Jurnal Kesehatan Cendikia Jenius. Vol.4. No.1 bulan Desember 2026; e-ISSN : 3031-8793
JURNAL KESEHATAN CENDIKIA JENIUS
(The Health Journal of a Brilliant Researcher)
https://jurnal.kesehatan.cendikiajenius-ind.id/index.php/jenius/index

Perilaku Pencegahan Filariasis Menurut Riwayat Penyuluhan dan Keikutsertaan dalam Pemberian Obat Pencegahan Massal

Lymphatic Filariasis Prevention Behaviors by History of Health Education and Participation in Mass Drug Administration

Teresa Rosario Hakim[1], Fitriyanti[2*], Budi Justitia[3], Huntari Harahap[4]

[1] Universitas Jambi; teresahakim@gmail.com;
[2] *Universitas Jambi; fitriyanti@unja.ac.id
[3] Universitas Jambi; boedortho@yahoo.com
[4] Universitas Jambi; huntari_harahap@unja.ac.id
*(fitriyanti@unja.ac.id)

ABSTRACT

Background: *Lymphatic filariasis prevention remains vital after mass drug administration (MDA) ends.* ***Objective****: To compare prevention behavior by health education history and MDA participation among adults in Pemayung, Batanghari.* ***Methods:*** *This cross-sectional study included 100 adults in the Jembatan Mas Primary Health Center area in August 2026. An 11-item survey measured total behavior, personal and environmental protection, and program engagement. Mann–Whitney U tests and separate HC3 robust linear models adjusted for age, sex, education, and occupation were used. Sensitivity analysis excluded 33 people recruited at an education event.* ***Results:*** *Of 100 adults, 55 reported prior education and 62 reported MDA participation. Median total score was 35 (Q1–Q3: 28–38). Adjusted total scores were higher with education (difference 3.73 points; p = 0.004) and MDA (4.53 points; p = 0.001). Both histories were associated with program engagement. For protection, education was not significantly associated (p = 0.387), while MDA showed a small positive association (1.43 points; p = 0.029). The MDA association remained significant when 33 education-event recruits were excluded (2.14 points; p = 0.007).* ***Conclusion:*** *Program exposure histories were more closely linked to program engagement than daily protection. These findings cannot establish causality. Post-MDA education should focus on practical protection, local support, and regular community monitoring of daily preventive practices.*

Keywords *:* ***Health education, lymphatic filariasis, mass drug administration, prevention behavior***

ABSTRAK

Pendahuluan: Upaya pencegahan filariasis tetap perlu dilakukan setelah pemberian obat pencegahan massal (POPM) berhenti. **Tujuan penelitian:** Menilai perbedaan perilaku menurut riwayat penyuluhan dan POPM pada warga Pemayung, Batanghari. **Metode:** Studi potong lintang melibatkan 100 orang dewasa di wilayah Puskesmas Jembatan Mas pada Agustus 2026. Kuesioner 11 butir menilai perilaku total, perlindungan diri dan lingkungan, serta keterlibatan dalam program. Skor diuji dengan Mann–Whitney U dan regresi linear robust HC3 pada model terpisah, dengan koreksi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Analisis sensitivitas tidak menyertakan 33 warga yang direkrut saat kegiatan edukasi. **Hasil:** Dari 100 responden, 55 pernah mendapat penyuluhan dan 62 pernah ikut POPM. Median skor total pada seluruh responden adalah 35 (Q1–Q3: 28–38). Skor total lebih tinggi pada kelompok penyuluhan (selisih terkoreksi 3,73 poin; p = 0,004) dan POPM (4,53 poin; p = 0,001). Keduanya terkait dengan keterlibatan program. Pada skor perlindungan diri dan lingkungan, riwayat penyuluhan tidak terkait secara bermakna (p = 0,387), sedangkan POPM menunjukkan selisih positif kecil (1,43 poin; p = 0,029). Hubungan POPM tetap bermakna setelah 33 warga dari kegiatan edukasi dikeluarkan (2,14 poin; p = 0,007). **Simpulan:** Riwayat paparan lebih erat terkait dengan keterlibatan program dibanding praktik perlindungan harian. Temuan tidak membuktikan sebab-akibat. Edukasi pasca-POPM perlu fokus pada latihan perlindungan, dukungan warga, dan pemantauan rutin.

Kata Kunci : **Filariasis, pemberian obat pencegahan massal, penyuluhan kesehatan, perilaku pencegahan**

© 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

PENDAHULUAN

Filariasis limfatik (FL) merupakan salah satu *neglected tropical diseases* (NTDs) yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria, terutama *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori* dan dapat menyebabkan limfedema, pembesaran anggota tubuh, serta gangguan sosial dan ekonomi.[1] Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) merupakan strategi untuk memutus penularan filariasis, sedangkan survei epidemiologis digunakan untuk menilai kelayakan penghentian POPM lalu dilanjutkan dengan surveilans pascapengobatan. Penghentian POPM tidak serta-merta menunjukkan tercapainya eliminasi filariasis sebagai masalah kesehatan masyarakat karena validasi memerlukan pemenuhan kriteria epidemiologis dan programatik yang ditetapkan WHO.[2] Di Kecamatan Pemayung, Kabupaten Batanghari, POPM telah dilaksanakan sejak 2009 dan penelitian terdahulu mencatat pentingnya peran kader serta tokoh masyarakat dalam penerimaan program tersebut.[3] Selain penerimaan program, kepatuhan masyarakat dalam mengonsumsi obat pencegahan juga menjadi aspek yang perlu diperhatikan. Penelitian *case control* di Tanjung Jabung Timur menemukan hubungan antara kepatuhan minum obat profilaksis dan kejadian filariasis.[4]

Setelah POPM tidak lagi dilaksanakan secara rutin, perlindungan dari gigitan nyamuk dan pemeliharaan kondisi lingkungan tetap menjadi bagian penting dalam pencegahan filariasis. Studi pemetaan di Kabupaten Muaro Jambi menunjukkan adanya keterkaitan antara cakupan rumah tangga yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta kepadatan penduduk dengan kejadian filariasis, meskipun pola hubungan tersebut berbeda antarwilayah.[5] Penelitian mengenai vektor dan aspek penularan filariasis di Banyuasin juga melaporkan perilaku menggigit *Culex quinquefasciatus* dan deteksi DNA *Brugia malayi*, variasi tempat istirahat nyamuk berdasarkan karakteristik habitat, serta periodisitas mikrofilaria *B. malayi*.[6–8] Temuan-temuan tersebut mendukung pentingnya memperhatikan perlindungan dari gigitan nyamuk dan pengelolaan lingkungan dalam upaya pencegahan filariasis.

Perilaku pencegahan filariasis tidak hanya tercermin dari keikutsertaan dalam program kesehatan, tetapi juga dari praktik perlindungan sehari-hari. Penelitian di Kecamatan Cilimus, Kabupaten Kuningan, menemukan hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan filariasis, meskipun 82,1% responden melaporkan minum obat filariasis, namun hanya 4,7% yang menggunakan kelambu.[9] Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Mananga juga melaporkan hubungan antara pengetahuan dan perilaku terkait filariasis, meskipun korelasi yang ditemukan lemah dan negatif.[10] Pada penyakit tular nyamuk lainnya, penelitian DBD di Kota Jambi menunjukkan hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan, sejalan dengan penelitian Albari dkk. di Kelurahan Mayang Mangurai yang menemukan hubungan bermakna antara pengetahuan ($p < 0{,}001$) dan sikap ($p = 0{,}014$) dengan perilaku pencegahan DBD.[11,12] Berbagai temuan ini menjadi pertimbangan untuk menilai perilaku pencegahan secara lebih rinci, termasuk membedakan keterlibatan dalam program kesehatan dan praktik perlindungan diri serta lingkungan.

Di Pemayung, data terbaru mengenai perbedaan perilaku pencegahan filariasis berdasarkan riwayat penyuluhan dan keikutsertaan POPM setelah penghentian program massal masih terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menganalisis perbedaan perilaku pencegahan filariasis berdasarkan riwayat penyuluhan dan keikutsertaan dalam Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) pada masyarakat dewasa di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Mas, Kecamatan Pemayung, Kabupaten Batanghari, baik berdasarkan skor total maupun dua subskala, yaitu perlindungan diri dan lingkungan serta keterlibatan dalam program kesehatan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain potong lintang (*cross-sectional*) yang dilaksanakan pada Agustus 2026 di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Mas, Kecamatan Pemayung, Kabupaten Batanghari, Provinsi Jambi. Sampel terdiri atas 100 penduduk dengan kriteria inklusi berusia sekurang-kurangnya 18 tahun, berdomisili di wilayah penelitian minimal enam bulan, mampu berkomunikasi,

dan bersedia mengikuti penelitian. Kriteria eksklusi meliputi kondisi sakit berat, gangguan kognitif atau komunikasi berat, serta tenaga kesehatan atau kader yang sedang bertugas sebagai pelaksana kegiatan saat pengumpulan data. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner. Riwayat penyuluhan filariasis dan keikutsertaan POPM dicatat sebagai pernah atau tidak pernah. Sebanyak 33 responden direkrut pada kegiatan edukasi tanggal 6 Agustus 2026, sedangkan 67 responden lainnya direkrut melalui pengumpulan data di masyarakat.

Perilaku pencegahan diukur dengan 11 butir pernyataan berskala Likert empat pilihan jawaban, yaitu tidak pernah (1), jarang (2), sering (3), dan selalu (4), dengan skor total 11–44. Enam butir menilai perlindungan diri dan lingkungan (skor 6–24), sedangkan lima butir menilai keterlibatan dalam program kesehatan (skor 5–20). Butir mengenai kebiasaan membiarkan tubuh terbuka pada malam hari diberi skor terbalik sehingga skor lebih tinggi menunjukkan perilaku lebih protektif. Pada uji coba terhadap 45 responden di luar sampel penelitian, sebanyak 11 dari 15 butir awal memenuhi kriteria validitas butir (r hitung > 0,294). Uji reliabilitas terhadap 11 butir terpilih menghasilkan Cronbach α sebesar 0,823. Konsistensi internal pada sampel utama penelitian menghasilkan alpha Cronbach 0,729 untuk skor total, 0,411 untuk subskala perlindungan, dan 0,785 untuk subskala keterlibatan program.

Usia disajikan sebagai median (Q1-Q3) dan dibandingkan menggunakan uji Mann–Whitney U dua arah, sedangkan karakteristik kategorik sebagai frekuensi dan persentase. Skor perilaku disajikan sebagai median (Q1-Q3) dan dibandingkan menggunakan uji Mann–Whitney U dua arah. Perbandingan proporsi pada setiap butir perilaku dianalisis dengan uji eksak Fisher dua arah. Hubungan jumlah jenis paparan program (0, 1, atau 2) dengan skor perilaku dinilai menggunakan uji korelasi Spearman. Perbandingan karakteristik kategorik antar kelompok menggunakan uji *chi-square* Pearson bila syarat frekuensi harapan terpenuhi. Selisih skor terkoreksi dihitung melalui regresi linear dengan galat baku robust HC3, setelah disesuaikan terhadap usia, jenis kelamin, pendidikan (≤SD, SMP, ≥SMA), dan pekerjaan (ibu rumah tangga, petani/buruh, lainnya). Riwayat penyuluhan dan POPM dimasukkan dalam model terpisah karena paparan keduanya banyak tumpang tindih. Untuk menilai kemungkinan tumpang tindih pengukuran antara variabel paparan dan butir perilaku, dilakukan analisis tambahan dengan mengeluarkan butir minum obat saat POPM dan mengikuti penyuluhan dari skor total, sehingga tersisa sembilan butir dengan rentang skor 9–36. Analisis diulang menggunakan regresi linear dengan galat baku robust HC3 dan penyesuaian terhadap kovariat yang sama. Sebagai analisis sensitivitas, model hubungan riwayat POPM dengan skor perlindungan diri dan lingkungan diulang setelah mengecualikan 33 responden yang direkrut pada kegiatan edukasi (n = 67). Nilai $p < 0,05$ dianggap bermakna. Analisis hasil final dilakukan dengan IBM SPSS Statistics.

Penelitian telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi (Nomor: 258/DST/UN21.8.9/PT.01.04/2026 tanggal 14 Juli 2026). Seluruh responden memberikan persetujuan setelah penjelasan, dan data dianalisis tanpa identitas pribadi. Data penelitian ini merupakan bagian dari survei masyarakat mengenai filariasis di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Mas yang juga digunakan dalam penyusunan naskah penelitian terkait. Analisis pada naskah ini secara khusus difokuskan pada perbedaan skor perilaku pencegahan berdasarkan riwayat penyuluhan dan keikutsertaan POPM pada 100 responden.

HASIL

Penelitian ini melibatkan 100 responden, dengan 55 orang (55%) memiliki riwayat penyuluhan filariasis dan 62 orang (62%) pernah mengikuti POPM. Sebanyak 51 responden melaporkan kedua paparan, 15 responden memperoleh salah satu paparan, dan 34 responden tidak pernah mengikuti keduanya. Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyuluhan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden menurut riwayat penyuluhan (n = 100)

Karakteristik	Pernah (n = 55)	Tidak pernah (n = 45)	p
Usia			
Usia (tahun), median (Q1-Q3)	43 (34-50)	36 (27-53)	0,169
Jenis Kelamin			
Perempuan	41 (74,5%)	28 (62,2%)	0,185
Laki-laki	14 (25,5%)	17 (37,8%)	
Pendidikan			
≤SD	17 (30,9%)	10 (22,2%)	0,604
SMP	12 (21,8%)	12 (26,7%)	
≥SMA	26 (47,3%)	23 (51,1%)	
Pekerjaan			
Ibu rumah tangga	26 (47,3%)	19 (42,2%)	0,826
Petani/buruh	12 (21,8%)	12 (26,7%)	
Lainnya	17 (30,9%)	14 (31,1%)	
Riwayat POPM			
Pernah mengikuti POPM	51 (92,7%)	11 (24,4%)	<0,001

Keterangan: Usia menggunakan Mann–Whitney exact dua arah (p = 0,169), sedangkan karakteristik kategorik menggunakan Pearson chi-square. Persentase dihitung menurut kolom riwayat penyuluhan

Berdasarkan Tabel 1, kelompok yang pernah mendapat penyuluhan memiliki median usia lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak pernah (43 dibandingkan 36 tahun). Proporsi perempuan juga lebih tinggi pada kelompok pernah penyuluhan (74,5% dibandingkan 62,2%). Namun, tidak ditemukan perbedaan bermakna pada karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, maupun pekerjaan antara kedua kelompok (seluruh p > 0,05). Sebaliknya, proporsi keikutsertaan POPM lebih tinggi pada kelompok pernah penyuluhan dibandingkan kelompok tidak pernah (92,7% dibandingkan 24,4%; p < 0,001).

Perbandingan skor perilaku pencegahan filariasis secara keseluruhan maupun berdasarkan subskala perlindungan diri dan lingkungan serta keterlibatan dalam program kesehatan menurut riwayat penyuluhan dan POPM disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Skor perilaku menurut riwayat penyuluhan dan POPM (n = 100)

Paparan dan skor	Pernah median (Q1-Q3)	Tidak pernah median (Q1-Q3)	p MW	B HC3	IK 95%	p HC3
Penyuluhan – Total (11-44)	36 (33,5-38,5)	32 (26-36)	0,002	+3,73	1,24-6,23	0,004
Penyuluhan – Proteksi (6-24)	20 (18-22)	19 (17-21)	0,208	+0,52	-0,67-1,70	0,387
Penyuluhan – Program (5-20)	16 (14–17)	11 (8–17)	<0,001	+3,22	1,45-4,99	<0,001
POPM – Total (11-44)	36 (34-39)	31,5 (25-35)	<0,001	+4,53	1,86-7,19	0,001
POPM – Proteksi (6-24)	20 (19-22)	19 (16-20)	0,008	+1,43	0,15-2,71	0,029
POPM – Program (5-20)	16,5 (13-17)	11 (8-17)	0,001	+3,10	1,18-5,01	0,002

Keterangan: Kuartil mengikuti Tukey's Hinges pada output SPSS dan uji Mann–Whitney exact dua arah. B merupakan selisih terkoreksi pernah dikurangi tidak pernah, serta semua model HC3 disesuaikan terhadap usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan

Hasil uji Mann–Whitney U menunjukkan bahwa responden dengan riwayat penyuluhan maupun POPM memiliki skor perilaku total dan keterlibatan dalam program kesehatan yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan responden tanpa riwayat paparan. Setelah penyesuaian terhadap usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan, kedua paparan tetap berhubungan bermakna dengan skor perilaku total, masing-masing dengan selisih terkoreksi 3,73 poin (p = 0,004) dan 4,53 poin (p = 0,001). Pada subskala perlindungan diri dan

lingkungan, hanya riwayat POPM yang menunjukkan hubungan bermakna (selisih terkoreksi 1,43 poin; p = 0,029), sedangkan riwayat penyuluhan tidak bermakna (p = 0,387).

Pada analisis tambahan menggunakan skor perilaku sembilan butir, setelah mengeluarkan butir minum obat saat POPM dan mengikuti penyuluhan, kedua riwayat paparan tetap menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik. Selisih skor terkoreksi pada kelompok yang pernah memperoleh penyuluhan dibandingkan yang tidak pernah adalah 2,09 poin (IK 95%: 0,35–3,82; p = 0,019), sedangkan pada kelompok yang pernah mengikuti POPM dibandingkan yang tidak pernah adalah 2,71 poin (IK 95%: 0,83–4,60; p = 0,005).

Jumlah jenis paparan program berkorelasi positif dengan skor perilaku total (rs = 0,377; p < 0,001), perlindungan diri dan lingkungan (rs = 0,214; p = 0,033), serta keterlibatan dalam program kesehatan (rs = 0,352; p < 0,001). Median skor total meningkat dari 31,5 pada responden tanpa paparan menjadi 34 pada responden dengan satu jenis paparan dan 36 pada responden dengan kedua paparan. Analisis sensitivitas setelah mengecualikan 33 responden yang direkrut pada kegiatan edukasi (n = 67) menunjukkan bahwa riwayat POPM tetap berhubungan bermakna dengan skor perlindungan diri dan lingkungan (selisih terkoreksi 2,14 poin; IK 95%: 0,61–3,67; p = 0,007). Selanjutnya, untuk mengidentifikasi perilaku yang mendasari perbedaan skor tersebut, dilakukan analisis pada setiap butir perilaku berdasarkan proporsi responden yang menjawab sering atau selalu menurut riwayat penyuluhan dan POPM (Tabel 3).

Tabel 3. Persentase jawaban sering atau selalu pada setiap perilaku

Butir perilaku	Pernah penyuluhan (%)	Tidak pernah penyuluhan (%)	p	Pernah POPM (%)	Tidak pernah POPM (%)	p
Tidur berkelambu	54,5	48,9	0,688	58,1	42,1	0,150
Memakai antinyamuk sore hingga malam	80,0	68,9	0,248	82,3	63,2	0,056
Memakai pakaian panjang malam hari	78,2	68,9	0,361	80,6	63,2	0,063
Tidak membiarkan tubuh terbuka	96,4	95,6	1,000	96,8	94,7	0,633
Membersihkan genangan	89,1	82,2	0,391	87,1	84,2	0,770
Membersihkan semak	92,7	82,2	0,130	91,9	81,6	0,203
Minum obat saat POPM	80,0	40,0	<0,001	79,0	34,2	<0,001
Mengajak keluarga minum obat	76,4	48,9	0,006	75,8	44,7	0,003
Mengikuti penyuluhan	74,5	48,9	0,012	75,8	42,1	0,001
Mencari informasi pencegahan	27,3	15,6	0,225	25,8	15,8	0,322
Memeriksakan diri bila bergejala	90,9	82,2	0,240	87,1	86,8	1,000

Keterangan: Nilai p diperoleh dari uji eksak Fisher dua sisi. Butir mengenai paparan tubuh pada malam hari menggunakan pembalikan skor sehingga nilai lebih tinggi menunjukkan perilaku lebih protektif. Analisis per butir bersifat eksploratif tanpa koreksi pengujian berganda.

Analisis per butir menunjukkan bahwa perbedaan bermakna berdasarkan riwayat penyuluhan maupun POPM terutama ditemukan pada perilaku yang berkaitan dengan keikutsertaan dalam program kesehatan, yaitu minum obat saat POPM, mengajak keluarga mengikuti POPM, dan mengikuti penyuluhan. Sebaliknya, tidak ditemukan perbedaan bermakna pada setiap butir perlindungan diri dan lingkungan menurut kedua riwayat

paparan (seluruh p > 0,05). Hasil analisis per butir perlu ditafsirkan secara hati-hati karena bersifat eksploratif dan tidak dilakukan penyesuaian terhadap pengujian berganda.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat penyuluhan dan keikutsertaan POPM berhubungan dengan skor perilaku pencegahan filariasis yang lebih tinggi setelah memperhitungkan karakteristik demografi. Namun, perbedaan tersebut lebih menonjol pada keterlibatan dalam program kesehatan dibandingkan dengan perlindungan diri dan lingkungan. Gambaran serupa terlihat pada penelitian di Kuningan, yang melaporkan bahwa proporsi responden yang mengonsumsi obat filariasis (82,1%) jauh lebih tinggi dibandingkan yang menggunakan kelambu (4,7%).[9] Temuan tersebut mengindikasikan bahwa partisipasi dalam program kesehatan belum tentu mencerminkan penerapan praktik perlindungan sehari-hari.

Hubungan antara riwayat paparan dan keterlibatan dalam program kesehatan perlu ditafsirkan secara hati-hati karena beberapa butir subskala tersebut mencakup minum obat saat POPM, mengajak keluarga mengonsumsi obat, dan mengikuti penyuluhan. Butir-butir tersebut memiliki kesamaan konsep dengan riwayat penyuluhan dan POPM yang menjadi variabel pembanding, sehingga sebagian hubungan yang ditemukan mungkin mencerminkan tumpang tindih pengukuran, bukan semata-mata perbedaan praktik pencegahan. Analisis tambahan dengan mengeluarkan dua butir yang secara langsung berkaitan dengan variabel paparan menunjukkan bahwa hubungan riwayat penyuluhan dan keikutsertaan POPM dengan skor perilaku tetap bermakna secara statistik, meskipun selisih skor terkoreksi menjadi lebih kecil. Temuan ini menunjukkan bahwa asosiasi yang ditemukan tidak sepenuhnya bergantung pada kedua butir tersebut. Namun, kemungkinan tumpang tindih konseptual belum seluruhnya teratasi karena butir lain mengenai keterlibatan dalam program masih dipertahankan. Selain itu, desain potong lintang tidak memungkinkan penentuan apakah paparan program mendahului perilaku yang dinilai.

Pada subskala perlindungan diri dan lingkungan, riwayat penyuluhan tidak menunjukkan hubungan bermakna setelah penyesuaian karakteristik demografi (selisih terkoreksi 0,52 poin; p = 0,387). Sebaliknya, riwayat POPM menunjukkan hubungan positif yang bermakna (selisih terkoreksi 1,43 poin; p = 0,029). Hubungan tersebut tetap ditemukan dalam analisis sensitivitas setelah mengecualikan 33 responden yang direkrut pada kegiatan edukasi (selisih terkoreksi 2,14 poin; p = 0,007). Meskipun demikian, besarnya perbedaan skor relatif terbatas dan perlu dipertimbangkan bersama rendahnya konsistensi internal subskala perlindungan (Cronbach α = 0,411). Hal ini menunjukkan bahwa hasil subskala tersebut harus ditafsirkan dengan hati-hati dan belum cukup untuk menyimpulkan bahwa keikutsertaan POPM secara langsung meningkatkan praktik perlindungan.

Pada analisis per butir, sebanyak 52% responden melaporkan sering atau selalu menggunakan kelambu saat tidur. Tidak ditemukan perbedaan bermakna pada masing-masing butir perlindungan diri dan lingkungan berdasarkan riwayat penyuluhan maupun POPM. Meskipun skor gabungan perlindungan diri dan lingkungan menunjukkan perbedaan bermakna menurut riwayat POPM, hasil tersebut tidak disertai perbedaan bermakna pada butir perilaku secara individual. Temuan ini menunjukkan perlunya interpretasi yang hati-hati terhadap perbedaan skor gabungan, terutama dalam menggambarkan praktik perlindungan sehari-hari.

Perbedaan antara keterlibatan dalam program kesehatan dan praktik perlindungan sehari-hari menunjukkan perlunya memperhatikan kualitas komunikasi serta evaluasi kegiatan edukasi. Penelitian di Pekalongan menemukan bahwa persepsi manfaat dan hambatan berkaitan dengan kepatuhan mengikuti POPM,[13] sedangkan penelitian terdahulu di Pemayung mencatat adanya kekhawatiran masyarakat terhadap efek samping obat berdasarkan pengalaman kader dan tokoh masyarakat.[3] Temuan tersebut menunjukkan pentingnya komunikasi kesehatan yang mempertimbangkan kekhawatiran masyarakat. Selain itu, evaluasi kegiatan edukasi perlu disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai. Penelitian Shofwani, Fitriyanti, dan rekan-rekan mengenai pelatihan pemeriksaan cepat filariasis pada tenaga kesehatan di Batanghari

menunjukkan bahwa tingginya skor awal dan pola jawaban yang tidak independen membatasi penilaian hasil pelatihan.[14] Meskipun populasi dan bentuk kegiatannya berbeda, penelitian tersebut memberikan pertimbangan metodologis bahwa evaluasi penyuluhan masyarakat sebaiknya tidak hanya menilai pengetahuan, tetapi juga memperhatikan penerapan praktik pencegahan.

Penerapan perilaku pencegahan juga perlu didukung oleh kondisi yang memungkinkan masyarakat menjalankan praktik tersebut secara konsisten. Penelitian penerapan 3M Plus di wilayah kerja Puskesmas Rawasari, Kota Jambi, menemukan bahwa ketersediaan sarana dan dukungan keluarga juga berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD.[15] Sementara itu, penelitian di Provinsi Jambi melaporkan variasi indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta angka bebas jentik antarkabupaten/kota, yang menggambarkan perbedaan kondisi kesehatan lingkungan antarwilayah.[16] Meskipun berfokus pada DBD, kedua penelitian tersebut memberikan konteks mengenai pentingnya dukungan praktis dan penyesuaian kegiatan pencegahan dengan kondisi setempat. Pada filariasis, penelitian di Ambon juga menunjukkan bahwa penggunaan beragam sumber informasi berkaitan dengan tingkat pengetahuan masyarakat.[17] Berdasarkan pertimbangan tersebut, penyuluhan pasca-POPM dapat dikembangkan melalui berbagai saluran informasi, disertai demonstrasi praktik perlindungan dari gigitan nyamuk, pengelolaan lingkungan, dan pemantauan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Desain potong lintang tidak dapat menentukan hubungan sebab-akibat, sedangkan riwayat paparan dan perilaku yang diperoleh melalui laporan responden berpotensi dipengaruhi bias ingatan serta kecenderungan memberikan jawaban yang dianggap baik. Penggunaan *consecutive sampling* pada satu wilayah pelayanan kesehatan membatasi generalisasi hasil. Selain itu, perekrutan sebagian responden pada kegiatan edukasi berpotensi menimbulkan bias seleksi. Analisis sensitivitas membantu menilai konsistensi temuan, tetapi tidak sepenuhnya menghilangkan kemungkinan bias. Tumpang tindih konsep antara variabel paparan dan beberapa butir keterlibatan program, rendahnya reliabilitas subskala perlindungan, serta pengujian per butir tanpa koreksi pengujian berganda juga perlu diperhatikan. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan instrumen perilaku yang lebih konsisten, pengukuran praktik secara langsung, dan rancangan longitudinal untuk menilai perubahan perilaku dari waktu ke waktu.

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat penyuluhan dan keikutsertaan POPM masing-masing berhubungan dengan skor total perilaku pencegahan filariasis yang lebih tinggi pada masyarakat dewasa di Pemayung setelah penyesuaian terhadap karakteristik demografi. Pada subskala keterlibatan dalam program kesehatan, kedua riwayat paparan menunjukkan perbedaan skor yang bermakna. Sebaliknya, pada subskala perlindungan diri dan lingkungan, hanya riwayat keikutsertaan POPM yang menunjukkan perbedaan bermakna dengan selisih skor relatif kecil, sedangkan riwayat penyuluhan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Hubungan riwayat POPM dengan skor perlindungan juga tetap bermakna dalam analisis sensitivitas. Temuan ini menunjukkan bahwa perbedaan perilaku berdasarkan riwayat paparan program lebih menonjol pada aspek keterlibatan dalam program kesehatan dibandingkan praktik perlindungan sehari-hari, tanpa membuktikan hubungan sebab-akibat. Oleh karena itu, Puskesmas Jembatan Mas disarankan memperkuat edukasi pasca-POPM yang menekankan praktik perlindungan dari gigitan nyamuk dan pengelolaan lingkungan, disertai pendampingan serta evaluasi perilaku pencegahan secara berkala.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization (WHO). World Health Organization (WHO) [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 8]. Lymphatic filariasis. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis

2. World Health Organization (WHO). Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the global programme to eliminate lymphatic filariasis A manual for national elimination programmes, second edition [Internet]. Switzerland; 2025 [cited 2026 Nov 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240105959
3. Sitorus H, Ambarita LP, Arisanti M, Manalu HS. Pengetahuan Tokoh Masyarakat dan Kader Kesehatan Tentang Program Eliminasi Filariasis Limfatik di Kecamatan Pemayung Kabupaten Batanghari Provinsi Jambi. ASPIRATOR. 2016 Nov 23;8:93–100. doi:10.22435/aspirator.v8i2.4980.93-100
4. Jumiati J, Kalsum U, Ilham I. Analisis Faktor Risiko Lingkungan Terhadap Kejadian Filariasis di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Jurnal Pembangunan Berkelanjutan. 2020 Dec 31;3(2):13–9. doi:10.22437/jpb.v3i2.9890
5. Darmawan A, Indah Dewi Aurora W, Maria I, Kusdiyah E, Nuriyah, Guspianto. ANALISIS PEMETAAN DAN DETERMINANT PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN DI KABUPATEN MUARO JAMBI TAHUN 2020. Jambi Medical Journal (JMJ). 2022 Jul 10;10(3):428–36.
6. Pratiwi R, Kusumasari P, Fitriyanti, Dalilah. Ecological Dominance, Biting Behavior, and Molecular Detection of Brugia malayi in Culex quinquefasciatus from Filariasis Endemic Wetlands of South Sumatra, Indonesia. Majalah Kedokteran Sriwijaya. 2026 Apr 14;58(1):6–20. doi:https://doi.org/10.36706/mks.v58i1.377
7. Pratiwi R, Kusumasari P, Fitriyanti. RESTING ECOLOGY AND SPATIAL HETEROGENEITY OF FILARIASIS MOSQUITO VECTORS IN TROPICAL WETLANDS: IMPLICATIONS FOR INTEGRATED VECTOR CONTROL IN BANYUASIN, INDONESIA. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan : Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. 2026 Apr 25;13(2):166–82. doi:10.32539/jkk.v13i2.963
8. Rini Pratiwi, Kusumasari P, Fitriyanti F, Widyastuti W, Alfarobi A. Dual Periodicity and Molecular Evidence of Brugia Malayi Transmission Dynamics in Banyuasin District, South Sumatra, Indonesia. Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2026 Aug 7;5(3):1226–36. doi:10.54259/sehatrakyat.v5i3.7488
9. Annashr NN, Rahmadi FM. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Filariasis di Kecamatan Cilimus Kabupaten Kuningan. ASPIRATOR - Journal of Vector-borne Disease Studies. 2021 Jun 29;13(1):23–36. doi:10.22435/asp.v13i1.4621
10. Fioner Pulupina F, Subhi M, Joegijantoro R. HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU MASYARAKAT TERHADAP PENYAKIT KAKI GAJAH (FILARIASIS). Media Husada Journal of Environmental Health. 2022;2(1):120–7. doi:10.33475/mhjeh.v2i1.20
11. Romadhan A, Wulandari PS, Enis RN, Aurora WID, Ayudia EI. Relationship between Knowledge Level and Community Attitude in Dengue Fever Prevention Behavior. JOMS. 2024 Dec 3;4(3):138–45.
12. Albari RR, Lesmana O, Syukri M, Hidayati F, Sari P. HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA JAMBI. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2025 Jun 21;6(2):5586–601. doi:https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.43910
13. Widjanarko B, Saraswati LD, Ginandjar P. Perceived threat and benefit toward community compliance of filariasis' mass drug administration in Pekalongan district, Indonesia. Risk Manag Healthc Policy. 2018;11:189–97. doi:10.2147/RMHP.S172860
14. Azka Shofwani M, Fitriyanti, Tri Hardiningsih D, Istarini A. Single-Session Filariasis Rapid Diagnostic Test Training for Primary Health Care Workers in a Brugia malayi-Endemic Area of Indonesia: Ceiling Effects and Non-Independent Responses. Jambi Medical Journal (JMJ). 2026 Nov 7;14(2):212–23. doi:10.22437/h9fz7004

15. Rebahi A, Butar MB, Lesmana O. Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan 3M Plus untuk Pencegahan DBD di Wilayah Kerja. ULIL ALBAB : Jurnal Ilmiah Multidisiplin. 2026 Nov 2;5(12):9147–57. doi:10.56799/jim.v5i12.21701
16. Delian Y, Darmawan A, Suzan R. ANALISIS DETERMINAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI PROVINSI JAMBI TAHUN 2017 HINGGA 2021. Scientific of Environmental Health And Diseases. 2022 Sep 30;2:28–38. doi:https://doi.org/10.22437/esehad.v3i1.20280
17. Tomasouw JFC, Titaley CR, Malakauseya MLV, Kailola NE, Krentel A. Diverse Information Sources and The Community's High Level of Knowledge About Lymphatic Filariasis in Air Salobar and Waihaong, Ambon City, Indonesia. National Journal of Community Medicine. 2024 Jan 1;15(1):11–8. doi:10.55489/njcm.150120243532