

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Penyakit kaki gajah (filariasis) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Cacing filaria hidup di saluran dan kelenjar getah bening dengan manifestasi klinik akut berupa demam berulang, peradangan saluran dan kelenjar getah bening. Jika tidak mendapat pengobatan yang tepat dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan dan payudara serta alat kelamin baik pada laki-laki maupun perempuan (Depkes RI, 2010).

Filariasis banyak ditemukan di dataran rendah dan daerah perbukitan yang rendah mencakup daerah perkotaan dan pedesaan yang terdapat daerah pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa, dan daerah hutan. Saat ini, di Indonesia telah diketahui ada tiga spesies cacing filaria yang menyebabkan terjadinya penyakit kaki gajah, yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Sementara itu, nyamuk yang dapat berperan sebagai vektor penular penyakit filariasis di Indonesia telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari genus *Anopheles*, *Culex*, *Aedes*, *Armigeres* dan *Mansonia*. (Nasrin, 2008).

Di dunia terdapat 17 macam penyakit tropis yang membutuhkan perhatian. Ke-17 penyakit itu adalah dengues, rabies trakom, *buruli ulcer*, *treponematoses*, lepra, penyakit *changes*, *human Africa trypanosomiasis*, *leishmaniasis*, *cysticercosis*, *dracunculiasis*, *echinococcosis*, infeksi *trematoda*, lewat makanan, *lymphatic filariasis* (kaki gajah), *onchosersiasis*, *shistosomiasis*, dan cacing perut.

Berbagai penyakit tersebut sudah dapat teratasi terutama di negara-negara maju, tapi di negara berkembang masih terancam penyakit tersebut (WHO, 2012).

Kasus filariasis menyerang sekitar sepertiga penduduk dunia atau 1,3 milyar penduduk di 83 negara berisiko terinfeksi filariasis, terutama di daerah tropis dan beberapa daerah subtropis, seperti Asia, Afrika, dan Pasifik Barat. Dari 1,3 milyar penduduk tersebut, 851 juta di antaranya tinggal di Asia Tenggara dengan Indonesia menjadi negara dengan kasus filariasis yang paling tinggi. Pada tahun 2001 hingga 2004 berturut-turut jumlah kasus filariasis yang terjadi, yaitu sebanyak 6.181 orang, 6.217 orang, 6.635 orang, dan 6.430 orang, 3 orang pada tahun 2005 terjadi peningkatan kasus sebanyak 10.239 orang dan Pada tahun 2006, sekitar 66% wilayah terjadi Indonesia dinyatakan endemis filariasis (Juiriastuti, 2010).

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilaksanakan pada tahun 2001-2012 di Indonesia terdapat lebih dari 8.000 penderita klinis kronis filariasis (*elephantiasis*) yang tersebar di seluruh propinsi. Secara epidemiologi, data ini mengindikasikan lebih dari 60 juta penduduk berada di daerah yang berisiko tinggi tertular filariasis, dengan 6 juta penduduk diantaranya telah terinfeksi. Berdasarkan survei darah jari pada desa dengan jumlah penderita terbanyak pada tahun 2010-2012, terutama di Sumatera dan Kalimantan, telah teridentifikasi 84 kabupaten/kota dengan *mikrofilaria rate* $\geq 1\%$, data tersebut menggambarkan bahwa seluruh daerah di Sumatera dan Kalimantan merupakan daerah endemis filariasis (SDKI, 2012).

Propinsi Sumatera Barat merupakan salah daerah endemis filariasis di Indonesia. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat tahun 2013

diketahui penderita kronis sebanyak 2091 orang (Dinkes Sumbar, 2013). Berdasarkan Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat tahun 2010, jumlah kasus filariasis sebanyak 230 orang yang tersebar di 14 kabupaten/kota, yaitu Pasaman Barat (46 kasus), Agam (45 kasus), Pesisir Selatan (38 kasus), Padang (32 kasus), Mentawai (24 kasus), Dhamasraya (11 kasus), Tanah Datar (9 kasus), Bukittinggi (7 kasus), Padang Pariaman (6 kasus), Lima Puluh kota (5 kasus) sawahlunto sijunjung (5 kasus), kabupaten solok (5 kasus), kabupaten solok (4 kasus), Pasaman (2 kasus) dan Solok Selatan (2 kasus) (Dinkes Padang, 2010).

Data dari Dinas Kesehatan tahun 2012 kasus baru di wilayah Lunang Silaut sebanyak 2 kasus, sementara kejadian filariasis lain tersebar di 8 kecamatan (Lumpo, Batang Kapas, Surantih, Lengayang, Ranah Pesisir, Linggo Sari Gaganti, Pancung Soal dan Basa Ampek Balai). Pada tahun 2014 yang sesuai dengan hasil pemeriksaan sediaan darah jari di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang terdapat 13 kasus baru yang lama 10 kasus, sehingga total keseluruhan sebanyak 23 kasus (Dinkes Pessel, 2014). Namun data dari Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang terdapat 33 orang kasus filariasis pada September 2013 (Puskesmas Koto baru, 2013).

Bila dilihat dari kondisi topografi, di Kabupaten Pesisir Selatan mempunyai faktor risiko terjadinya penyebaran dan penularan penyakit filariasis, dimana Pesisir Selatan terletak di daerah dataran rendah dan perbukitan rendah di sepanjang pantai dan aliran sungai dengan ketinggian daerah berkisar antara 0-1000 meter di atas permukaan laut, masih banyak terdapat rawa-rawa, genangan air kotor dan areal pertanian (sawah dan kebun) yang memungkinkan bagi vektor

filariasis untuk hidup dan berkembang biak. Hal tersebut sangat potensial terjadinya penyebaran dan peningkatan filariasis di wilayah Pesisir Selatan (Dinkes Pessel, 2013)

Puskesmas Koto Baru merupakan salah satu wilayah Kabupaten Pesisir Selatan yang terletak di pesisir pantai Barat Propinsi Sumatera Barat dengan kondisi daerah sebagian besar daerah persawahan dan rawa-rawa sehingga memungkinkan vektor penyakit filariasis untuk hidup dan berkembang biak. Kelompok masyarakat yang terkena penyakit ini terutama adalah petani dan nelayan (Dinkes Pessel, 2013).

Penyakit filariasis, disamping menyebabkan kecacatan, stigma sosial (rendah diri) bagi penderita dan keluarganya, secara tidak langsung juga berdampak pada penurunan produktivitas kerja penderita, beban keluarga, merugikan masyarakat dan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara. Hasil penelitian Departemen Kesehatan bersama Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2008, menunjukkan bahwa biaya perawatan yang diperlukan seorang penderita filariasis per tahun sekitar 17,8% dari seluruh pengeluaran keluarga atau 32,3% dari biaya makan keluarga (Depkes RI, 2006).

Beberapa penelitian telah dilakukan terkait faktor risiko filariasis diantaranya penelitian Uloli (2008) menunjukkan terdapat hubungan antara faktor perilaku kebiasaan berpakaian tidak memakai lengan panjang terhadap kejadian filariasis. Faktor lingkungan seperti keberadaan rawa dan juga faktor pengetahuan yang rendah juga mempengaruhi kejadian filariasis. Perilaku disini merujuk pada kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan pola kebiasaan waktu menggigit

nyamuk dewasa yang membentuk dua kali puncak pada malam hari yaitu sesaat matahari terbenam dan menjelang matahari terbit dapat dijelaskan bahwa kondisi tersebut dipengaruhi suhu dan kelembaban udara yang dapat menambah atau mengurangi aktivitas nyamuk dewasa. Oleh sebab itu seseorang yang memiliki kebiasaan keluar pada malam hari lebih beresiko terkena filariasis (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari pendidikan, motivasi dan persepsi. Adapun faktor eksternal nya terdiri dari informasi, sosial budaya dan lingkungan. Seseorang mempunyai pengetahuan tentang suatu hal tidak hanya melalui jenjang pendidikan saja, tetapi didukung oleh terpapar informasi dari media massa yang ada seperti televisi, radio, koran, majalah, dan sebagainya. Hasil penelitian Darwis (2008) mengemukakan bahwa pengetahuan tentang filariasis meliputi pengertian filariasis dan penyebab filariasis itu sendiri dikalangan masyarakat, nyamuk penularnya, dimana nyamuk itu tinggal dan berkembang biak, mengetahui bagaimana gejala yang ditimbulkan seseorang jika terinfeksi filariasis dan apa yang harus mereka lakukan jika ada yang terinfeksi filariasis termasuk diri mereka sendiri.

Sikap masyarakat terhadap pencegahan filariasis adalah dengan cara pemberantasan sarang nyamuk, membantu tokoh masyarakat untuk menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk dan selalu peduli secara aktif berkontribusi melakukan kegiatan bakti pemberantasan sarang nyamuk terutama untuk daerah endemis filariasis (Notoatmodjo, 2010).

Hasil penelitian Juriastuti (2010), sikap masyarakat terhadap filariasis bisa dengan mencegah penularan nyamuk dengan mengurangi aktivitas pada malam hari, menggunakan obat nyamuk dan memberantas tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk.

Keadaan sosial ekonomi penduduk secara tidak langsung akan mempengaruhi risiko penularan filariasis seperti pekerjaan, pendidikan, pengetahuan dan penghasilan. Pekerjaan sebagai petani dan nelayan seperti menyadap karet di hutan, berkebun sawit, dan melaut pada malam hari sangat berisiko untuk terkena penyakit karena lebih besar peluang untuk terpapar vektor penular. Jika ditinjau dari faktor tempat tinggal, keadaan rumah yang memberikan perlindungan terhadap gigitan nyamuk akan mempengaruhi transmisi dari penyakit (Kasnodiharjo, 2007).

Secara umum lingkungan terdiri dari lingkungan fisik, yang mencakup keadaan iklim, geografis, struktur geologi dan sebagainya. Lingkungan fisik erat kaitannya dengan kehidupan vektor, dengan adanya tumbuhan air di rawa-rawa dan adanya hospes reservoir (kera, lutung dan kucing) sangat mempengaruhi penyebaran filariasis. Kemudian lingkungan biologik, dapat menjadi rantai penularan filariasis, misalnya adanya tanaman air sebagai tempat pertumbuhan nyamuk *Mansoni spp.* Selanjutnya lingkungan kimia yang diketahui pengaruhnya adalah kadar garam dari tempat perkembangbiakan, ada yang optimal dengan air payau dan ada yang optimal dengan air tawar dan lingkungan sosial, ekonomi dan budaya, adalah lingkungan akibat adanya interaksi antar manusia, termasuk perilaku, adat istiadat, budaya, kebiasaan dan tradisi penduduk (Depkes RI, 2005). Menurut penelitian Nasrin (2008) analisis hubungan tindakan terhadap filariasis

yang diteliti di kabupaten Bangka Barat terdapat hubungan yang bermakna antara tindakan responden dengan kejadian filariasis.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan perilaku dengan kejadian filariasis di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.

1.2.Rumusan Masalah

Bagaimanakah hubungan perilaku dengan kejadian filariasis di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan perilaku dengan kejadian filariasis di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan responden filariasis dan kontrol filariasis.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi sikap responden filariasis dan kontrol filariasis.
- c. Mengetahui distribusi frekuensi tindakan responden filariasis dan kontrol filariasis.
- d. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan kejadian filariasis.



- e. Mengetahui hubungan sikap dengan kejadian filariasis.
- f. Mengetahui hubungan tindakan pencegahan dengan kejadian filariasis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Puskesmas

Sebagai rujukan informasi tambahan berkaitan dengan persebaran, kejadian filariasis dan faktor risiko yang mempengaruhinya sehingga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penentuan program penanggulangan atau pencegahan bagi puskesmas.

1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan

Dapat menjadi informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan dalam melakukan penanggulangan penyakit filariasis. Khususnya berkaitan dengan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga dapat melakukan pencegahan perencanaan yang efektif dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit filariasis.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat mengenai faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya filariasis, sehingga masyarakat dapat mengetahui cara penularan dan cara melakukan pencegahan.

