasi, distribusi informasi, dan penyelenggaraan seminar eliminasi filariasis.
- c. Menyempurnakan tata organisasi, dengan membentuk task force eliminasi filariasis dan kelompok kerja eliminasi filariasis pada pusat daerah, pengembangan jejaring kerja lintas program dan lintas sektor, penyempurnaan pedoman pelaksanaan program eliminasi filariasis, serta mendorong terbentuknya lembaga sosial kemasyarakatan (LSM) peduli filariasis.
- d. Meningkatkan kemitraan, yaitu melalui inventarisasi dan merumuskan kerjasama dengan lembaga mitra, memprioritaskan kerjasama antara program eliminasi filariasis dengan program lain yang dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi program eliminasi filariasis, dan bekerja sama dengan dengan sektor usaha kesehatan sekolah, lembaga mitra pemerintah, lembaga sosial kemasyarakatan, media massa, dan lain sebagainya
- e. Meningkatkan advokasi, yaitu dengan meningkatkan advokasi dengan penentu kebijakan seperti menteri, pimpinan lembaga pemerintah, gubernur, bupati, walikota, DPR, DPRD provinsi, dan DPRD kota atau kabupaten, agar

mendapat dukungan komitmen, tersusunnya peraturan, terlaksananya program eliminasi filariasis melalui dukungan biaya, sumber daya manusia, serta sarana penunjang lainnya.

- f. Pemberdayaan masyarakat, yaitu melalui penumbuh kembangkan masyarakat agar berdaya guna dan mandiri dalam upaya eliminasi filariasis, yang terdiri dari penemuan dan perawatan penderita klinis filariasis, serta pelaksanaan pengobatan massal filariasis.
- g. Memperluas jangkauan program, yaitu dengan melakukan pendekatan kepulauan, pendekatan lintas batas administrasi pemerintah, dan pendekatan kawasan epidemiologi filariasis. Serta melakukan upaya pengendalian vector secara terpadu, agar tercapaian tujuan bebas filariasis pada tahun 2020.
- h. Memperkuat sistem informasi strategis, yaitu dengan mengembangkan sistem surveilans eliminasi filariasis kota atau kabupaten yang terintegrasi dengan provinsi, nasional, dan epidemiologi kesehatan, agar dapat mendukung perencanaan, pengendalian, dan evaluasi program eliminasi filariasis.

2.1.3 Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM)

2.1.3.1 Pengertian

Program POPM filariasis merupakan program pemberian obata yang dilakukan untuk membuat mati mikrofilaria secara bersama-sama pada semua penduduk sasaran di wilayah yang endemis filariasis (Permenkes RI, 2014).

2.1.3.2 Tujuan

Program POPM filariasis ini bertujuan agar terselenggaranya kegiatan yang terencana dengan baik di semua daerah yang endemis filariasis, baik di kota

maupun dikabupaten. Sehingga terwujudnya cakupan 85% sasaran penduduk yang melakukan pengobatan dan 65% dari total jumlah penduduk. Serta menurunkan angka microfilaria hingga $< 1\%$ dan terputusnya rantai penularan dari filariasis (Permenkes RI, 2014).

2.1.3.3 Sasaran

Menurut Permenkes tahun 2014 sasaran dari program ini adalah semua penduduk dari usia 2 tahun hingga usia 70 tahun di semua wilayah endemis filariasis baik itu di kota maupun di kabupaten. Program POPM filariasis ini dilaksanakan setiap setahun sekali dalam kurun waktu minimal 5 tahun secara berturut-turut. Pencegahan filariasis atau pemberian obat ditunda sementara bagi beberapa orang dengan kriteria berikut ini:

- a. anak berusia kurang dari 2 tahun
- b. ibu hamil
- c. penderita gangguan fungsi ginjal
- d. penderita gangguan fungsi hati
- e. penderita epilepsi
- f. penderita penyakit jantung dan pembuluh darah
- g. orang yang sedang sakit keras
- h. penderita kasus kronis filariasis sedang dalam serangan akut
- i. anak berusia kurang dari 5 tahun dengan keadaan marasmus atau kwashiorkor.

2.1.3.4 Tahapan Program POPM Filariasis

Dalam melaksanakan program POPM filariasis terdapat 5 tahapan yang dirancang untuk keberhasilan program (Permenkes RI, 2014).

- a. Tahap 1: Pemetaan daerah endemis filariasis sebelum pelaksanaan program POPM filariasis.

Pemetaan ini dibagi menjadi 2 kegiatan survei yaitu, penderita filariasis kronis dan data dasar prevalensi mikrofilaria. Survei penderita filariasis kronis ini mendata alamat desa dan kelurahan setiap penduduk yang menderita filariasis. Data tersebut dapat digunakan sebagai gambaran epidemiologi filariasis di suatu daerah.

- b. Tahap 2 : Pelaksanaan program POPM filariasis

Tahap pelaksanaan program POPM filariasis yaitu proses monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan saat program berlangsung dan saat setelah pelaksanaan program, yang terdiri dari:

1. Membuat laporan cakupan pengobatan POPM filariasis

Laporan cakupan ini dibuat setiap setahun sekali sesudah program dilaksanakan. Sebelum kegiatan berlangsung perlu adanya proses persiapan data pemberian obat, pengelolaan dan pelaporan. Data yang telah dipersiapkan, kemudian dikelola dengan cermat agar tidak menimbulkan permasalahan pada data laporan cakupan pengobatan.

2. Melaksanakan survei cakupan pengobatan

Pelaksanaan survei cakupan pengobatan setidaknya satu kali setelah program terselenggara pada tahun pertama, sebelum program tahun kedua dilaksanakan. Survei ini dilaksanakan sebagai evaluasi program POPM, agar pelaksanaan program ditahun selanjutnya dapat lebih terselenggara dengan baik. Survei ini meliputi, identifikasi masalah di setiap desa dan

kelurahan yang terdiri dari cakupan rendah, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan.

3. Melaksanakan survei evaluasi prevalensi filariasis

Pelaksanaan survei ini sebagai penilaian efektifitas program POPM filariasis untuk menurunkan risiko penularan filariasis dengan melakukan tes darah jari untuk mengetahui prevalensi mikrofilaria. Survei ini dilakukan dalam kurun waktu 6-11 bulan setelah program POPM filariasis tahun ke 3 dan tahun ke 5 dilaksanakan. Apabila hasil survei setelah POPM filiasi di tahun ke 5 angka $mf < 1\%$ selanjutnya dapat dilaksanakan survei evaluasi penularan dan apabila hasil survei tidak terdapat penularan filariasis, maka daerah kota atau kabupaten tersebut sudah dalam kondisi pre eliminasi filariasis. Namun apabila hasil survei prevalensi filariasis pada tahun ke 5 terdapat $mf > 1\%$, maka perlu dilakukan program POPM kembali setidaknya 2 tahun berturut-turut.

4. Melaksanakan survei evaluasi penularan filariasis

Pelaksanaan survei ini bertujuan untuk memastikan sudah tidak ada penularan filariasis setelah pelaksanaan program POPM filariasis dalam waktu 5 tahun berturut-turut.

c. Tahap 3 : Surveilans pada periode stop POPM filariasis

Survei ini dilaksanakan setelah berhentinya program POPM untuk melihat rantai penularan filariasis sudah benar terputus setelah program POPM. Evaluasi dan monitoring surveilans ini meliputi:

1. melaksanakan surveilans penderita filariasis akut dan kronis, penderita mikrofilaremia pada layanan kesehatan puskesmas atau rumah sakit.
 2. melakukan survei mikrofilaria kepada orang yang tinggal satu rumah dengan penderita filariasis yang terindikasi menderita filariasis sesudah dilaksanakannya program POPM.
 3. melakukan survei penderita filariasis kronis yang mungkin menjadi sumber penularan baru setiap setahun sekali atas laporan kepala desa atau lurah.
 4. melaksanakan survei evaluasi penularan filariasis dengan sasaran anak-anak usia 6-7 tahun, pada akhir tahun ke 2 dan tahun ke 4 setelah berhentinya program POPM. Apabila hasil pada kedua survei terbukti sudah tidak terdapat penularan filariasis, maka dapat dikatakan kota atau kabupaten tersebut telah mencapai kondisi eliminasi filariasis. Apabila hasil survei di tahun ke 2 terdapat penularan filariasis, maka perlu dilakukannya kembali program POPM. Namun apabila hasil survei di tahun ke 4 terdapat penularan filariasis, maka diperlukannya konsultasi kepada kelompok ahli di daerah atau pusat untuk melihat kemungkinan penularan berasal dari kasus lama atau kasus penularan baru.
- d. Tahap 4 : Sertifikasi eliminasi filariasis nasional

Apabila kota atau kabupaten yang endemis filariasi sudah mencapai kondisi pre eliminasi filariasis dan eliminasi filariasis, daerah tersebut dapat ditetapkan sebagai daerah sertifikasi pre eliminasi dan sertifikasi eliminasi filariasis.

e. Tahap 5 : Verifikasi eliminasi filariasis

Pada tahap ini, verifikasi penilaian atas keberhasilan program eliminasi filariasis melalui POPM dilaksanakan oleh WHO.

2.1.3.5 Jenis Obat

Jenis obat yang diberikan dalam program POPM ada 2 jenis yaitu Diethyl Carbamazine Citrate (DEC) dan albendazole. DEC merupakan obat yang memiliki pengaruh cepat terhadap mikrofilaria, dalam waktu beberapa jam dapat mematikan mikrofilaria di dalam peredaran darah. Selain itu DEC juga menyebabkan cacing filarial dewasa sebagian mati dan cacing dewasa yang masih hidup perkembangbiakannya dihambat dalam kurun waktu 9-12 bulan. Sedangkan albendazole merupakan obat yang sering digunakan untuk cacing usus, namun albendazole juga berguna meningkatkan efek DEC untuk mematikan cacing filarial dan mikrofilaria. Pada daerah endemis filariasis, biasanya cukup tinggi angka prevalensi cacing usus, sehingga penggunaan albendazole pada POPM efektif untuk pengendalian prevalensi cacing usus di daerah endemis filariasis (Permenkes RI, 2014).

Pemberian obat POPM terkadang menimbulkan kejadian ikutan pasca minum obat seperti pusing dan panas, sehingga perlu dipersiapkan obat-obatan yang meliputi : parasetamol, kortikosteroid injeksi dan tablet, CTM, adrenalin injeksi, antasid doen, amoksilin, salep antibiotic, infus set, antibiotika oral, cairan infus ringer laktat , dan vitamin B6 (Permenkes RI, 2014).

Tabel 2.1 Dosis Pemberian Obat Berdasarkan Berat Badan

Berat Badan (kg)	DEC (100 mg/tablet)	Albendazole (400 mg/tablet)
10 – 16	1	1
17 – 25	1,5	1
26 – 33	2	1
34 – 40	2,5	1
41 – 50	3	1
51 – 58	3,5	1
59 – 67	4	1
68 – 75	4,5	1
76 – 83	5	1
>84	5,5	1

Sumber: Permenkes,2014

Tabel 2.2 Dosis Pemberian Obat Berdasarkan Umur

Umur (tahun)	DEC (100 mg/tablet)	Albendazole (400 mg/tablet)
2 – 5	1	1
6 – 14	2	1
≥ 14	3	1

Sumber: Permenkes,2014

2.1.3.6 Cara pemberian obat

Obat dalam program POPM diberikan tiap setahun sekali selama setidaknya 5 tahun berturut-turut, dalam mengonsumsi obat lebih baik setelah makan dan didepan petugas. Hal ini dikarenakan apabila terjadi kejadian ikutan pasca minum obat, ada petugas medis yang siap menangani. Besar dosis obat yang diberikan diukur berdasarkan umur (Permenkes RI, 2014).

2.1.4 Perencanaan Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis

2.1.4.1 Perencanaan Di Kota Atau Kabupaten

a. Persiapan data dasar dan kebutuhan logistik

Melaksanakan pemetaan di seluruh wilayah kota atau kabupaten yang endemis filariasis sebelum pelaksanaan POPM, meliputi survei kasus kronis filariasis dan survei data dasar prevalensi filariasis. Mendata jumlah penduduk setiap desa berdasarkan golongan umur. Serta mempersiapkan kebutuhan obat dan logistik lainnya.

b. Pertemuan koordinasi kota atau kabupaten

Pertemuan ini bertujuan untuk mendapatkan kesepakatan dinas kesehatan dan puskesmas dalam pelaksanaan program POPM filariasis.

c. Advokasi kota atau kabupaten

Advokasi ini bertujuan untuk memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program POPM filariasis, meliputi biaya program setiap tahun dalam kurun waktu 5 tahun berturut-turut. dengan ditandatanganinya kesepakatan. Selain itu advokasi ini juga dimanfaatkan sebagai sosialisasi program dan mengajukan permohonan adanya surat keputusan. Serta menjelaskan kemungkinan terdapat kejadian ikutan pasca pemberian obat pencegahan filariasis.

d. Pertemuan koordinasi kecamatan

Pertemuan ini meliputi camat, lintas sektor terkait, kepala puskesmas, kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan organisasi kemasyarakatan yang bertujuan sebagai penyuluhan filariasis.

e. Sosialisasi POPM filariasis

Sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat melalui pemberian informasi yang jelas mengenai program POPM filariasis, agar masyarakat sebagai sasaran program mengerti pentingnya program POPM dan mengetahui apa yang harus dilakukan bila terjadi kejadian pasca minum obat. Sosialisasi ini dihadiri tokoh masyarakat, tokoh agama, guru, LSM, dan masyarakat umum.

2.1.4.2 Perencanaan di Provinsi

- a. Advokasi pelaksanaan POPM filariasis pada kota atau kabupaten yang endemis filariasis.
- b. Merencanakan stok obat untuk program POPM
- c. Melaksanakan survei data dasar prevalensi mikrofilaria pada kota atau kabupaten sebelum melaksanakan program POPM filariasis, melakukan koordinasi dengan kementerian kesehatan dan dinas kesehatan kota atau kabupaten
- d. Merencanakan kebutuhan pelatihan teknis petugas kota atau kabupaten dan puskesmas
- e. Membentuk komite kejadian ikutan pasca minum obat di provinsi
- f. Rencana asistensi pelaksanaan kegiatan POPM filariasis
- g. Merencanakan evaluasi hasil kegiatan POPM filariasis

2.1.5 Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis

2.1.5.1 Persiapan

- a. Penyiapan masyarakat

Melakukan sosialisasi dan mengikutsertakan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program, kader mengunjungi warga dari rumah ke rumah di wilayah binaannya. Setiap kader membina 20-30 keluarga, dengan memberikan informasi mengenai adanya program POPM, tempat waktu pelaksanaan, manfaat minum obat, dan pengisi kartu pengobatan. Selain itu, kader juga bertugas menyeleksi dan mencatat penduduk yang ditunda pengobatannya dan pendataan penderita filariasis kronis.

b. Penyediaan bahan, alat, dan obat

Penyediaan meliputi, kartu pengobatan, formulir pelaporan pengobatan kader filariasis, formulir sensus, formulir pendataan penderita filariasis kronis, media penyuluhan, alat tulis, obat DEC, albendazole, dan obat untuk kejadian ikutan pasca minum obat.

c. Antisipasi kejadian ikutan pasca pemberian obat POPM filariasis

1. Masyarakat perlu mengetahui kemungkinan terjadi kejadian ikutan pasca minum obat, gejala dan tanda serta pertolongan pertama, kapan harus dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit, puskesmas atau rumah sakit mana yang menjadi rujukan, dan bagaimana tindakan pencegahannya.
2. Puskesmas harus memiliki stok obat kejadian ikutan pasca minum obat pencegahan filariasis, mempersiapkan petugas layanan kesehatan, mengenali dengan tepat rujukan penderita agar mendapat pertolongan yang tepat, dan tidak memberikan obat kepada sasaran yang ditunda pengobatannya.

3. Kota atau kabupaten harus menyiapkan rumah sakit rujukan dan membentuk tim ahli kejadian ikutan pasca minum obat pencegahan filariasis

2.1.5.2 Pelaksanaan Kegiatan POPM Filariasis

Pelaksana program POPM filariasis merupakan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki keahlian dan berkompetensi, serata kader yang mendapat pelatihan untuk ditempatkan pada setiap pos-pos atau kunjungan dari rumah ke rumah untuk mendistribusikan obat. Waktu pelaksanaan program ini pada bulan Agustus-Oktober (Permenkes RI, 2014).

Pelaksanaan kegiatan ada beberapa hal yang dilakukan, meliputi menyiapkan tempat pos pelaksanaan minum obat, mengundang penduduk untuk datang ke pos minum obat, memberikan obat yang harus diminum sesuai dengan dosis dan diminum di depan kader, serta mengunjungi rumah warga yang tidak hadir di pos pelaksanaan. Selain itu, juga perlu melakukan tindakan terhadap kejadian ikutan pasca minum obat pencegahan filariasis yaitu dengan mencatat jenis kejadian ikutan pasca minum obat di kartu pengobatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan (Permenkes RI, 2014).

Tabel 2.3 Jadwa Pelaksanaan Program POPM Filariasis

NO	Jenis Kegiatan	Desa	Kec	Waktu Kab	Prov	Pusat	Penanggung Jawab
1.	Rapat koordinasi			H-2 bln			Dinkes Kab
2.	Advokasi		H-1 bln	H-2 bln			Puskesmas, Dinkes Kab
3.	Sosialisasi	H- (2 - 7) hari	H-1 minggu	H-1 bln			Kades, Puskesmas, Dinkes Kab
4	a. pemilihan		H-1 bln				Puskesmas
	b. pelatihan kader		H-7hari				

5.	Distribusi		H-2					
	a. bahan dan peralatan	H-1 minggu	H-2 minggu	H-1 bln	H-2 bln	H-3 bln	Masing-masing	
	b. obat	H-3hari	H-2 minggu	H-1 bln	H-2 bln	H-3 bln		
6.	Penyiapan masyarakat	H-5hari					Puskesmas	
7.	Pelaksanaan program POPM filariasis	H	H				Puskesmas	
8.	Monitoring kejadian ikutan pasca pemberian obat POPM filariasis	H+4 jam s/d 3 hari	H+4 jam s/d 3 minggu				Puskesmas	
9.	Pemberian obat kejadian ikutan		H+4 jam s/d 3 minggu				Puskesmas	
10.	Pemberian obat pada penduduk yang tidak hadir	H+1 minggu	H+2 minggu	H+1 bulan			Masing-masing	
11.	Pelaporan							
	a. cakupan pengobatan	H+10 hari	H+1 bulan	H+1 bulan	H+1 bulan		Masing-masing	
	b. kejadian ikutan	H+3 minggu	H+1 bulan	H+1 bulan	H+1 bulan			
12.	Evaluasi cakupan				H+5 minggu		Provinsi	
13.	Supervise		H-7 hari, H, H+7 hari	H-2 minggu, H, H+2 minggu	H-2 minggu, H, H+2 minggu	H-2 minggu, H, H+2 minggu	Masing-masing	

Sumber: Permenkes,2014

2.1.6 Kebijakan

2.1.6.1 Pengertian Kebijakan

Kebijakan adalah suatu rangkaian alternatif yang dapat dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Kebijakan merupakan hasil analisis yang mendalam

terhadap berbagai alternatif yang berujung pada keputusan terbaik. (Balai Pustaka, 1991 dalam Dachi, 2017). Kebijakan adalah sebuah konsensus atau kesepakatan pengambil keputusan dengan tujuan menanggulangi suatu masalah atau untuk mencapai tujuan tertentu. Hal ini sejalan dengan pengertian kebijakan berdasarkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang menegaskan bahwa kebijakan merupakan pedoman untuk bertindak. Kebijakan dapat dimaknai berupa suatu deklarasi tentang dasar pedoman bertindak, arah tindakan tertentu, suatu program terkait aktivitas-aktivitas tertentu atau suatu rencana (United Nations, 1975 dalam Dachi, 2017).

Berdasarkan uraian tersebut, sebuah kebijakan setidaknya memiliki ciri-ciri berikut ini: bersifat spesifik pada bidang tertentu, usulan atau proposal khusus, memiliki tujuan atau masalah yang ingin diselesaikan, memiliki nilai-nilai dan cara tertentu untuk mencapai tujuan, berasal dari keputusan pemerintah atau lembaga formal yang mengikat sehingga di taati oleh pelakunya, terdapat program yang berkesinambungan (input, proses, output, dan outcome), dan suatu proses yang berdampak bagi masyarakat (Dachi, 2017).

2.1.6.2 Pengertian Kebijakan Publik

Kebijakan Publik adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu yang berhubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan tertentu (Indiahono, 2017). Kebijakan publik merupakan sebuah aturan yang mengatur kehidupan bersama yang ditaati dan berlaku serta mengikat seluruh masyarakat. Apabila terdapat pelanggaran

maka akan ada sanksi yang diterima oleh masyarakat dari lembaga yang berwenang (Dachi, 2017).

Pada dasarnya pandangan terhadap kebijakan publik terbagi dalam 2 kategori yaitu:

- a. Kebijakan publik dipandang sama dengan tindakan-tindakan pemerintah dengan artian bahwa semua tindakan pemerintah diartikan sebagai kebijakan publik.
- b. Kebijakan publik yang dipandang sebagai keputusan pemerintah yang memiliki tujuan dan maksud tertentu, berdampak, sehingga kebijakan publik dipandang sebagai sebuah proses perumusan, implementasi, dan evaluasi.

2.1.6.3 Pengertian Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan hukum kesehatan yang meliputi aturan atau peraturan mengenai kesehatan. Namun kebijakan kesehatan tidak hanya sekedar mengenai hukum kesehatan, tetapi harus dipahami secara utuh dan benar. Apabila suatu masalah kesehatan memiliki dampak pada masyarakat luas dan dipandang perlu untuk diatur maka masalah kesehatan tersebut menjadi formulasi kebijakan kesehatan yang harus dilaksanakan dan disusun serta disepakati oleh para pejabat yang berwenang. Suatu kebijakan kesehatan yang ditetapkan menjadi kebijakan baik dalam bentuk UU, peraturan pemerintah, peraturan presiden, keputusan menteri, dan peraturan daerah maka kebijakan kesehatan tersebut berubah menjadi hukum dibidang kesehatan yang harus ditaati (Dachi, 2017).

2.1.6.4 Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan adalah suatu aktivitas menjalankan kebijakan dalam ranah senyatanya, baik dilakukan oleh pemerintah maupun para pihak yang telah ditentukan dalam kebijakan. Implementasi kebijakan sebagai tahap yang penting dalam sebuah kebijakan, tahapan ini menentukan apakah kebijakan yang ditempuh pemerintah sudah aplikabel dilapangan dan mampu menghasilkan output dan outcomes seperti yang sudah direncanakan. Output merupakan keluaran kebijakan yang diharapkan dapat muncul sebagai luaran secara langsung dari kebijakan. Output biasanya dapat dilihat dalam waktu singkat setelah implementasi kebijakan. Sedangkan outcomes merupakan dampak dari kebijakan yang diharapkan dapat timbul sesudah keluarnya output kebijakan. Outcomes biasanya diukur setelah keluarnya output atau dalam jangka waktu yang lama setelah implementasi kebijakan (Indiahono, 2017).

2.1.6.5 Proses Kebijakan Publik

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banya proses maupun variabel yang perlu dikaji. Kebijakan publik dapat lebih mudah dipahami apabila dikaji tahap demi tahap. Hal inilah yang membuat sebuah kebijakan publik menjadi penuh warna dan kajiannya dinamis. Menurut Dunn (1994) dalam Sore & sobirin (2017), proses kebijakan publik memiliki 5 proses, yaitu:

a. Perumusan masalah

Perumusan masalah atau penyusunan agenda merupakan proses yang utama karena pada proses ini terdapat ruang untuk menentukan masalah publik dan

prioritas masalah yang diutamakan. Pada proses ini mungkin terdapat masalah yang tidak disentuh sama sekali oleh perumus kebijakan, sementara masalah lain menjadi fokus dalam pembahasan atau bahkan ada pula masalah yang ditunda pembahasannya hingga jangka waktu lama dengan alasan tertentu. Hal ini dikarenakan perumusan masalah difokuskan kepada masalah yang paling penting untuk segera ditangani.

b. Forecasting

Forecasting atau formulasi kebijakan merupakan proses di mana masalah yang masuk pada agenda kebijakan, selanjutnya dibahas oleh para pembuat kebijakan kemudian didefinisikan untuk mencari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai pilihan alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Pada proses ini para pembuat kebijakan mengusulkan pandangannya agar dapat menjadi pemecahan masalah yang terbaik sehingga dipilih untuk proses selanjutnya.

c. Rekomendasi kebijakan

Rekomendasi kebijakan atau adopsi kebijakan yaitu dari beberapa alternatif kebijakan yang diusulkan oleh perumus kebijakan, pada akhirnya hanya ada satu alternatif kebijakan yang dipilih. Alternatif kebijakan yang terpilih, berdasarkan dukungan dari pilihan terbanyak legislative dan konsensus antara direktur lembaga atau putusan dari peradilan.

d. Monitoring kebijakan

Monitoring kebijakan atau implementasi kebijakan yaitu proses melaksanakan kebijakan yang telah terpilih.

e. Evaluasi kebijakan

Evaluasi kebijakan atau penilaian kebijakan yaitu menilai kebijakan yang telah dilaksanakan, untuk mengetahui sejauh mana kebijakan yang telah dilaksanakan mencapai target yang dicanangkan. Penilaian kebijakan berdasarkan kriteria-kriteria atau standar yang menjadi dasar pelaksanaan kebijakan.

2.1.6.6 Analisis Kebijakan Publik

Analisis kebijakan publik merupakan kajian yang tidak hanya mengenai kajian disektor publik saja, namujuga mengenai sektor privat yang memanfaatkan metode-metode analisis kebijakan sebagai penyelesaian masalah. Analisis kebijakan adalah analisis yang multi metode, multi disiplin, berfokus pada masalah, berkaitan dengan pemetaan konstektualitas maslah kebijakan, pilihan kebijakan, dan hasil kebijakan (Sore & Sobirin, 2017).

Tabel 2.4 Tahapan Analisis Kebijakan

Tahap	Karakteristis
Perumusan Masalah	Memberikan informasi terkait kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah
Forecasting (Peramalan)	Memberikan informas terkait konsekuensi pada masa mendatang dari pengambilan alternatif kebijakan termasuk apabila membuat kebijakan
Rekomendasi Kebijakan	Memberikan informasi terkait manfaat dari setiap alternatif dan merekomendasikan alternatif kebijakan yang memiliki manfaat paling baik.
Monitoring Kebijakan	Memberikan informasi terkait konsekuensi yang dihadapi sekarang dan masa lalu serta kendala-kendala dari diterapkannya alternatif kebijakan tersebut
Evaluasi Kebijakan	Memberikan informasi terkait kinerja atau hasil dari diterapkannya sebuah kebijakan

Sumber: Sore & Sobirin, 2017

2.1.6.7 Fakto-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Kebijakan

Sebuah implementasi kebijakan memiliki berbagai variabel atau faktor yang menentukan keberhasilannya, setiap variabel atau faktor saling berhubungan satu sama lain dalam sebuah keberhasilan implementasi program atau kebijakan. Menurut Edwar model implementasi kebijakan publik terdapat empat variabel yang memiliki peran penting dalam keberhasilan implentasi, meliputi komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi. Berikut ini teori George C. Edward III dalam keberhasilan implementasi kebijakan.

2.1.6.7.1 Komunikasi

Sebuah kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik apabila terjadi komunikasi yang efektif antara pelaksana program dengan para kelompok sasaran. Dengan adanya komunikasi tujuan dan sasaran program dapat disosialisasikan dengan baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi dari kebijakan atau program. Hal ini menjadi penting, karena semakin tingginya pengetahuan kelompok sasaran terhadap program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program (Indiahono, 2017).

Berdasarkan teori Edward komunikasi kebijakan terdiri dari beberapa dimensi, yaitu transmisi, kejelasan, dan konsisten.

- a. Transmisi yaitu penerusan pesan yang ada dalam kebijakan agar dapat disampaikan keseluruhan lapisan yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan, tidak hanya kepada pelaksana kebijakan namun juga kepada kelompok sasaran kebijakan, serta pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam menyampaikan informasi sering kali terdapat kendala yaitu pertama, pertentangan pendapat

diantara para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan. Pertentangan yang terjadi akan menimbulkan hambatan atau distorsi pada komunikasi kebijakan, karena para pelaksana menggunakan keleluasaan yang mereka miliki dalam melaksanakan keputusan dan perintah umum. Kedua, informasi yang disampaikan mengalami distorsi komunikasi karena begitu banyak lapisan birokrasi yang dilewati sehingga penyampaiannya informasi tidak seperti yang dikehendaki. Selain itu penangkapan informasi yang diberikan juga berbeda-beda setiap orangnya, sehingga pemahaman yang diterima juga berbeda-beda (Winarno, 2012).

- b. Kejelasan, apabila sebuah kebijakan diimplementasikan sesuai dengan yang diinginkan, maka petunjuk pelaksanaan tidak hanya diterima oleh pelaksana kebijakan namun komunikasi kebijakan juga harus jelas. Sering kali instruksi yang diberikan kepada pelaksana kabur dan tidak menetapkan kapan dan bagaimana program tersebut akan dilaksanakan. Ketidak jelasan pesan komunikasi yang disampaikan dapat membuat interpretasi yang salah atau bertentangan dengan pesan awal dalam implementasi kebijakan. Sebuah pesan kebijakan harus dikomunikasikan secara jelas dan tidak memiliki dua arti yang membingungkan bagi pelaksana kebijakan maupun kelompok sasaran, supaya maksud dan tujuan kebijakan dapat dimengerti dengan baik. Sehingga pelaksana kebijakan, kelompok sasaran, dan pihak yang berkepentingan dapat memahami apa saja yg harus dipersiapkan dan dilakukan untuk mensukseskan kebijakan tersebut. Beberapa faktor yang mendorong ketidak jelasan komunikasi kebijakan, yaitu kompleksitas kebijakan publik, keinginan untuk

tidak mengganggu kelompok masyarakat, kurangnya konsensus tentang tujuan kebijakan, masalah dalam memulai kebijakan baru, menghindari pertanggungjawaban kebijakan, dan sifat pembentukan kebijakan pengadilan (Winarno, 2012).

- c. Konsistensi, apabila suatu implementasi kebijakan ingin berjalan secara efektif, maka perintah pelaksanaannya harus konsisten dan jelas. Meskipun perintah yang disampaikan kepada para pelaksana kebijakan terdapat unsur kejelasan, namun bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak dapat memudahkan para pelaksana kebijakan dalam menjalankan tugas. Selain itu perintah-perintah dalam implementasi kebijakan yang tidak konsisten akan membuat para pelaksana memiliki kelonggaran untuk bertindak dalam menafsirkan dan mengimplementasikan kebijakan. Apabila hal ini terjadi akan berakibat ketidak efektifan implementasi kebijakan, karena tujuan kebijakan tidak dapat tercapai dengan tindakan yang longgar (Winarno, 2012).

2.1.6.7.2 Sumberdaya

Sebuah kebijakan harus didukung dengan sumber daya yang memadai, karena berperan penting dalam implementasi kebijakan. Sumber daya tersebut terdiri dari staf, finansial, peralatan atau fasilitas, wewenang, dan informasi.

- a. Staf atau Sumber daya manusia yang dimaksud berupa kecukupan baik kualitas maupun kuantitas implementator yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sebab tanpa kehandalan implementor sebuah kebijakan menjadi kurang energi, sehingga berjalan lambat dan seadanya (Indiahono, 2017).

- b. Sumber daya finansial yaitu kecukupan modal investasi dari sebuah program atau kebijakan. Sumber daya finansial akan menjamin keberlangsungan program atau kebijakan, tanpa adanya dukungan finansial yang memadai program tidak dapat berjalan efektif dan cepat untuk mencapai tujuan dan sasaran (Indiahono, 2017).
- c. Sumber daya peralatan meliputi segala sesuatu yang tersedia dan sarana yang digunakan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan, seperti bangunan sebagai kantor untuk koordinasi, perlengkapan, perbekalan dan lain-lain (Winarno, 2012).
- d. Sumber daya wewenang yaitu wewenang yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan agar dapat membuat keputusan untuk melaksanakan suatu kebijakan. Kewenangan yang dimaksud yaitu kewenangan setiap pelaksana dalam melakukan hal-hal yang berhubungan dengan kebijakan yang ditetapkan (Winarno, 2012).
- e. Informasi, dalam kebijakan yaitu mengenai informasi bagaimana pelaksanaan suatu kebijakan, agar pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya. Selain itu, informasi juga mengenai data tentang kepatuhan personil terhadap peraturan pemerintah. Pelaksana harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat pada pelaksanaan kebijakan menaati undang-undang. Kurangnya informasi tentang bagaimana mengimplementasikan kebijakan membuat beberapa konsekuensi secara langsung yaitu, beberapa tanggung jawab tidak dapat dipenuhi dengan

sungguh-sungguh atau tidak dipenuhi tepat waktu, serta ketidakefisienan (Winarno, 2012).

2.1.6.7.3 Disposisi

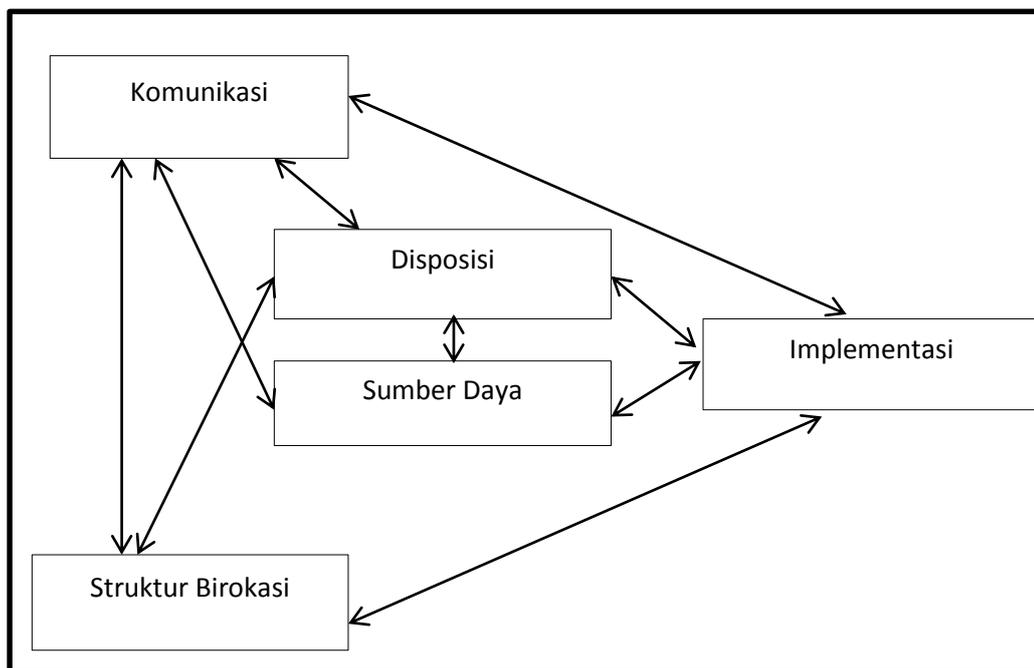
Disposisi merupakan menunjuk karakteristik yang menempel erat pada implementor program atau kebijakan. Karakter yang harus dimiliki oleh implementor yaitu kejujuran, komitmen, dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur dapat bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program atau kebijakan. Sebuah kejujuran akan membuat implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam guideline program. Komitmen dan kejujuran membawa implementor semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis membuat meningkatnya kesan baik implementor dan kebijakan dimata anggota kelompok sasaran. Sikap tersebut dapat menurunkan resistensi dari masyarakat, sehingga menumbuhkan rasa percaya masyarakat terhadap implementor program atau kebijakan (Indiahono, 2017).

2.1.6.7.4 Struktur Birokasi

Sebuah struktur birokrasi menjadi bagian penting dalam program atau kebijakan. Aspek penting struktur birokrasi meliputi mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi program biasanya sudah ditetapkan dalam Standar Operating Procedure (SPO) yang tercantum dalam guideline program atau kebijakan. Sebuah SOP yang baik di dalamnya terdapat kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit-belit dan mudah dipahami oleh siapapun, karena akan menjadi acuan implementor dalam bekerja.

Fragmentasi adalah penyebaran tanggung jawab sebuah kebijakan terhadap beberapa badan yang berbeda-beda.

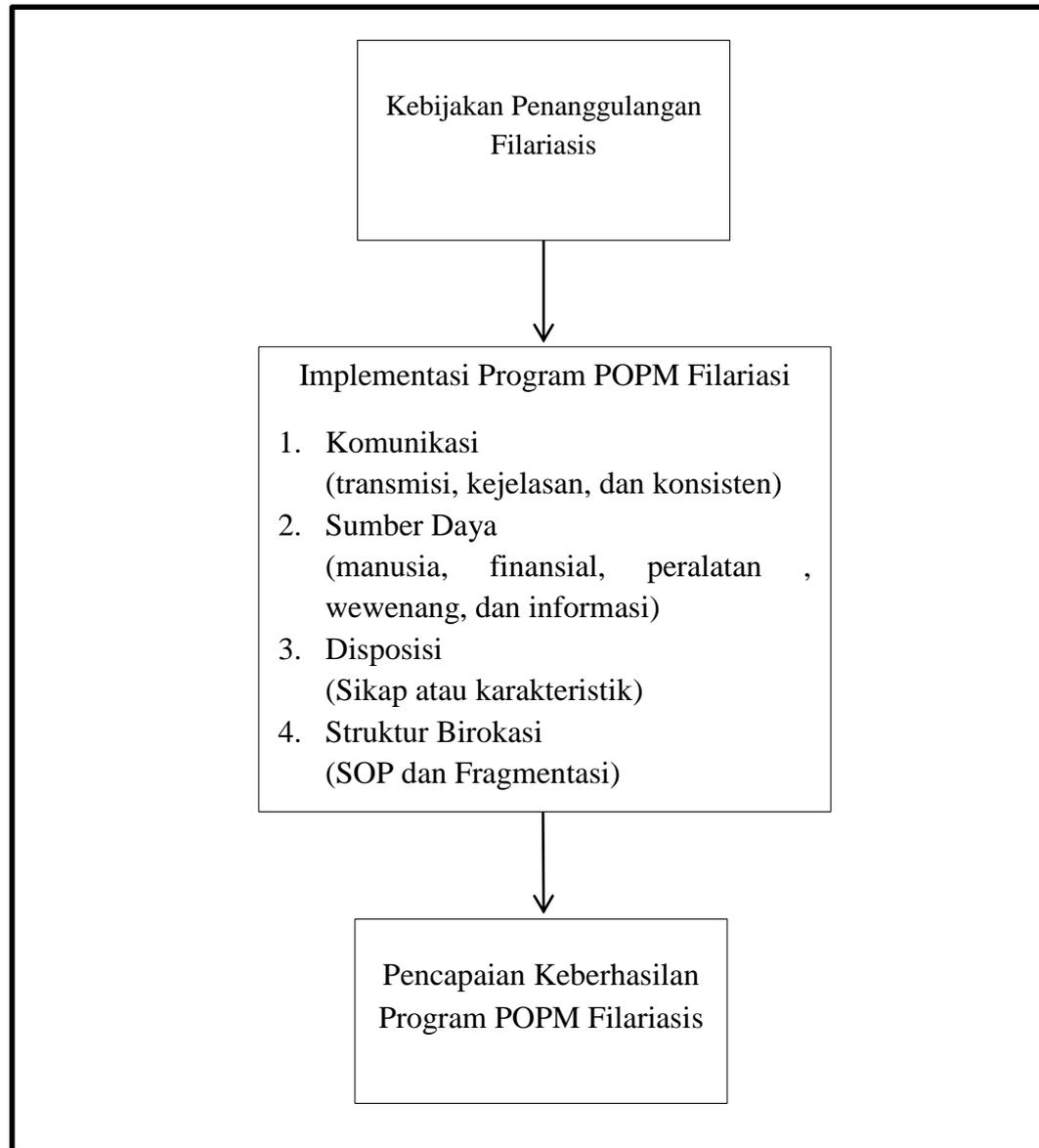
Sebuah struktur organisasi yang terfragmentasi dapat mengakibatkan masalah komunikasi karena penyebaran komunikasi dari satu badan birokrasi ke badan birokrasi lain sehingga membutuhkan koordinasi. Selain itu struktur organisasi pelaksana sebisa mungkin juga menghindari hal yang berbelit-belit, panjang, dan kompleks. Sebuah struktur organisasi pelaksana dapat menjamin adanya pengambilan keputusan atas kejadian luar biasa pada program dengan cepat. Hal ini hanya bisa terjadi apabila struktur di desai secara ringkas dan fleksibel menghindari hal kaku, terlalu hirarkhis, dan birokratis (Indiahono, 2017).



Gambar 2.1 Model Implementasi Edward III

Sumber: Indiahono, 2017

2.2 KERANGKA TEORI



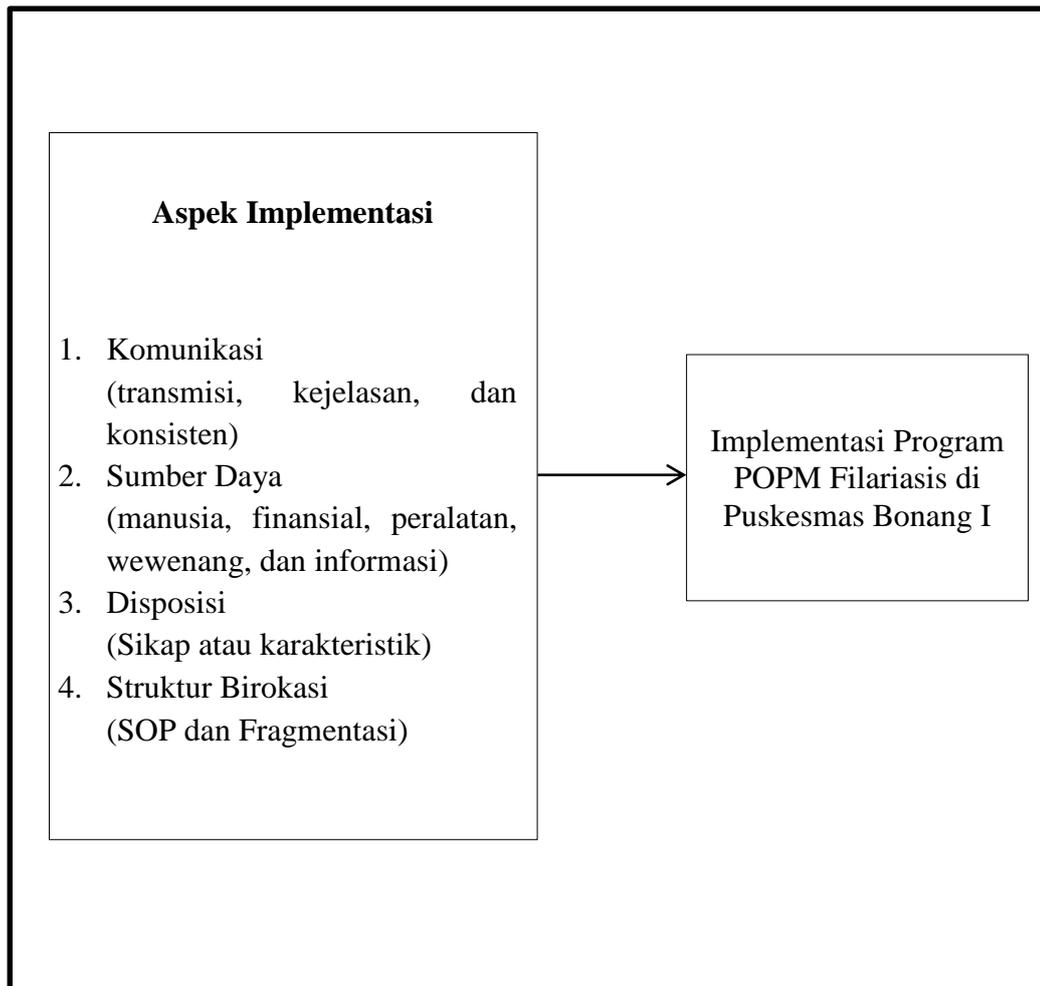
Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Model Implementasi George C. Edward III

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Alur Pikir



Gambar 3.1 Alur Pikir

3.2 Fokus Penelitian

Begitu luasnya masalah, maka dalam penelitian kualitatif peneliti akan membatasi penelitian pada satu atau lebih variabel yang disebut batasan masalah. Batasan masalah dalam penelitian kualitatif disebut fokus, yang berisi pokok masalah yang bersifat umum (Sugiyono, 2016). Fokus penelitian ini terletak pada

implementasi program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak. Dalam penelitian ini menggunakan teori implementasi kebijakan menurut George C. Edward III yaitu:

- a. Komunikasi, aspek komunikasi yang akan diteliti meliputi transmisi atau penyaluran pesan, kejelasan pesan, dan pesan yang konsisten.
- b. Sumber daya, yang akan diteliti dalam penelitian ini meliputi sumberdaya manusia, finansial atau keungan, peralatan atau sarana, wewenang pelaksana, dan informasi.
- c. Disposisi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sikap dan karakteristik pelaksana program.
- d. Struktur birokrasi, yaitu mengenai Standar Oprasional Pelaksanaan (SOP) dan Fragmentasi.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, karena penelitian kualitatif memiliki karakteristik yang mendeskripsikan suatu keadaan yang sebenarnya atau fakta, dengan hasil penelitian yang lebih menekankan makna dari pada generalisasi. Penelitian kualitatif merupakan pengumpulan data pada suatu latar alamiah dengan tujuan menafsirkan fenomena yang terjadi dimana peneliti sebagai instrument kunci (Anggito & Setiawan, 2018).

Sedangkan untuk metode, dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Metode deskriptif pada umumnya digunakan sebagai penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program dimasa

sekarang, yang kemudia hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut (Notoatmodjo, 2010). Metode tersebut digunakan untuk mengetahui implementasi program POPM filariasis di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak.

3.4 Sumber Informasi

3.4.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari sumber pertama atau sumber asli. Data primer tidak dapat ditemukan dalam bentuk terkomplikasi ataupun dalam bentuk file-file. Data ini harus dicari melalui informan atau responden, orang yang dijadikan obyek penelitian atau orang yang dijadikan sebagai sarana mendapatkan informasi ataupun data. Sumber informasi pada penelitian ini merupakan sumber informan yang dipilih melalui teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tersebut seperti, informan dianggap sebagai orang yang paling mengetahui keadaan yang akan diteliti atau orang yang bersentuhan langsung dengan hal yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah programer filariasis Puskesmas Bonang I, Kepala Puskesmas Bonang I, dan kader filariasis. Sedangkan untuk informan triangulasi adalah programer filariasis di Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, bidan desa, tokoh masyarakat, dan masyarakat sebagai sasaran program.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data-data yang sudah tersedia dan dapat ditemukan oleh peneliti dengan cara membaca, melihat, atau mendengarkan. Data ini biasanya berasal dari data primer yang telah diolah peneliti sebelumnya atau instansi pemerintah. Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak secara langsung memberikan keterangan kepada peneliti, namun melalui orang lain atau dokumen. Data sekunder digunakan untuk melengkapi data primer dalam penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini meliputi:

- a. Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2017
- b. Profil kesehatan Kabupaten Demak tahun 2016 dan 2017
- c. Data penderita filariasis di Kabupaten Demak tahun 2018
- d. Data cakupan minum obat pencegahan filariasis tahun 2016-2018
- e. Sumber literature lain seperti buku, jurnal, skripsi, tesis, dan lain sebagainya

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen merupakan alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data dalam sebuah penelitian. Dalam penelitian kualitatif peneliti menjadi instrument utama, karena peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan pedoman wawancara. Sebagai *human instrument* yang peneliti berfungsi sebagai perencana, pelaksana, menetapkan fokus penelitian, pemilihan narasumber, mengumpulkan data, menilai kualitas data, melakukan analisis data, menafsirkan data, dan

membuat kesimpulan (Moleong, 2016). Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Pedoman wawancara, sebagai panduan peneliti untuk melakukan wawancara kepada informan, agar wawancara tetap pada fokus yang dituju sehingga tidak menyimpang.
- b. Alat perekam, digunakan untuk merekam proses wawancara semua pembicaraan antara informan dan peneliti. Hasil rekaman dapat digunakan untuk analisis secara lebih mendalam karena rekaman dapat diputar berulang kali.
- c. Alat tulis, digunakan untuk mencatat point-point jawaban dari narasumber agar ketika terjadi kerusakan atau suara yang tidak jelas pada rekaman, peneliti masih memiliki data wawancara lain.
- d. Kamera, untuk mendokumentasikan setiap kegiatan dalam penelitian baik itu proses wawancara atau kondisi dilapangan.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

3.5.2.1 Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan. Sehingga data yang diperoleh secara langsung dari informan melalui suatu pertemuan atau percakapan *face to face*. Wawancara dalam penelitian ini menggunakan jenis wawancara mendalam atau wawancara semi terstruktur yaitu wawancara yang fleksibel namun memiliki arah yang jelas. Dengan pedoman wawancara yang terdiri dari pokok-pokok bahasan yang sifatnya masih mentah,

peneliti memiliki kebebasan untuk mengolah sendiri pertanyaan dan mengatur alur wawancara, sehingga memperoleh jawaban yang diharapkan (Notoatmodjo, 2010).

3.5.2.2 Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang merencanakan untuk melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Sehingga dalam observasi tidak hanya melihat atau menonton saja, tetapi disertai perhatian khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan (Notoatmodjo, 2010). Observasi dalam penelitian ini untuk mengamati ketersediaan dokumen penunjang seperti pelatihan kader, SOP, struktur organisasi, pelaksanaan sosialisasi dan lain sebagainya.

3.5.2.3 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan sebagai bentuk pelengkap hasil wawancara dan observasi. Hasil wawancara dan observasi akan lebih dapat dipercaya apabila dapat didukung melalui foto-foto, hasil penelitian atau karya ilmiah dan lain-lain.

3.6 Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukandalam beberapa tahapan yang terdiri dari tahap pra penelitian, tahap pelaksanaan, dan tahap pasca penelitian.

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Tahap pra penelitian merupakan tahap yang dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan. Kegiatan pra penelitian meliputi:

- a. Mencari topik masalah dan menentukan lokasi

- b. Membuat surat perizinan studi pendahuluan
- c. Melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Bonang I dan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak
- d. Membuat proposal dari bab 1-3
- e. Membuat instrument penelitian
- f. Mengurus surat ijin penelitian
- g. Mengurus *ethical Clearance*

3.6.2 Tahap Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini meliputi:

- a. mempersiapkan alat penelitian yang dibutuhkan
- b. melakukan wawancara mendalam kepada informan untuk mengumpulkan data yang selengkap-lengkapnyanya
- c. pencatatan, perekaman dan pengambilan foto kegiatan

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Setelah diperolehnya data dari hasil wawancara ini, hal-hal yang perlu dilakukan yaitu:

- a. pencatatan atau merekap seluruh data yang didapat setelah penelitian
- b. memeriksa keabsahan data
- c. mengolah data dan analisis data
- d. menyajikan data secara deskriptif

3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data

Pemeriksaan keabsahan data pada penelitian ini menggunakan metode triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu di luar data sebagai bentuk pengecekan atau perbandingan terhadap data tersebut. Dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Triangulasi sumber adalah membandingkan dan melakukan pengecekan hasil temuan informasi dari informan utama kepada informan triangulasi. Sedangkan untuk triangulasi teknik yaitu dengan cara mengecek data kepada informan yang sama namun dengan cara yang berbeda. Membandingkan dan mengecek hasil data yang diperoleh saat wawancara dengan dokumentasi (Sugiyono, 2016).

3.8 Teknik Analisis Data

Pengolahan data adalah proses untuk memperoleh data dari setiap variabel penelitian yang siap dianalisis. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan metode analisis data yang kemudian hasilnya ditampilkan secara deskriptif. Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis sebuah data yang didapatkan melalui hasil wawancara, catatan, rekaman, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih yang penting dan perlu dipelajari serta membuat kesimpulan agar dapat dipahami oleh diri sendiri dan orang lain. Menurut Sugiyono (2016), langkah-

langkah dalam proses analisis data meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi.

3.8.1 Reduksi Data

Setelah melakukan penelitian maka akan diperoleh data dari lapangan yang begitu banyak, sehingga perlu diteliti dan dicatat secara rinci, sehingga diperlukannya analisis data secara reduksi. Reduksi data adalah merangkum, memilih hal-hal yang utama atau pokok, fokus terhadap hal-hal yang penting dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan dengan cara mengurangi atau menghilangkan hal-hal yang tidak perlu. Sehingga memberikan gambaran data yang jelas, agar memudahkan peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan (Sugiyono, 2016).

Dalam penelitian ini, setelah data diperoleh kemudian data dicatat secara rapi dan terinci dilakukan pemilihan pembahasan yang pokok dan fokus penelitian, pembahasan yang tidak perlu dalam penelitian disotir. Kemudian bahasa dalam data disederhanakan atau dirangkum menggunakan kalimat yang singkat, jelas dan mudah dipahami. Data yang telah dirangkum kemudian dilakukan perbandingan dengan teori atau hasil ilmiah lainnya, agar dapat memberikan kesimpulan sementara.

3.8.2 Penyajian Data

Sesudah melakukan reduksi data, langkah yang harus dilakukan kemudian adalah penyajian data. Penyajian data, dapat dilakukan dengan bentuk uraian singkat dalam bentuk narasi. Selain itu juga dapat ditampilkan dalam bentuk bagan, hubungan antar kategori, flowchart, dan lain-lain. Melalui sebuah

penyajian data maka akan memudahkan ketika memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini, data akan disajikan dalam bentuk narasi atau uraian singkat sesuai dengan narasumber dan berdasarkan variabel penelitian.

3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah sebuah temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan tersebut berupa deskripsi atau gambaran suatu hal yang awalnya masih abstrak atau buram, kemudian setelah dilakukan penelitian menjadi lebih jelas, dan dapat berhubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori. Penarikan kesimpulan dibuat berdasarkan pada pemahaman terhadap data-data yang telah disajikan, menggunakan kalimat yang mudah dimengerti dan mengacu pada pokok permasalahan yang diteliti. Pada tahap kesimpulan awal akan bersifat sementara dan dapat berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Namun apabila kesimpulan yang pada tahap awal telah didukung bukti-bukti valid dan konsisten maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel (Sugiyono, 2016).

Dalam penelitian ini, kesimpulan dilihat dari data yang telah disajikan. Kemudian diambil garis besarnya dari data yang telah disajikan, sehingga memiliki hasil akhir berupa bagaimana implementasi atau pelaksanaan program POPM filiasi di Puskesmas Bonang I berdasarkan aspek komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang Analisis Implementasi Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis Di Puskesmas Bonang I Kabupaten Demak, dapat disimpulkan sebagai berikut:

a. **Komunikasi**

Komunikasi terjalin melalui sosialisasi dalam rapat koordinasi, kegiatan di desa dan media cetak. Komunikasi antara petugas dan masyarakat kurang terjalin dengan baik, tidak semua masyarakat mengetahui pelaksanaan program dan mengikuti sosialisasi.

b. **Sumber Daya**

Sumber daya dana dari APBN, APBD, BOK, dan dana desa. Ketersediaan jumlah kader masih kurang dari standar Permenkes nomor 94 tahun 2014. Pelatihan kader dilakukan satu kali ketika mendekati pelaksanaan program. Sumber daya fasilitas sudah tersedia tempat pos-pos minum obat dan jumlah obat dilebihkan 5-10% dari jumlah sasaran. Terdapat surat tugas tim koordinasi oleh Bupati Demak nomor 440.1/277 tahun 2016.

c. **Disposisi**

Komitmen petugas berupaya agar program terselenggara sesuai target. Petugas memiliki motivasi dalam bekerja dan sikap yang ramah, sopan, profesional, dan mendukung kegiatan.

d. Struktur Birokasi

SOP secara teori sesuai dan pelaksanaan dilapangan menyesuaikan kondisi di lapangan. Struktur organisasi tidak terbentuk khusus, menyesuaikan struktur organisasi di instansi. Koordinasi dan pelaporan di lakukan berjenjang, pelaporan dalam bentuk langsung dan soft file. Belum ada pengawasan atas obat yang diberikan dirumah untuk memastikan obat sudah diminum oleh sasaran.

6.2 SARAN

Berdasarkan dari hasil kesimpulan penelitian, terdapat beberapa saran untuk pelaksanaan program POPM filariasis, meliputi:

6.2.1 Bagi Puskesmas Bonang I

- a. Sebaiknya informasi pelaksanaan program diberitahukan beberapa kali sebelum pelaksanaan, sehingga informasi dapat diterima dengan jelas oleh masyarakat.
- b. Perlu adanya penambahan jumlah kader filariasis dalam pelaksanaan program agar sesuai dengan Permenkes nomor 94 tahun 2014, serta pelatihan yang dilakukan untuk kader sebaiknya tidak hanya dilakukan 1 kali saja ketika akan pelaksanaan.
- c. Sebaiknya ada petugas yang mengecek tekanan darah sasaran program sebelum pemberian obat pencegahan filariasis.
- d. Perlu adanya pengawasan terhadap obat yang diberikan kepada masyarakat dirumah, untuk memastikan obat tersebut diminum oleh sasaran.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak

- a. Sebaiknya sosialisasi diperluas melalui media elektronik seperti tv daerah atau radio daerah, agar jangkauan sosialisasi menjadi lebih luas.
- b. Perlu adanya penambahan jumlah kader filariasis dalam pelaksanaan program agar sesuai dengan Permenkes nomor 94 tahun 2014.

Daftar Pustaka

- Alamsyah, A. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Menelan Obat Massal Pencegahan Filariasis. *Journal Endurance*, 17-21.
- Ambarital, L. P., Yulianti, T., Hotnida, & Kasnodiharjo. (2014). Perilaku Masyarakat Terkait Penyakit Kaki Gajah dan Program Pengobatan Massal di Kecamatan Pelayung Kabupaten Batanghari Jambi. *Media Litbangkes Vol. 28*, 167-174.
- Anggito, A., & Setiawan, J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Sukabumi: CV Jejak.
- Astuti, E. P., Ipa, M., Wahono, T., & Ruliansyah, A. (2014). Analisis Perilaku Masyarakat Terhadap Kepatuhan Minum Obat Filariasis di Tiga Desa Kecamatan Majalaya Kabupaten Bandung. *Media Litbangkes Vol. 24*, 199-208.
- Biritwum, N.-K., Souza, D. K., Marfo, B. i., Odoom, S., A lo matu, B., Asiedu, O., et al. (2017). Fifteen years of programme implementation for the elimination of Lymphatic Filariasis in Ghana: Impact of MDA on immunoparasitological indicators. *PLOS Neglected Tropical Diseases*.
- Dachi, R. A. (2017). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Dinkes Jateng. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: Dinkes Jateng.
- Ginting, R. A. (2017). Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Penyakit Kaki Gajah di Kabupaten Batubara. *USU E-Journals*.
- Gyapong, J., Owusu, I., Vroom, F. B.-C., Mensah, E., & Gyapong, M. (2018). Elimination of lymphatic filariasis: current perspectives on mass drug administration. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 25–33.
- Harahap, R. (2014). Analisis Implementasi Kebijakan Program Eliminasi Filariasis Di Kabupaten Labuhan Selatan. *USU E-Journals*.
- Hussain, M. A., Sitha, A. K., Swain, S., Kadam, S., & Pati, S. (2014). Mass drug administration for lymphatic filariasis elimination in a coastal state of

- India: a study on barriers to coverage and compliance. *Infectious Diseases Of Poverty*.
- Indiahono, D. (2017). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. Yogyakarta: Gava Media.
- Ipa, M., Astuti, E. P., Hakim, L., & Fuadzy, H. (2016). Analisis Cakupan Obat Massal Pencegahan Filariasis di Kabupaten Bandung dengan Pendekatan Model Sistem Dinamik. *BALABA Vol.12*, 31-38.
- Jorgi, H., Ginandjar, P., Kusariana, N., & Saraswati, L. D. (2019). Peran Tenaga Pelaksana Eliminasi dalam Pelaksanaan Program Pemberian Obat Secara Massal (POPM) Filariasis di Kota Pekalongan. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Vol. 18*.
- Kelly-Hope, L. A., Stanton, M. C., Zoure, H. M., Kinvi, B. E., Mikhailov, A., Tekle, A., et al. (2012). A practical approach for scaling up the alternative strategy for the elimination of lymphatic filariasis in Loa loa endemic countries - developing an action plan. *Global Health Research and Policy*.
- Kemenkes RI. (2010). *Buletin Jendela Epidemiologi Filariasis di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2017). *Kerugian Akibat Penyakit Tular Vektor*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lobo, V., Bulu, A. K., & Noshirma, M. (2018). Pemberian Obat Massal Pencegahan Filariasis di Desa Mbilur Pangadu, Kabupaten Sumba Tengah. *Media Litbangkes, vol. 28 no. 3*, 167-174.
- Masriadi. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Depok: Rajawali Pers.
- Masrizal. (2013). Penyakit Filariasis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 32-38.
- Maulida, Hermansyah, & Mudatsir. (2015). Komunikasi dan Koordinasi Kader dengan Pelaksanaan Posbindu Lansia . *Jurnal Ilmu Keperawatan*.
- Meliyanie, G., & Andiarsa, D. (2017). Program Eliminasi Lymphatic Filariasis Di Indonesia. *Jurnal of Health Epidemiology and Communicable Diseases*, 63-70.

- Moleong, L. (2016). *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Molyneux, D. (2013). Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: A Public Health Success and Development Opportunity. *Bio Med Center*.
- Munawwaroh, L. (2016). Evaluasi Program Eliminasi Filariasis Dari Aspek Perilaku Dan Perubahan Lingkungan. *Unnes Journal of Public Health*, 195-204.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nujum, Z. T., S, R., Jose, R., C, N., K, R., S, I. P., et al. (2013). Evaluation of Coverage and Compliance to Mass Drug Administration (MDA) for Lymphatic Filariasis Elimination – A Qualitative Study. *Academic Medical Journal of India vol. 1*.
- Nurjana, M. A., Anastasia, H., Rosmini, Chadijah, S., Mujiyanto, Verdiana, N. N., et al. (2018). Studi Kualitatif Peran Ptugas Kesehatan dan Kader Desa dalam Program Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Mamuju Utara Provinsi Sulawesi Barat. *SPIRAKEL Vol. 10*, 31-40.
- Permenkes RI. (2014). *Peraturan MenteriI Kesehatan Republik Indonesia Nomor 94 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Filariasis*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Risa, A. (2013). Analisis Implementasi Program Eliminasi Filariasis Di Kabupaten Bengkalis Tahun 2013. *USU E-Journals*.
- Safitri, R. (2018). Implementasi Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Kaki Gajah (Filariasis) Di Kecamatan Bangka Pusako Kabupaten Rokan Hilir. *JOM FISIP Vol 5*.
- Silumbwe, A., Zulu, J. M., Halwindi, H., Jacobs, C., Zgambo, J., Dambe, R., et al. (2017). A systematic review of factors that shape implementation of mass drug administration for lymphatic filariasis in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*.
- Sinha, N., Malik, S., Panja, T. K., & Haldar, A. (2019). Coverage and Compliance of Mass Drug Administration in Lymphatic Filariasis: A Comparative

Analysis in a District of West Bengal, India. *Global Journal of Medicine Vol. 1*.

Sitorus, H., Ambarita, L., Arisanti, M., & Manalu, H. S. (2016). Pengetahuan Tokoh Masyarakat dan Kader Kesehatan Tentang Program Eliminasi Filariasis Limfatik di Kecamatan Pelayung Kabupaten Batanghari Provinsi Jambi. *Jurnal Litbangkes* , 93-100.

Soedarto. (2009). *Penyakit Menular Di Indonesia* . Jakarta: CV Sagung Seto.

Sore, U., & Sobirin. (2017). *Kebijakan Publik* . Makasar: CV Sah Media.

Sugiyanto. (2012). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketidak Patuhan Minum Obat Filariasis pada Kegiatan Pengobatan Massal Tahun 2010 di Wilayah Kerja Puskesmas Soreang Kabupaten Bandung. *Riset Kesehatan*, 1-8.

Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Trajman, A., & Cobelens, F. (2017). Global elimination of lymphatic filariasis.

Veridiana, N. N., Chadijah, S., & Ningsi. (2015). Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat Terhadap Filariasis di Kabupaten Mamuju Utara, Sulawesi Barat. *Bul Penelitian Kesehatan Vol. 1*, 47-54.

Winarno, B. (2012). *Kebijakan Publik Teori dan Proses*. Yogyakarta: CAPS.