

PERILAKU MINUM OBAT MASSAL FILARIASIS DI DESA PIHAUNG DAN BANJANG, KABUPATEN HULU SUNGAI UTARA

BEHAVIOR OF TAKING FILARIASIS DRUGS IN PIHAUNG AND BANJANG VILLAGE, HULU SUNGAI UTARA REGENCY

Paisal^{1*}, Nita Rahayu¹, Annida¹

¹Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tanah Bumbu,
Jl. Loka Litbang, Kelurahan Gunung Tinggi, Kecamatan Batulicin, Kabupaten Tanah Bumbu,
Kalimantan Selatan, 72271, Indonesia.

*email: paisal.zain@gmail.com

ABSTRAK

Sekitar 886 juta orang di dunia berisiko terkena filariasis dan membutuhkan obat pencegahan. Ada lebih dari 14 ribu orang di Indonesia menderita filariasis kronis pada 2014. Kasus filariasis di Kalimantan Selatan pada 2017 sejumlah 55 kasus, dengan kasus tertinggi ditemukan di Kabupaten Tabalong yaitu 30 kasus dan Kabupaten Barito Kuala sebanyak 16 kasus, sedangkan di Kabupaten Hulu Sungai Utara tidak dilaporkan adanya kasus. Kabupaten Hulu Sungai Utara sudah melakukan pemberian obat pencegahan massal sebanyak dua tahap. Penelitian ini bertujuan untuk melihat perilaku minum obat massal filariasis di Kabupaten Hulu Sungai Utara. Penelitian ini memiliki desain potong lintang. Waktu pengambilan sampel yaitu pada September 2017. Pengambilan sampel dilakukan di Desa Pihaung dan Desa Banjang. Rumah dipilih dengan teknik *systematic random sampling*. Semua orang yang ada dalam rumah, yang memenuhi kriteria sampel diwawancarai. Sebanyak 620 orang terpilih menjadi responden, terdiri dari 283 laki-laki dan 337 perempuan. Responden yang ikut pengobatan massal filariasis hanya 453 (73%) orang. Ada 40 (8,8%) responden yang tidak minum obat yang didapatnya, dengan alasan takut efek samping. Hampir seluruh responden minum obat di rumah (96,9%) dan diminum malam hari (91,8%). Kualitas pelaksanaan program pemberian obat pencegahan massal perlu diperbaiki agar responden mau minum semua obat yang didapatnya dan meminumnya di depan petugas kesehatan.

Kata kunci: Filariasis, POPM, Perilaku Minum Obat

ABSTRACT

Around 886 million people in the world are at risk for filariasis and need preventive medicine. In Indonesia, more than 14 thousand people were found suffering from chronic filariasis in 2014. In South Kalimantan, 55 cases were found in 2017, with the highest rates were in Tabalong Regency (30 cases) and Barito Kuala Regency (16 cases). Whereas in the Hulu Sungai Utara Regency, no cases were reported. Hulu Sungai Utara Regency has administered mass prevention drugs in two stages. This study aims to analyze the behavior of taking medication for filariasis in Hulu Sungai Utara Regency. The design of this study is cross sectional. The sample was taken in September 2017 which was done in Pihaung Village and Banjang Village. The house was chosen by systematic random sampling technique. All people in the house who met the sample criteria were interviewed. A total of 620 people was selected as respondents, consisting of 283 men and 337 women. Only 453 (73%) people took part in the mass treatment of filariasis. There were 40 (8.8%) respondents who did not take the medication they got, because they were worried about side effects. Almost all respondents took medication at home (96.9%) and were taken at night (91.8%). The quality of the implementation of the mass prevention drug administration program needs to be improved so that respondents want to take all the drugs they get and take them in front of the health worker.

Keywords: Filariasis, Mass Drugs Administration, Behavior of Taking Drugs

PENDAHULUAN

Sekitar 886 juta orang di seluruh dunia berisiko terkena filariasis dan membutuhkan obat pencegahan. Penderita filariasis diperkirakan lebih dari 120 juta orang dan 40 juta diantaranya menderita kecacatan.¹ Pada 2014 ditemukan lebih dari 14 ribu orang penderita filariasis kronis di Indonesia. Sampai akhir 2014, ada 235 kabupaten/kota masuk kategori endemis filariasis dari 511 kabupaten/kota di seluruh Indonesia.² Kasus filariasis di Kalimantan Selatan pada 2017 sejumlah 55 kasus, dengan kasus tertinggi ditemukan di Kabupaten Tabalong yaitu 30 kasus dan Kabupaten Barito Kuala sebanyak 16 kasus.³ Spesies mikrofilaria yang endemik di Kalimantan Selatan adalah *Brugia malayi*.⁴

Penyakit filariasis disebabkan oleh cacing *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, atau *Brugia timori*. Cacing ini ditularkan melalui nyamuk dan dapat menyebabkan gangguan aliran limfe sehingga muncul gejala pembengkakan tungkai yang menetap.⁵ Untuk menurunkan jumlah kasus dan angka penularan filariasis maka WHO menetapkan kesepakatan global dengan target eliminasi pada 2020.⁶ Indonesia juga bertekad untuk mewujudkan Indonesia Bebas Kaki Gajah pada 2020. Untuk itu dilakukan Program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM). Program POPM berbasis kabupaten, artinya setiap kabupaten dapat menetapkan strategi pelaksanaan masing-masing, termasuk tahun pelaksanaan. Untuk memastikan penyakit filariasis tereliminasi maka POPM dilakukan 5

tahun berturut-turut. Setelah itu dilakukan evaluasi melalui program *transmission assessment survey* (TAS).⁷

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan program POPM. Hal yang mendukung keberhasilan POPM salah satunya adalah kader yang terlatih dan mampu memotivasi masyarakat untuk minum obat.⁸ Sedangkan hal yang menyebabkan kegagalan POPM adalah kurangnya pengetahuan, dukungan keluarga, dan akses informasi mengenai pengobatan penyakit filariasis.⁹ Rendahnya jumlah masyarakat yang bersedia minum obat akan menghambat tercapainya tujuan POPM, yaitu eliminasi penyakit filariasis.¹⁰

Pemberantasan filariasis di Kabupaten Hulu Sungai Utara (HSU) sudah dimulai lebih dari 10 tahun lalu. Awalnya, pada 2004 ditemukan 14 orang penderita positif filariasis. Oleh karena itu, di kabupaten ini dilakukan pengobatan massal dan baru bisa terlaksana pada 2007 sampai 2011 (5 tahun). Untuk mengevaluasi program pemberian obat pencegahan massal (POPM) tersebut maka pada tahun berikutnya yaitu 2012 dilakukan TAS terhadap 1433 anak dan hasilnya ditemukan 87 anak darahnya masih mengandung antibodi terhadap filariasis menggunakan pemeriksaan *Brugia Rapid*. Jumlah ini sudah melewati *critical cut-off* (18 orang).¹¹ Karena hasil TAS melewati ambang batas, maka dilakukan pemberian obat pencegahan massal tahap kedua selama 2 tahun berturut-turut, yaitu pada 2014 dan 2015.

Tujuannya untuk memberantas secara tuntas penyakit filariasis. Pada 2016 dilakukan TAS kembali untuk menilai ulang POPM tahap 2. Hasil dari TAS ulang menunjukkan bahwa dari 1.573 anak semuanya negatif.¹²

Kegagalan POPM tahap pertama (2007-2011) kemungkinan karena perilaku minum obat pada populasi sasaran yang tidak tepat antara lain obat tidak diminum walaupun sudah mendapat obat. Oleh karena itu, pada artikel ini akan digambarkan perilaku minum obat saat POPM pada responden di Kabupaten HSU.

METODE

Penelitian ini merupakan bagian dari Penelitian Multisenter Filariasis 2017 di 23 kabupaten (14 provinsi) di Indonesia dan mendapat persetujuan dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor LB.02.01/2/KE/167/2017. Penelitian survei ini memiliki desain potong lintang. Waktu pengambilan sampel yaitu pada September 2017.

Penentuan besar sampel menggunakan rumus Lemeshow,¹³ yaitu :

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

Dimana :
 n = jumlah sampel
 $Z_{1-1/2\alpha} = Z_{0,95} = 1,96$
 $P = 0,28$
 $d = 0,05$ (Presisi)

Berdasarkan rumus tersebut maka jumlah sampel setiap desa adalah: $n = 1,96 \times 1,96 \times 0,28(1-0,28) / 0,05 \times 0,05 = 309,78$ orang, dibulatkan menjadi 310 orang

Untuk Provinsi Kalimantan Selatan, pengambilan sampel dilakukan di dua lokasi yaitu Desa Pihang dan Desa Banjang, Kabupaten Hulu Sungai Utara. Kedua desa tersebut dipilih karena merupakan desa sentinel *transmission assessment survey* (TAS) yang dilakukan Ditjen Pemberantasan Penyakit Kementerian Kesehatan pada tahun 2016. Jumlah sampel untuk setiap desa sebanyak 310 responden, sehingga jumlah sampel total adalah 620 orang.

Kriteria inklusi adalah responden yang berusia 5 tahun ke atas sedangkan kriteria eksklusi adalah penduduk yang kesulitan dalam berkomunikasi (tuna wicara dan tuna rungu), lansia, dan sedang sakit berat.

Responden diwawancarai dengan kuesioner terstruktur yang telah dikembangkan oleh WHO. Untuk responden berumur di bawah 15 tahun, wawancara diwakili/didampingi walinya. Cara pemilihan responden yaitu dengan memilih rumah melalui cara *systematic random sampling*. Kemudian, penghuni rumah yang berhasil ditemui dan masuk kriteria, diwawancarai seluruhnya. Pengambilan sampel dihentikan jika jumlah responden setiap desa mencapai 310 orang. Hasil wawancara kemudian ditabulasi dan variabel-variabel berupa karakteristik responden, pengetahuan responden, dan perilaku minum obat dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Pada penelitian telah diwawancarai 620 orang responden yang terdiri dari 283 laki-laki

dan 337 perempuan. Kelompok umur terbanyak adalah 5-24 tahun, disusul dengan kelompok umur 25-44 tahun dan 45-64 tahun. Responden yang berpendidikan SD/MI memiliki proporsi yang paling banyak disusul

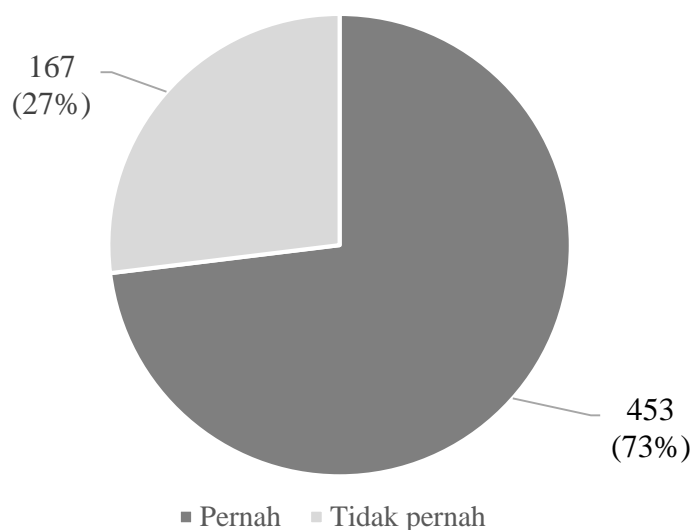
responden berpendidikan SMP/MTS. Responden yang lulus perguruan tinggi sangat sedikit. Sebagian besar responden bekerja sebagai petani atau buruh tani (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	%
Jenis Kelamin	<i>n = 620</i>	
Laki-laki	283	45,6
Perempuan	337	54,4
Kelompok Umur	<i>n = 620</i>	
5-24	277	36,6
25-44	207	33,4
45-64	164	26,4
>=65	22	3,5
Pendidikan	<i>n = 620</i>	
Tidak pernah sekolah	20	3,2
Tidak tamat SD	90	14,5
Tamat SD/MI	261	42,1
Tamat SLTP/MTs	105	16,9
Tamat SLTA/MA	65	10,5
Tamat D1/D2/D3	4	0,6
Tamat Perguruan Tinggi	23	3,7
Tidak menjawab	52	8,4
Pekerjaan	<i>n = 620</i>	
Tidak bekerja	44	7,1
Sekolah	130	21,0
Ibu Rumah Tangga	92	14,8
PNS/TNI/POLRI	10	1,6
Pegawai Swasta	24	3,9
Wiraswasta/Pedagang	115	18,5
Pelayanan Jasa	7	1,1
Petani	136	21,9
Buruh Tani	6	1,0
Nelayan	1	0,2
Lainnya	3	0,5
Tidak menjawab	52	8,4

Tabel 2. Pengetahuan Responden Terhadap Penyakit Filariasis di Kabupaten Hulu Sungai Utara

Pengetahuan Responden Terhadap Penyakit Filariasis	Status Pengetahuan			
	Tahu	%	Tidak Tahu	%
a. Penyebab Filariasis (n=503)				
Penyebab Cacing	59	11,7	444	88,3
Ditularkan Nyamuk	181	36,0	322	64,0
Penyakit Keturunan	14	2,8	489	97,2
Gangguan Makhluh Halus	5	1,0	498	99,0
Melanggar Pantangan	5	1,0	498	99,0
Lainnya	17	3,4	486	96,6
b. Akibat Filariasis (n=503)				
Kaki atau Tangan Membesar	395	78,5	108	21,5
Tidak menimbulkan gejala	8	1,6	495	98,4
Demam dan Tubuh Lemah	12	2,4	491	97,6
Pembengkakan Lipat Paha/Ketiak	13	2,6	490	97,4
Pembesaran Buah Dada/Skrotum	5	1,0	498	99,0
Lainnya	14	2,8	489	97,2
c. Pengobatan Filariasis (n = 503)				
Program pengobatan pencegahan massal	464	92,2	39	7,8
d. Sumber informasi responden yang mengetahui pengobatan pencegahan massal (n=464)				
Petugas Kesehatan / Guru	441	95,0	23	5,0
Teman/Tetangga	47	10,1	417	89,9
Papan Pengumuman	7	1,5	457	98,5
Selebaran / Surat Kabar	5	1,1	459	98,9
Pengumuman dari Tempat Ibadah	4	0,9	460	99,1
Radio / Televisi	10	2,2	454	97,8
Lainnya (Aparat Desa)	3	0,6	461	99,4

**Gambar 1. Diagram jumlah responden yang pernah dan tidak pernah ikut pengobatan massal**

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 620 orang responden yang diwawancarai, hanya 503 responden yang memberikan jawaban pada pertanyaan pengetahuan. Sekitar 181 (36%) responden mengetahui bahwa filariasis ditularkan oleh nyamuk. Bahkan lebih sedikit lagi yang tahu bahwa penyakit ini disebabkan oleh cacing (11,7%). Masih ada yang mengatakan bahwa penyebabnya adalah supranatural (makhluk halus dan melanggar pantangan). Selain itu, ada responden yang menganggap penyakit ini adalah penyakit keturunan. Sebagian besar responden mengetahui tentang program pengobatan pencegahan massal dan sumber informasi utama adalah petugas kesehatan/guru (95%) disusul dengan tetangga/teman (10,1%).

Dari 620 responden yang diwawancara, hanya 453 (73%) yang ikut pengobatan massal filariasis (Gambar 1). Definisi ikut pengobatan massal pada penelitian ini adalah pengakuan

responden yang ikut pengobatan massal filariasis baik tahap pertama (2007-2011) atau tahap kedua (2014-2015) tanpa memperhatikan frekuensi keikutsertaannya. Hal ini karena sulit bagi responden untuk mengingat secara pasti berapa kali mereka ikut pengobatan massal.

Pada Tabel 3 terlihat bahwa sebanyak 413 (91,2%) responden dari 453 responden yang mengikuti pengobatan massal, meminum obat yang diberikan. Walaupun demikian, masih ada sebanyak 41 orang yang hanya meminum sebagian obatnya. Hampir seluruh responden minum obat di rumah (96,9%) dan diminum malam hari (91,8%). Reaksi pengobatan yang paling sering terjadi berturut-turut adalah pusing/sakit kepala, mual/muntah, dan mengantuk. Sebanyak 40 yang ikut pengobatan massal sama sekali tidak meminum obat yang didapatnya, alasannya adalah takut efek samping obat, disusul alasan lain yaitu lupa.

Tabel 3. Perilaku Minum Obat pada Responden yang Iktu Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Hulu Sungai Utara

Perilaku minum obat responden yang ikut pengobatan massal pencegahan (n=453)	Jumlah	%
I. Obat diminum (n = 413; 91,2%)		
a. Banyaknya obat yang diminum		
- Diminum semua	372	90,0
- Tidak diminum semua	41	10,0
b. Cara Minum Obat		
- Diminum di hadapan petugas/guru	7	1,7
- Diminum di hadapan kader kesehatan	3	0,7
- Diminum di hadapan perangkat desa	3	0,7
- Diminum sendiri di rumah	400	96,9
c. Waktu Minum Obat		
- Pagi	6	1,4
- Siang	18	4,4
- Sore	10	2,4
- Malam	379	91,8

Perilaku minum obat responden yang ikut pengobatan massal pencegahan (n=453)		Jumlah	%
d. Reaksi Pengobatan			
- Pusing / Sakit Kepala	(1) Ya	104	25,2
	(2) Tidak	309	74,8
- Panas / Demam	(1) Ya	14	3,4
	(2) Tidak	399	96,6
- Badan Sakit/Nyeri/Linu	(1) Ya	6	1,5
	(2) Tidak	407	98,5
- Perut Mulas / Sakit	(1) Ya	16	3,9
	(2) Tidak	397	96,1
- Mual/Muntah	(1) Ya	29	7,0
	(2) Tidak	384	93,0
- Jantung Berdebar	(1) Ya	4	1,0
	(2) Tidak	409	99,0
- Mengantuk	(1) Ya	27	6,5
	(2) Tidak	386	93,5
2. Obat tidak diminum (n=40; 8,8%)		40	8,8
a. Lupa	(1) Ya	9	22,5
	(2) Tidak	31	77,5
b. Sibuk Bekerja	(1) Ya	3	7,5
	(2) Tidak	37	92,5
c. Takut Efek Samping Obat	(1) Ya	16	40,0
	(2) Tidak	24	60,0
d. Lainnya	(1) Ya	16	40,0
	(2) Tidak	24	60,0

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini ditemukan bahwa dari 620 responden, sebanyak 73% (453) ikut pengobatan massal, tetapi yang meminum obat hanya 66,6% (413). Angka ini masih lebih tinggi dibandingkan dengan standar cakupan menurut Permenkes Nomor 94/2014, yaitu 65% dari jumlah penduduk total. Jika cakupan pengobatan massal kurang dari standar yang ditetapkan oleh Permenkes, maka ada kemungkinan tidak tercapainya sasaran program yaitu *microfilaria rate* di bawah 1%, berkurangnya kepadatan rata-rata mikrofilaria, dan terputusnya rantai penularan.¹⁴ Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Kabupaten Hulu Sungai

Utara tidak dilaporkan adanya kasus filariasis pada 2017 yang mengindikasikan berhasilnya POPM yang dilaksanakan sebanyak dua tahap.

Penyebaran informasi pengobatan massal pada responden sudah baik, mencapai 92,2%. Informasi sebagian besar diberikan oleh pihak kesehatan atau guru. Peran pihak kesehatan sangat penting dalam penyebaran informasi pengobatan massal.¹⁵ Walaupun demikian, perlu diintensifkan penyebaran informasi melalui media lain misalnya selebaran, pengumuman melalui pengeras suara, dan sebagainya. Perlu dilakukan penyebaran informasi sesuai dengan pola penggunaan media publik secara lokal di daerah tertentu.¹⁶

Pengetahuan responden mengenai cacing sebagai penyebab filariasis pada penelitian ini masih sangat rendah, demikian pula dengan pengetahuan mengenai penularnya, yaitu nyamuk. Rendahnya pengetahuan terhadap peran nyamuk sebagai penular filariasis dijumpai juga di daerah lain di Indonesia yaitu Mamuju Sulawesi Barat dimana ketidaktahuan mencapai 98% dari 214 responden.¹⁷ Di Kota Pekalongan, hanya 17,65% dari 100 responden yang mengetahui penyebab filariasis.¹⁸ Tidak hanya di Indonesia, kondisi yang sama juga dapat ditemukan di negara lain seperti India dan Nigeria. Di India, hanya 42% dari 405 responden yang mengetahui penyebab filariasis, sedangkan di Nigeria hanya 12,3% dari 285 responden.^{19,20} Walaupun sangat sedikit, tetapi masih ada responden yang mempercayai bahwa filariasis disebabkan oleh penyakit turunan (14 responden) dan hal mistis (10 responden).

Gejala yang paling banyak diketahui oleh responden adalah pembengkakan tangan atau kaki, yang merupakan gejala kronis. Temuan ini hampir sama dengan hasil penelitian di Brazil dimana sebagian besar responden menghubungkan penyakit filariasis dengan gejala kronisnya.¹⁵ Gejala kronis berupa pembengkakan tungkai banyak diketahui mungkin karena sesuai dengan nama penyakitnya di masyarakat yaitu kaki gajah. Selain itu, penyakit ini seringkali diekspos media massa karena pembengkakan kaki atau tangan dianggap sesuatu penyakit yang luar

biasa. Hanya sedikit yang tahu gejala akut penyakit filariasis. Gejala akut filariasis antara lain adalah pembengkakan lipat paha atau ketiak, demam, dan tubuh terasa lemah.²¹

Rendahnya pengetahuan terhadap filariasis, baik penyebab, penularan, maupun gejalanya, sering dihubungkan dengan kepatuhan berobat. Semakin baik pengetahuan tentang filariasis maka semakin patuh untuk minum obat filariasis.²² Selain itu, risiko menderita filariasis 8 kali lebih besar pada masyarakat yang memiliki pengetahuan rendah dibandingkan mereka yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit filariasis.¹⁷

Obat yang digunakan pada pelaksanaan POPM adalah *Diethyl Carbamazine Citrate* (DEC) dan Albendazol. Kedua obat ini diberikan setiap tahun dengan jarak 12 bulan, selama lima tahun berturut-turut. Cara kerja DEC adalah melumpuhkan otot mikrofilaria dan mengubah komposisi dindingnya sehingga lebih mudah dihancurkan. DEC diserap dengan cepat dan mencapai kadar maksimal setelah 4 jam. Obat ini dikeluarkan sepenuhnya dari tubuh bersama air kencing dalam waktu 48 jam. Obat albendazol digunakan untuk meningkatkan efek DEC dalam membunuh mikrofilaria dan filaria dewasa. Obat albendazol juga dikenal sebagai obat cacing usus. Oleh karena itu, POPM juga dapat mengendalikan prevalensi cacing usus. Selain itu, untuk mengobati efek samping, diberikan parasetamol. Oleh karena itu, jenis obat yang diberikan adalah 2 macam, atau 3 macam jika parasetamol ikut diberikan.²

Pada penelitian ini, dari 453 responden yang mendapat obat, hanya 82,1 persen yang meminum obat semuanya. Artinya, ada sekitar seperlima responden yang meminum obatnya sebagian atau sama sekali tidak meminum obatnya. Hal ini tidak saja merugikan karena terbuangnya obat, juga akan membuat perhitungan cakupan pengobatan menjadi bias karena dianggap sudah mendapat obat ternyata obatnya tidak diminum. Rendahnya jumlah responden yang minum obat yang didapatnya juga ditemukan di Batanghari Jambi, dimana dari 324 responden hanya 76% yang minum obatnya.²³

Petunjuk teknis minum obat filariasis adalah obat diminum di depan petugas, agar dapat dipastikan bahwa obat benar-benar diminum sesuai dengan dosis yang dianjurkan.² Pada penelitian ini, sebagian besar responden minum obat di rumah dan dilakukan malam hari. Minum obat di rumah tanpa pengawasan langsung petugas kesehatan rentan diminum tidak sesuai dosis atau diminum sebagian saja. Alasan minum obat di rumah karena responden ingin minum obatnya di malam hari guna menghindari merasakan efek samping. Dari temuan ini perlu dipertimbangkan pembagian obat dilakukan di sore atau malam hari, agar responden mau minum obatnya di depan petugas.

Sebanyak 40 orang tidak meminum obat yang didapatnya. Alasannya karena takut efek samping obat. Beberapa penelitian lain menyebutkan alasan yang sama yaitu takut

terhadap efek samping.^{15,23} Dari alasan yang diberikan dapat disimpulkan bahwa perlu lebih banyak lagi sosialisasi mengenai besarnya manfaat minum obat pencegahan dibandingkan dengan efek samping yang mungkin timbul. Efek samping biasanya bersifat ringan dan dapat diatasi dengan obat-obatan simptomatik. Pada pengobatan massal, individu biasanya mengalami kejadian ikutan yakni mual, sakit kepala, demam, mengantuk, nafsu makan berkurang, urtikaria, dan muntah. Kejadian ikutan ini biasanya ringan dan akan hilang sendiri.²⁴ Walaupun demikian, untuk mengurangi keluhan akibat kejadian ikutan dapat diberikan antasida atau parasetamol. Kejadian ikutan berupa alergi muncul karena matinya cacing filaria. Kejadian ikutan alergi biasanya tidak akan terjadi atau lebih ringan pada pemberian obat massal tahun berikutnya.² Pada penelitian ini, seperempat responden mengeluh efek samping sakit kepala atau pusing, disusul dengan efek samping mual muntah dan mengantuk. Tidak ada responden yang mengaku mendapat efek samping berat.

KESIMPULAN

Ditinjau dari perilaku minum obat massal filariasis, walaupun secara kuantitas sudah cukup banyak responden yang mengikuti program POPM tapi secara kualitas, pelaksanaan program ini belum berjalan baik karena masih ada responden yang tidak meminum seluruh obatnya dan cara minum obat sebagian besar tidak di depan petugas.

SARAN

Petugas yang membagikan obat hendaknya memastikan masyarakat yang mendapat obat minum langsung di hadapan petugas, sehingga mengurangi kemungkinan orang yang mendapat obat tidak minum obatnya. Ketakutan sebagian masyarakat terhadap efek samping obat perlu diatasi dengan memberikan penjelasan mengenai efek dan manfaat dari obat-obat tersebut.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih Kami sampaikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara, Kepala Puskesmas Banjar dan Kepala Puskesmas Haur Gading atas bantuannya dalam pengumpulan data, dan kepada Kepala Balai Litbang Kesehatan Tanah Bumbu atas pendanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Lymphatic filariasis [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis>
2. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 94 Tahun 2014. Jakarta; 2014.
3. Dinas Kesehatan Kalsel. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalsel 2018. 2018. 64 p.
4. Juhairiyah, Ridha MR, Fakhriyal D. Periodisitas Non Periodik *Brugia malayi* Di Kabupaten Tabalong. *Vektora*. 2017;9(2):79–86.
5. Specht S, Suma TK, Pedrique B, Hoerauf A. Elimination of lymphatic filariasis in South East Asia. *BMJ*. 2019 Jan 22;k5198.
6. Ichimori K, King JD, Engels D, Yajima A, Mikhailov A, Lammie P, et al. Global

- Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: The Processes Underlying Programme Success. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(12).
7. Pusdatin Kemkes. Menuju Indonesia Bebas Filariasis. *InfoDATIN*. 2018;2–4.
8. Krentel A, Fischer PU, Weil GJ. A Review of Factors That Influence Individual Compliance with Mass Drug Administration for Elimination of Lymphatic Filariasis. *Addiss DG*, editor. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2013 Nov 21;7(11):e2447. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0002447>
9. Bahtiar Joni; Rudi, Abil SH. Perilaku Minum Obat Anti Filariasis di Kelurahan Rawa Mambok. *Wawasan Kesehat*. 2017;4(1):1–6.
10. Bhattacharjee J. Mass Drugs Administration in India - A Failure Story. *Epidemiol Open Access*. 2016;6(3).
11. Dinas Kesehatan HSU. Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara 2012. Amuntai; 2013.
12. Dinas Kesehatan HSU. Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara 2016. Amuntai; 2017.
13. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample Size Determination in Health Studies. Geneva: World Health Organization; 1991. 1–80 p.
14. World Health Organization. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: a manual for national elimination programmes. Geneva: WHO; 2011. 5 p.
15. Cabral S, Bonfim C, Oliveira R, Oliveira P, Guimarães T, Brandão E, et al. Knowledge, attitudes and perceptions regarding lymphatic filariasis: study on systematic noncompliance with mass drug administration. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2017;59.
16. Tyas SR, Hafiar H, Sani A. Manajemen Kampanye Eliminasi Kaki Gajah Dalam Upaya Peningkatan Kesehatan di Kabupaten Bogor. *J Ilmu Ilmu Hub Masy*. 2017;2(1):57–72.
17. Veridiana NN, Chadijah S, Ningsi. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku

- Masyarakat Terhadap Filariasis Di Kabupaten Mamuju Utara, Sulawesi Barat. *Bul Penelit Kesehat.* 2015;43(1):47–54.
18. Ikawati B, Tri Wijayanti. Pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Kelurahan Pabean, Kecamatan Pekalongan Utara, Kota Pekalongan tentang filariasis limfatik. *Balaba.* 2010;6(1):1–6.
 19. Rath K, Nath N, Shaloumy M, Swain BK, Suchismita M, Babu B V. Knowledge and perceptions about lymphatic filariasis: a study during the programme to eliminate lymphatic filariasis in an urban community of Orissa, India. *Trop Biomed [Internet].* 2006 Dec;23(2):156–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17322817>
 20. Amaechi EC, Ohaeri CC, Ukpai OM, Nwachukwu PC, Ukoha U. Lymphatic filariasis: knowledge, attitude and practices among inhabitants of an irrigation project community, North Central Nigeria. *Asian Pacific J Trop Dis.* 2016 Sep;6(9):709–13.
 21. Mahalingashetti PB, Subramanian RA, Jayker SS, Vijay A. Lymphatic filariasis: A view at pathological diversity. *Trop Parasitol.* 2014 Jul;4(2):128–32.
 22. Bahtiar S, Herman J, Rudi A. Perilaku Minum Obat Anti Filariasis di Kelurahan Rawa Mambok. *Wawasan Kesehat.* 2017;4(1):1–6.
 23. Ambarita LP, Taviv Y, Sitorus H, Pahlepi RI, Kasnodihardjo K. Perilaku Masyarakat Terkait Penyakit Kaki Gajah dan Program Pengobatan Massal Di Kecamatan Pemayung Kabupaten Batanghari, Jambi. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat.* 2015 Jan 22;24(4).
 24. Budge PJ, Herbert C, Andersen BJ, Weil GJ. Adverse events following single dose treatment of lymphatic filariasis: Observations from a review of the literature. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(5):1–22.

