

RISIKO KEJADIAN FILARIASIS PADA MASYARAKAT DENGAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN YANG SULIT

Santoso*

Abstrak

Penyakit Kaki Gajah (filariasis) adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filaria (microfilaria) yang dapat menular dengan perantara nyamuk sebagai vektor. Filariasis menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Jumlah penderita kronis yang dilaporkan sebanyak 6233 orang yang tersebar di 1553 desa, di 231 kabupaten dan di 26 Propinsi. Berdasarkan hasil survey tahun 2002-2005 jumlah penderita terbanyak ditemukan di Sumatera dan Kalimantan dengan 84 kabupaten/kota memiliki microfilaria rate 1% atau lebih, hal ini menggambarkan bahwa seluruh daerah di Sumatera dan Kalimantan merupakan daerah endemis filariasis. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang rendah merupakan salah satu factor risiko peningkatan kasus filariasis sehingga perlu dilakukan analisis untuk mengetahui hubungan akses pelayanan kesehatan dengan kejadian filariasis. Analisis dilakukan terhadap data Riskesdas tahun 2007. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara akses pelayanan kesehatan terhadap kejadian filariasis yang meliputi: jarak dan waktu tempuh ke RS, PKM, Pustu, Dokter dan Bidan praktek, Posyandu dan Poskesdes; ketersediaan sarana transportasi ke sarana kesehatan.

Kata kunci: Riskesdas, filariasis, faktor risiko, akses pelayanan kesehatan

Abstract

Elephantiasis disease (filariasis) is one of an infectious disease caused by filarial worms (microfilaria), which can be transmitted through the medium of mosquitoes as vectors. Filariasis is spread almost all over Indonesia. The number of chronic patients who reported as many as 6233 people, spread across 1553 villages in 231 districts and in 26 provinces. Based on the survey in 2002-2005 the number of people ever found in Sumatra and Kalimantan with 84 district/city has a microfilaria rate of 1% or more, this case show that all regions in Sumatra and Kalimantan is a filariasis-endemic areas. Access to low health services is one factor increasing the risk of filariasis cases that have been analyzed to determine access to health care relationship with the incidence of filariasis. Analysis conducted on data Riskesdas 2007. The results showed a significant correlation between access to health ministry on the incidence of filariasis, including: distance and travel time to hospitals, community health centers, sub health centers, doctor and midwife practice, integrated health and village health post, the availability of transportation to health facilities.

Keywords: Basic health research, filariasis, risk factors, access to health services

PENDAHULUAN

Penyakit Kaki Gajah (filariasis) adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filaria (microfilaria) yang dapat menular dengan

perantara nyamuk sebagai vektor.

Penyakit ini bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan dan alat

Tanggal naskah masuk : 20 Juni 2011
Tanggal disetujui : 5 Agustus 2011

*Loka Litbang P2B2 Baturaja
Jl. Jend. A. Yani KM 7 Kemelak, Baturaja, OKU.
Telp. 0735325303, Fax: 0735322774, HP: 085267116300
Email: santoso@litbang.depkes.go.id atau santosbta@yahoo.co.id

kelamin baik perempuan maupun laki-laki. Hal ini dapat berdampak pada kerugian ekonomi yang utama bagi penderita dan keluarganya. Selain itu juga menimbulkan dampak psikologis bagi penderitanya, yaitu mereka yang hidup dengan gejala kronis akan menderita karena diasingkan keluarganya dan masyarakat, juga mengalami kesulitan mendapatkan suami atau istri dan menghambat keturunan. Akibatnya penderita tidak dapat bekerja secara optimal bahkan hidupnya tergantung kepada orang lain sehingga menjadi beban keluarga, masyarakat dan negara⁽¹⁾.

Sekitar 120 juta orang yang tinggal di daerah tropis dan sub tropis terinfeksi oleh filariasis limfatik, dengan kasus yang menyerang pada alat kelamin pada laki-laki sekitar 25 juta dan pada wanita sekitar 15 juta. Sebagian besar penderita terserang lymphodema atau pembesaran kaki⁽²⁾.

Filariasis menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Jumlah penderita kronis yang dilaporkan sebanyak 6233 orang yang tersebar di 1553 desa, di 231 kabupaten dan di 26 Propinsi. Berdasarkan hasil survey tahun 2002-2005 jumlah penderita terbanyak ditemukan di Sumatera dan Kalimantan dengan 84 kabupaten/kota memiliki *microfilaria rate* 1% atau lebih. Data tersebut menggambarkan bahwa seluruh

daerah di Sumatera dan Kalimantan merupakan daerah endemis filariasis⁽³⁾.

World Health Organization (WHO) sudah menetapkan Kesepakatan Global (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*) untuk memberantas penyakit ini sampai tuntas. Program eliminasi dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan *Diethyl Carbamazine Citrate (DEC)* dan Albendazol setahun sekali selama 5 tahun di lokasi yang endemis dan perawatan kasus klinis baik yang akut maupun kronis untuk mencegah timbulnya kecacatan dan mengurangi penderitaanya. Kegiatan eliminasi akan dilaksanakan di Indonesia secara bertahap dimulai pada tahun 2002 di 5 kabupaten percontohan. Perluasan wilayah akan dilaksanakan setiap tahun. Penyebab penyakit kaki gajah adalah tiga spesies cacing filaria yaitu; *Wucheria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Vektor penularnya di Indonesia hingga saat ini telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari genus *Anopheles*, *Culex*, *Mansonia*, *Aedes* & *Armigeres*⁽⁴⁾ yang dapat berperan sebagai vector penular penyakit kaki gajah.

Dalam segitiga epidemiologi dikemukakan bahwa penularan penyakit dapat terjadi karena adanya interaksi antara *host*, *agent* dan *vektor*. Sementara, menurut Hendrik L. Blum (1974), terdapat

empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan manusia, yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Diantara keempat faktor tersebut, faktor yang akan diteliti adalah pelayanan kesehatan yang mencakup akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan⁽⁵⁾.

Indonesia merupakan negara kepulauan yang meliputi \pm 17.000 pulau yang tersebar di 33 propinsi dan 440 kabupaten. Sebagian besar wilayah Indonesia merupakan daerah kepulauan yang terpencil sehingga akses untuk menjangkau wilayah tersebut amat sulit, termasuk akses untuk ke pelayanan kesehatan. Kondisi ini mempersulit dalam penanganan masalah kesehatan, termasuk filariasis karena terbatasnya sarana transportasi untuk menjangkau masyarakat yang tinggal di daerah terpencil.

Guna membantu pemerintah daerah baik di tingkat provinsi maupun kabupaten, dalam hal ini Dinas Kesehatan dalam mengatasi permasalahan tersebut maka perlu segera dilakukan analisis terhadap data Riskesdas untuk mengetahui hubungan akses pelayanan kesehatan dengan risiko terjadinya penularan penyakit filariasis. Dengan diketahuinya hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan kejadian filariasis diharapkan dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan setempat untuk

meningkatkan akses pelayanan kesehatan sehingga dapat menjangkau masyarakat yang tinggal di daerah terpencil, sehingga masyarakat daerah terpencil juga mendapat pelayanan kesehatan yang memadai.

METODOLOGI

Analisis yang digunakan dalam kajian ini berupa analisis deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam analisis ini adalah penduduk yang ada di 33 propinsi yang ada di Indonesia dengan sampel terpilih sebanyak 440 kabupaten/kota. Variabel terikat dalam analisis ini adalah kejadian filariasis sedangkan variable bebas adalah karakteristik penduduk, akses terhadap pelayanan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

Instrumen yang digunakan dalam analisis ini berupa data dari kuesioner rumah tangga dan individu yang meliputi: 1) Blok I (Pengenalan Tempat); 2) Blok IV (Keterangan ART: Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan); 3) Blok VI (Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan); 4) Kuesioner individu bagian B (Penyakit Filariasis).

Prosedur analisis lanjut data Riskesdas dimulai dari pengumpulan data telah dilakukan oleh tim di yang tersebar di seluruh kabupaten yang terpilih sebagai sampel. Pengambilan data

dilakukan oleh tim yang masing-masing terdiri dari 4 orang. Hasil pengumpulan data yang dilakukan masing-masing tim selanjutnya dikumpulkan oleh Penanggung Jawab Teknis (PJT) atau Penanggung Jawab Operasional (PJO) untuk selanjutnya dikirimkan kepada Tim Analisis Data Riskesdas di Balitbangkes. Data yang telah diterima selanjutnya dilakukan manajemen data yang meliputi: *receiving batching, editing, entry* dan *cleaning* data. Semua proses ini sudah dilakukan oleh Tim Analisis Data Riskesdas di Balitbangkes. Selanjutnya, hasil analisis awal data Riskesdas

dilakukan analisis lanjut untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian filariasis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Jumlah penderita filariasis di Indonesia yang ditemukan dari hasil Riskesdas tahun 2007 sebanyak 967 orang. Karakteristik penderita filariasis dilihat berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan. Distribusi penderita filariasis berdasarkan karakteristiknya dapat dilihat pada Tabel 1 berikut:

Tabel 1.
Karakteristik Penderita Filariasis di Indonesia Tahun 2007

Karakteristik Responden	Frek (N=967)	Persen (%)
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	504	52,1
Perempuan	463	47,9
Umur:		
0-5 tahun	53	5,5
6-14 tahun	138	14,3
15-30 tahun	243	25,1
31-46 tahun	256	26,7
47-62 tahun	177	18,3
>62 tahun	98	10,1
Pendidikan:		
Tidak pernah sekolah	230	23,8
Tidak tamat SD	223	23,1
Tamat SD	240	24,8
Tamat SLTP	128	13,2
Tamat SLTA	111	11,5
Tamat Akademi/PT	35	3,6
Pekerjaan:		
Tidak bekerja	365	37,7
Sekolah	106	11,0
Ibu rumah tangga	97	10,0
PNS	17	1,8
Pegawai BUMN	5	0,5
Petani	311	32,2
Nelayan	9	0,9
Buruh	32	3,3
Lainnya	25	2,6

Tabel 1. Menunjukkan bahwa penderita filariasis lebih banyak ditemukan pada laki-laki. Sementara berdasarkan kelompok umur penderita filariasis proporsi terbanyak ditemukan pada kelompok umur 31-46 tahun (26,7%). Berdasarkan tingkat pendidikan penderita filariasis ditemukan paling banyak pada tingkat pendidikan tamat SD (24,8%). Berdasarkan status pekerjaan diketahui bahwa sebagian besar penderita filariasis tidak bekerja.

Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Jarak yang harus ditempuh oleh penderita filariasis ke sarana pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan praktek) rata-rata 2.205 meter dengan waktu tempuh rata-rata 24 menit. Sedangkan jarak yang

harus ditempuh ke Posyandu, Poskesdes dan Polindes rata-rata 1.145 meter dengan waktu tempuh rata-rata 18 menit (Tabel 2) dengan ketersediaan alat transportasi hanya 59,5% (Tabel 2).

Tabel 2 juga menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara akses pelayanan kesehatan dengan kejadian filariasis. Variabel yang berhubungan dengan kejadian filariasis yaitu jarak dan waktu tempuh ke RS, PKM, Pustu, Dokter dan Bidan praktek serta waktu tempuh ke Posyandu, Poskesdes dan Polindes ($P < 0,05$). Sedangkan jarak ke Posyandu, Poskesdes dan Polindes tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan kejadian filariasis ($P > 0,05$).

Tabel 2.
Distribusi Penderita Filariasis Berdasarkan Akses
ke Sarana Pelayanan Kesehatan Tahun 2007

Akses ke Sarana Yankes	Penderita Filariasis (N=967)					
	Min	Max	Mean	Std. Dev	Koef. korelasi	P value
Jarak ke RS, PKM, Pustu, Dokter & Bidan Praktek (meter)	2	36.000	2.205	3.610	0,015	0,000
Waktu tempuh ke RS, PKM, Pustu, Dokter & Bidan Praktek (menit)	1	250	24	28		0,013
Jarak ke Posyandu, Poskesdes, Polindes (meter)	0	38.000	1.145	2.745		0,100
Waktu tempuh ke Posyandu, Poskesdes, Polindes (menit)	0	350	18	28		0,000

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana transportasi dengan kejadian filariasis. Kejadian filariasis lebih banyak terjadi pada masyarakat yang

tidak tersedia sarana transportasi ke pelayanan kesehatan (61,3%). Sementara berdasarkan pemanfaatan Posyandu ternyata tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian filariasis.

Tabel 3.
Distribusi Ketersediaan Sarana Transportasi ke Sarana Kesehatan dan Pemanfaatan Posyandu dengan Kejadian Filariasis di Indonesia tahun 2007

Ketersediaan Sarana Transportasi dan Pemanfaatan Posyandu	Penderita Filariasis		Total (N=973.657)	P-value
	Positif (n=967)	Negatif (n=972.690)		
Tersedia Sarana Transport:				0,000
Ya	374 (38,7%)	447.879 (46,0%)	448.253 (46,0%)	
Tidak	593 (61,3%)	524.811 (54,0%)	525.404 (54,0%)	
Jumlah	967 100%	972.690 100%	973.657 100%	
Pemanfaatan Posyandu:				0,295
Ya	331 (34,2%)	317.590 (32,7%)	317.921 (32,7%)	
Tidak	636 (65,8%)	655.100 (67,3%)	655.736 (67,3%)	
Jumlah	967 100%	972.690 100%	973.657 100%	

PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa laki-laki lebih berisiko terkena filariasis dibandingkan dengan perempuan. Aktivitas laki-laki yang lebih banyak di luar rumah meningkatkan risiko untuk terkena filariasis karena filariasis termasuk penyakit menular yang ditularkan dengan perantara nyamuk

sebagai vektor. Perilaku sering keluar rumah terutama pada malam hari meningkatkan risiko untuk digigit nyamuk yang merupakan vektor filariasis sehingga laki-laki lebih berisiko untuk terkena filariasis. Hasil analisis ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Pulau Alor yang menemukan lebih banyak kasus filariasis pada laki-laki dibandingkan perempuan⁽⁶⁾.

Penularan filariasis tergolong lambat karena penderita baru akan terinfeksi cacing mikrofilaria setelah mengalami gigitan nyamuk vektor filariasis yang mengandung larva cacing filaria stadium 3 berkali-kali⁽⁷⁾. Filariasis bersifat kronis dan bila tidak mendapatkan pengobatan akan menimbulkan kecacatan. Gejala klinis yang tidak dipahami oleh masyarakat menimbulkan gejala klinis filariasis sulit terdeteksi bila tidak dilakukan pemeriksaan darah jari untuk menemukan mikrofilaria dalam darah tepi. (3) Penderita filariasis baru diketahui setelah stadium lanjut (*elephantiasis*). Hal ini berhubungan dengan manifestasi klinis dari filariasis yang baru menunjukkan gejala setelah 10 sampai 15 tahun terinfeksi cacing filaria sehingga penderita filariasis sebagian besar ditemukan pada kelompok usia produktif⁽⁸⁾.

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan perilaku masyarakat untuk hidup sehat, sehingga tingkat pendidikan yang rendah akan meningkatkan risiko tertular penyakit khususnya penyakit filariasis.

Cacat fisik yang diderita oleh penderita filariasis mengakibatkan penderita tidak dapat bekerja secara optimal sehingga lebih banyak penderita filariasis yang tidak bekerja. Meskipun filariasis tidak menimbulkan kematian namun secara ekonomi penderita

filariasis sangat merugikan baik bagi penderita sendiri maupun bagi keluarganya. Kecacatan yang ditimbulkan akibat filariasis mengakibatkan penderita sulit untuk bekerja.

Kurangnya akses ke pelayanan kesehatan serta kurangnya sarana transportasi dan pemanfaatan yankes oleh masyarakat meningkatkan risiko berkembangnya penyakit filariasis di masyarakat. Penyakit filariasis yang tidak segera diobati dalam jangka waktu lama akan menimbulkan kecacatan fisik yang permanen. Penderita yang terinfeksi oleh cacing filaria akan mengalami penyumbatan saluran limfe yang dapat menyebabkan limfadema di daerah yang terkena. Bila penyumbatan terjadi pada kaki maka akan terjadi perbesaran kaki dan bila yang terkena alat kelamin pria (skrotum) maka akan terjadi perbesaran pada alat kelamin tersebut⁽⁸⁾.

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*⁽⁹⁾ untuk melihat hubungan antara variabel terikat (penderita filariasis) dengan variabel bebas (akses terhadap pelayanan kesehatan) terdapat adanya hubungan yang signifikan pada 3 variabel, yaitu: jarak dan waktu tempuh ke RS, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan praktek serta waktu tempuh ke Posyandu, Poskesdes dan Polindes. Sedangkan jarak ke Posyandu, Poskesdes dan Polindes tidak memiliki hubungan yang signifikan ($p > 0,05$). Hasil

analisis juga menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$) antara kejadian penyakit filariasis dengan ketersediaan transportasi ke sarana kesehatan. Sedangkan antara pemanfaatan Posyandu dalam 3 bulan terakhir dengan kejadian filariasis tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna secara statistik ($p = 0,295$). Filariasis merupakan penyakit yang memiliki masa inkubasi yang cukup lama. Seseorang yang terkena filariasis biasanya akan menunjukkan gejala yang dapat terlihat dalam waktu lama sehingga sulit untuk memastikan penderita filariasis. Penderita baru akan menunjukkan gejala setelah 10-15 tahun mulai dari terinfeksi. Diagnosis pasti filariasis dengan melakukan pemeriksaan darah jari pada malam hari, sementara sebagian besar Posyandu tidak memiliki sarana untuk pemeriksaan darah jari sehingga hal ini memungkinkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara kejadian filariasi dengan pemanfaatan Posyandu dalam 3 bulan terakhir.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk menanggulangi filariasis adalah dengan pengobatan massal yang sudah dimulai sejak tahun 2002. Salah satu kendala yang dihadapi dalam kegiatan pengobatan massal filariasis adalah sulitnya akses masyarakat ke sarana kesehatan sehingga kegiatan pengobatan massal filariasis tidak dapat dilakukan dengan

maksimal. Hal ini dapat menjadi salah satu penyebab masih ada daerah endemis filariasis⁽¹⁰⁾.

KESIMPULAN DAN SARAN

Akses pelayanan kesehatan yang meliputi: jarak dan waktu tempuh ke RS, PKM, Pustu, Dokter dan Bidan praktek, Posyandu dan Poskesdes; ketersediaan sarana transportasi ke sarana kesehatan berhubungan dengan kejadian filariasis.

Untuk mengurangi penularan filariasis maka perlu adanya perbaikan kondisi lingkungan yang dapat mengurangi adanya tempat perkembangbiakan nyamuk sebagai vector filariasis, meningkatkan akses untuk menjangkau sarana pelayanan kesehatan dan penyediaan sarana transportasi umum yang dapat menjangkau sarana pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Pedoman Program Eliminasi Filariasis di Indonesia. Dirjen PP&PL, Depkes RI, 2008.
2. WHO. Lymphatic filariasis: Epidemiology. Available from: http://www.who.int/lymphatic_filariasis/epidemiology/en/. Download: 12 January 2011.
3. Depkes RI. Epidemiologi Filariasis. Dirjen PP&PL, Depkes RI. 2008.
4. Infeksi.com. *Filariasis*. Pusat Informasi Penyakit Infeksi. <http://www.infeksi.com/articles.php?lng=in&pg=32>. Download: 17 January 2011.

5. Budiarto, E. & Dewi A. *Pengantar Epidemiologi. Edisi 2*. Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta, 2003.
6. Taniawati Supali, Herry Wibowo, Paul Rü Ckert, Kerstin Fischer, Is S. Ismid, Purnomo, Yenny Djuardi, and Peter Fischer. *High Prevalence of Brugia Timori Infection In The Highland Of Alor Island, Indonesia. am. J. Trop. Med. Hyg.*, 66(5), 2002, pp. 560–565.
7. Taniawati Supali, Agnes Kurniawan, Sri Oemijati. *Epidemiologi Filariasis*. Dalam: Buku Ajar Parasitologi Kedokteran. Edisi Keempat. Editor: Sutanto I., Ismid IS., Sjarifudin PK., Sungkar S. FKUI. Jakarta, 2008. Hal: 40-42.
8. Taniawati Supali, Agnes Kurniawan, Felix Partono. *Wuchereria bancrofti, Brugia malayi dan Brugia timori*. Dalam: Buku Ajar Parasitologi Kedokteran. Edisi Keempat. Editor: Sutanto I., Ismid IS., Sjarifudin PK., Sungkar S. FKUI. Jakarta, 2008. Hal: 32-39.
9. Santoso, Singgih. *Buku Latihan SPSS Statisti Non Parametrik*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta 2001.
10. Ompusungu S., Siswantoro H., Purnamasari T., Dewi RM. *Pelaksanaan Pengobatan Massal Filariasis di Beberapa Daerah dengan Frekwensi Pengobatan Berbeda. Jurnal Penyakit Menular Indonesia*. Vol. 1 No.1-2009. Hal: 10-19.