

SITUASI FILARIASIS SETELAH PENGOBATAN MASSAL DI KABUPATEN MUARO JAMBI, JAMBI

Santoso¹, Yulian Taviv¹

¹ Loka Litbang P2B2 Baturaja Sumatera Selatan Indonesia
Email:santoso@litbang.depkes.go.id

EFFECTIVENESS OF FILARIASIS MASS DRUG ADMINISTRATION IN MUARO JAMBI DISTRICT, JAMBI

Abstract

Muaro Jambi is an endemic lymphatic filariasis district in the province of jambi. until 2012 there were 149 reported chronic cases. Mass Drug Administration (MDA) for lymphatic filariasis elimination was carried out since 2003, but it was only spatial, per sub-district and conducted not at the same time. The study was conducted to assess the effectiveness of the MDA in the subdistrict in the district of muaro jambi. The study design was a cross sectional. the population were all of the community living in 8 villages with the highest chronic cases . night blood samples were collected between 19.00 - 24.00 people were asked to gather in a certain place where the blood collection were conducted. A total of 3,350 blood sample were able to be collected and processed for microfilaria examination. Results showed that out of 3,350 people 30 people living in 4 villages were found positive for microfilaria. The highest microfilaria rate was found in the Village of manis mato, with microfilaria rate (Mf rate) of 6.3%. While in the village of sarang elang where the highest chronic cases were found (13 people), the Mf Rate was only 2,9%. During the brief interviews with the Mf positive peoples revealed that most of the population (68%) did not take the medicine during the MDA. so it was concluded that after the MDA the Mf Rate is still high in those villages, higher than 1%. We recommended that before MDA was implemented, an intensive socialization and advocacy should be conducted, and political will from the bupati, members of parliament and other sectors should be taken. During the MDA implementation, community leaders, formal and non formal, should be involved as well as active community participation should be initiated

Keywords : lymphatic filariasis, Mass Drug Administration, Community participation

Abstrak

Muaro Jambi merupakan daerah endemis filariasis. Jumlah kasus yang dilaporkan sampai tahun 2012 sebanyak 149 orang. Kegiatan pengobatan massal telah dilakukan sejak tahun 2003, namun tidak meliputi semua daerah dalam waktu bersamaan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektifitas pengobatan massal filariasis. Desain penelitian adalah studi potong lintang, lokasi penelitian adalah delapan desa dengan kasus filariasis tinggi. Pengambilan sampel dengan cara pemeriksaan darah jari pada malam hari dimulai jam 19.00 sampai 24.00 WIB terhadap seluruh penduduk desa yang datang pada waktu kegiatan survei darah. Hasil pemeriksaan darah terhadap 3.350 orang ditemukan sebanyak 30 orang yang positif mikrofilaria dengan spesies *Brugia malayi* yang berasal dari 4 desa. Jumlah kasus tertinggi ditemukan di Desa Sarang Elang sebanyak 13 orang dengan angka mikrofilaria (Microfilaria rate/Mf rate) sebesar 2,9%. Angka mikrofilaria tertinggi ditemukan di Desa Manis Mato sebesar 6,3%. Hasil wawancara singkat terhadap penderita mikrofilaria menunjukkan bahwa sebagian besar (68%) penderita tidak pernah minum obat pada saat kegiatan pengobatan massal. Setelah pengobatan massal masih ditemukan kasus positif di daerah dengan endemisitas yang masih tinggi, Mf rate>1%. Disarankan kegiatan pengobatan massal hendaknya melibatkan tokoh masyarakat dan lintas sektor terkait dalam rangka membantu memberikan penyuluhan tentang pentingnya minum obat.

Kata kunci : Filariasis, Pengobatan Massal, Efektifitas.

PENDAHULUAN

Provinsi Jambi merupakan salah satu wilayah endemis limfatik filariasis dengan penyebaran kasus hampir meliputi seluruh kabupaten/kota, dengan jumlah kasus yang dilaporkan sampai dengan tahun 2011 sebanyak 343 kasus. Kasus tersebar di 9 dari 11 kabupaten/kota, dan jumlah kasus filariasis terbanyak dilaporkan di Kabupaten Muaro Jambi sebesar 149 kasus.¹

Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi menyebar di 8 dari 9 kecamatan dan di 13 dari 16 puskesmas. Jumlah kasus terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Muaro Kumpeh, Kecamatan Kumpeh Ulu sebanyak 45 kasus. Pengendalian filariasis telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi di antaranya dengan melakukan kegiatan pengobatan massal untuk menurunkan daerah endemis sejak tahun 2003. Kegiatan pengobatan tidak dilakukan secara bersamaan di seluruh wilayah kecamatan. Tahun 2003 dimulai pengobatan tahap pertama di 2 puskesmas dan hingga tahun 2011 masih dilakukan pengobatan tahap pertama di 4 wilayah puskesmas.² Kegiatan pengobatan massal tidak dilakukan sesuai dengan pedoman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) karena keterbatasan anggaran.

Menurut pedoman Depkes RI kegiatan pengobatan massal harus dilakukan serentak pada seluruh wilayah kabupaten/kota. Kegiatan pengobatan massal di seluruh wilayah kabupaten/kota harus selesai dalam waktu 5-7 tahun.³ Telah ditentukan bahwa dalam setiap pengobatan massal harus dievaluasi efektifitasnya. Penelitian ini bertujuan untuk menilai situasi filariasis setelah kegiatan pengobatan massal di Kabupaten Muaro Jambi.

BAHAN DAN METODE

Penelitian dilakukan di wilayah Kabupaten Muaro Jambi selama 6 bulan (Mei sampai Oktober 2012). Desain penelitian adalah studi potong lintang. Populasi dalam penelitian adalah seluruh penduduk yang ada di wilayah Kabupaten Muaro Jambi, dengan target populasi

adalah seluruh penduduk di enam desa dengan jumlah kasus tinggi. Jumlah sampel per desa sesuai pedoman Depkes untuk penentuan daerah endemis adalah 500 orang.³ Sampel juga dipilih secara purposif berdasarkan rekomendasi Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dan dengan pertimbangan bahwa seluruh penduduk yang ada di dua desa yang terpencil harus terwakili.

Pemeriksaan darah jari dilakukan pada malam hari mulai pukul 19.00 WIB di lokasi yang telah ditentukan sebelumnya. Kepada seluruh masyarakat yang telah dikumpulkan diberi penjelasan tentang etika penelitian. Masyarakat yang telah menandatangani *informed consent* dan mendaftarkan diri kemudian diberi pertanyaan singkat apakah pernah minum obat filariasis pada kegiatan pengobatan massal. Masyarakat yang telah mendaftar kemudian diambil darahnya pada jari dengan volume 20 µl dan dibuat sediaan darah tebal. Langkah pemeriksaan darah jari mengacu pedoman dari Depkes tahun 2004⁴.

Sediaan yang sudah kering diperiksa di bawah mikroskop dengan pembesaran (10x10) untuk menentukan adanya mikrofilaria. Identifikasi spesies mikrofilaria dilakukan dengan melihat bentuk dan ukuran mikrofilaria yang ditemukan. Hasil pemeriksaan darah dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Endemisitas filariasis

Pemeriksaan darah tepi terhadap 3.350 penduduk di 5 kecamatan yang meliputi 8 desa mendapatkan 30 orang positif mikrofilaria dengan spesies *Brugia malayi* (Tabel 1). Pemeriksaan darah di Desa Manis Mato dan Desa Kebon IX yang merupakan desa terpencil dilakukan terhadap seluruh penduduk yang datang pada saat dilakukan pengambilan darah. Pemeriksaan di dua desa tersebut berdasarkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, karena di dua desa tersebut belum pernah dilakukan pemeriksaan darah.

Tabel 1. Jumlah sediaan darah yang diperiksa dan positif *Mikrofilaria* menurut tempat dan jenis kelamin di Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2012

Kecamatan	Desa	Pria		Wanita		Jumlah		Mf rate	Spesies
		Diperiksa	Positif	Diperiksa	Positif	Diperiksa	Positif		
Muaro Sebo	Danau Lamo	276	3	304	0	580	3	0,5%	B.malayi
	Muaro Jambi	182	0	306	0	488	0	0,0%	
Taman Rajo	K. Dalam	317	5	183	1	500	6	1,2%	B.malayi
	Manis Mato	51	7	77	1	128	8	6,3%	
Kumpeh Ulu	Ks. Lopak Alai	214	0	264	0	478	0	0,0%	
Jaluko*	Sarang elang	217	12	238	1	455	13	2,9%	B.malayi
	Sei Bertam	209	0	308	0	517	0	0,0%	
S. Gelam	Kebon IX	84	0	120	0	204	0	0,0%	
Total		1.550	27	1.800	3	3.350	30	0,9%	
Persen**		46,3%		53,7%					

Keterangan:

* Jaluko: Jambi Luar Kota

**Persentase merupakan perbandingan jumlah yang diperiksa dan yang positif antara pria dan wanita.

Tabel 2. Distribusi yang diperiksa dan positif *microfilaria* menurut kelompok umur di Kabupaten Muaro Jambi, Tahun 2012

Kelompok umur	Hasil Pemeriksaan		Total	P-value
	Negatif	Positif		
≤5 tahun	94 (100%)	0 (0%)	94	0,000
6-16 tahun	823 (99,6%)	3 (0,4%)	826	
17-56 tahun	2.167 (99,2%)	18 (0,8%)	2.185	
> 56 tahun	236 (96,3%)	9 (3,7%)	245	
Total	3.320 (99,1%)	30 (0,9%)	3.350	

Hasil pemeriksaan darah menunjukkan bahwa proporsi penduduk yang diperiksa berdasarkan jenis kelamin lebih banyak ditemukan penduduk wanita (1.800 orang) yang datang dan diperiksa dibandingkan dengan penduduk pria (1.550). Tabel 1 menunjukkan bahwa lebih banyak pria yang positif (27 orang) dibandingkan wanita (3 orang). Jumlah kasus positif paling banyak ditemukan di Desa Sarang Elang sebanyak 13 kasus. Berdasarkan tingkat endemisitas, maka endemisitas tertinggi ditemukan di Desa Manis Mato dengan *Mf rate* 6,3%, dan *Mf rate* wilayah penelitian 0,9% (Tabel 1). Hasil wawancara singkat terhadap 25 orang dari 30 penderita positif mikrofilaria mendapatkan bahwa 17 orang diantaranya (68%) tidak pernah minum obat selama kegiatan pengobatan massal filariasis.

Distribusi hasil pemeriksaan darah berdasarkan umur

Umur subyek penelitian termuda berumur 2 tahun dan tertua 90 tahun dengan median 30 tahun. Umur responden dikelompokkan menjadi empat, yaitu balita (≤5 tahun), anak usia sekolah (6-16 tahun) penduduk usia produktif (17-26 tahun) dan penduduk usia lanjut (>56 tahun). Berdasarkan kategori kelompok umur penduduk yang diperiksa yang paling banyak adalah kelompok umur 17-56 tahun (2.185 orang). Tabel 2 memperlihatkan bahwa proporsi hasil pemeriksaan positif ditemukan paling besar pada kelompok umur >56 tahun (3,7%).

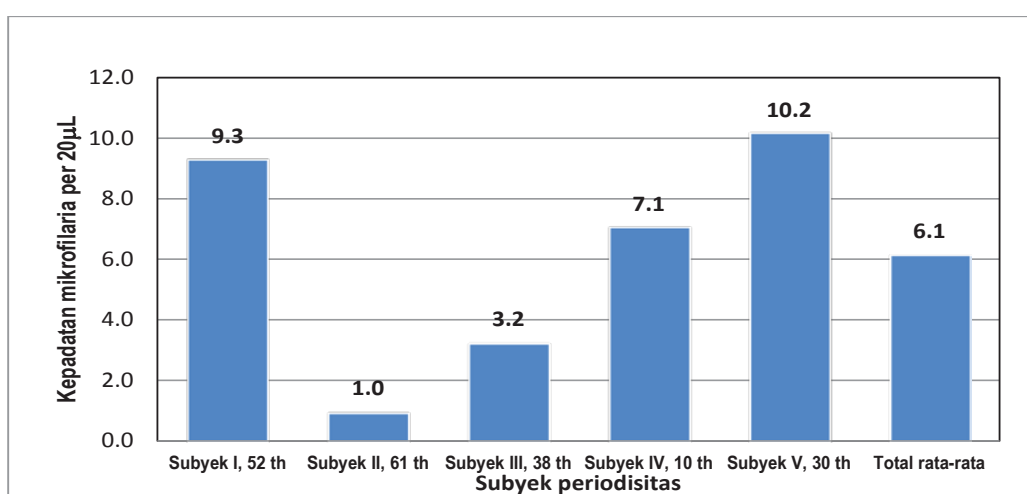
Tabel 2 memperlihatkan bahwa semakin tinggi kelompok umur penduduk, semakin besar proporsi positif mikrofilaria. Hasil uji statistik dengan *Pearson Chi-square* memperoleh nilai sebesar 0,000. Hasil ini menunjukkan bahwa ada

hubungan antara kelompok umur dan kejadian filariasis.

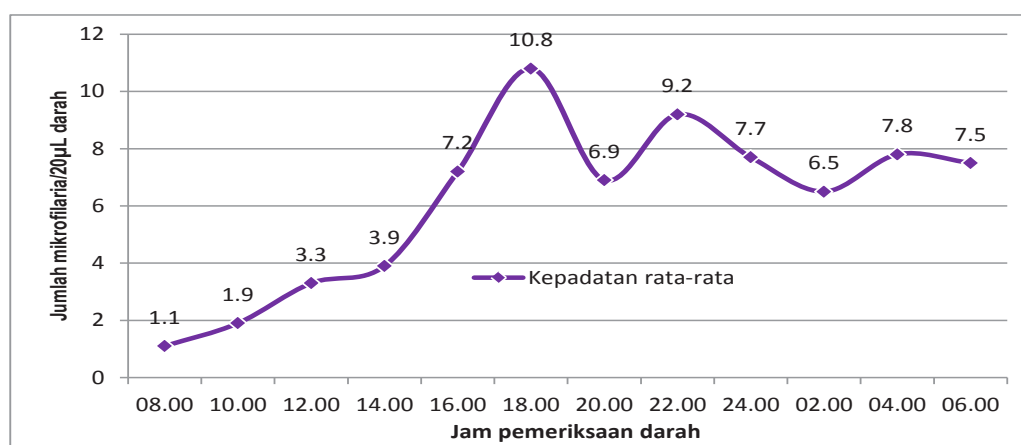
Pemeriksaan untuk mengetahui periodisitas mikrofilaria dilakukan terhadap 5 orang subyek selama 24 jam dengan interval 2 jam yang dimulai pada pukul 08.00 WIB sampai pukul 06.00 WIB keesokan harinya. Masing-masing subyek diperiksa sebanyak 12 kali. Hasil pemeriksaan terhadap 5 orang subyek yang terpilih (4 orang wanita dan 1 orang pria) untuk pemeriksaan periodisitas mikrofilaria menunjukkan bahwa kepadatan rata-rata mikrofilaria seluruh penderita

sebesar 6,1 mf per 20µl darah. Kepadatan mikrofilaria tertinggi ditemukan pada Subyek V (pria, umur 30 tahun) sebesar 10,2 mf per 20µl darah dan terendah pada Subyek II (pria, umur 61 tahun) sebesar 1,0 mf per 20µl darah. Subyek I dan Subyek III merupakan pasangan suami istri yang tinggal serumah (Gambar 1).

Grafik kepadatan mikrofilaria hasil pemeriksaan selama 24 jam (jam 08.00-06.00 WIB esok hari) pada 5 subyek untuk pemeriksaan periodisitas parasit mikrofilaria disajikan pada Gambar 2 berikut:



Gambar 1. Kepadatan rata-rata mikrofilaria per 20µL darah pada 5 Subyek di Kabupaten Muaro Jambi, Tahun 2012



Gambar 2. Grafik kepadatan mikrofilaria rata-rata per 2 jam pemeriksaan di Kabupaten Muaro Jambi, Tahun 2012

Hasil pemeriksaan ditemukan adanya mikrofilaria dalam darah subyek sepanjang hari namun kepadatan mikrofilaria lebih tinggi pada malam hari. Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh puncak kepadatan rata-rata mikrofilaria per 20 μ L darah ditemukan pada pukul 18.00 WIB, yaitu sebesar 10,8 mikrofilaria per 20 μ L darah, hal ini menunjukkan bahwa aktifitas mikrofilaria dalam darah tepi paling tinggi pada pukul 18.00 WIB.

PEMBAHASAN

Proporsi penduduk yang diperiksa antara pria dan wanita lebih banyak penduduk wanita namun hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa lebih banyak penduduk pria yang positif mikrofilaria. Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2006) di Kabupaten Banyuasin yang juga mendapatkan hasil lebih banyak pria (89%) positif mikrofilaria dibandingkan wanita (11%).⁵ Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa risiko pria untuk terkena filariasis sebesar 4,747 kali lebih besar dibandingkan wanita (*P-value* 0,002).⁶

Penduduk pria lebih berisiko terkena filariasis berhubungan jenis pekerjaan dan perilaku penduduk pria yang dapat meningkatkan risiko tertular filariasis. Pekerjaan penduduk di lokasi penelitian sebagian besar adalah petani. Aktifitas penduduk di kebun sering dilakukan mulai dini hari hingga menjelang malam. Aktifitas tersebut dapat meningkatkan risiko untuk digigit nyamuk yang merupakan vektor filariasis. Beberapa penduduk bahkan ada yang tinggal di kebun untuk menjaga kebun dari gangguan hewan sehingga risiko untuk digigit nyamuk semakin meningkat. Bila risiko digigit nyamuk meningkat maka akan meningkatkan pula risiko untuk tertular filariasis.

Vektor filariasis yang sudah teridentifikasi di Indonesia hingga saat ini sebanyak 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres*. Nyamuk *Anopheles* yang diidentifikasi sebagai vektor *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan sebanyak 10 spesies. *Culex quinquefasciatus* merupakan vektor *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan. Spesies *Mansonia* yang teridentifikasi sebagai vektor *Brugia malayi*

sebanyak 6 spesies. Nyamuk *Mansonia* yang telah teridentifikasi sebagai vektor filariasis *B. malayi* dan *W. bancrofti* di Provinsi Jambi adalah *Ma. uniformis*, *Ma. indiana* dan *Ma. annulifera*. Nyamuk *Mansonia* dan *Anopheles barbirostris* merupakan vektor filariasis. Beberapa spesies *Mansonia* dapat menjadi vektor *Brugia malayi* tipe subperiodik nokturna.⁷ Nyamuk vektor yang telah dikonfirmasi sebagai penular filariasis di wilayah Sumatera Selatan adalah *Ma. uniformis* dan *An. nigerimus*.⁸ Kedua spesies nyamuk ini juga ditemukan pada penangkapan nyamuk di wilayah Kabupaten Muaro Jambi. Hasil penangkapan nyamuk di Kabupaten Muaro Jambi mendapatkan sebanyak 1.735 ekor nyamuk yang terdiri dari 34 spesies. Spesies nyamuk yang paling banyak tertangkap adalah *Ma. uniformis* sebanyak 1.010 ekor dengan puncak kepadatan pada pukul 18.00-19.00 WIB. Spesies nyamuk yang telah dikonfirmasi sebagai vektor filariasis *B. malayi* di Kabupaten Ogan Komering Ulu, Sumatera Selatan adalah *Ma. uniformis* dan *Ma. annulifera*.⁹

Berdasarkan kelompok umur, maka semakin lanjut usia risiko tertular filariasis akan semakin besar. Umur mempengaruhi risiko filariasis berkaitan dengan tingkat penularan filariasis yang relatif rendah dan tidak mudah terdeteksi. Seseorang dapat tertular filariasis apabila telah tinggal di daerah endemis selama bertahun-tahun. Semakin lama orang tersebut tinggal di daerah endemis filariasis maka semakin tinggi risiko tertular filariasis. Gejala awal filariasis yang berupa demam berkala sering dianggap demam biasa oleh masyarakat. Penderita biasanya baru mengetahui penyakitnya setelah timbul gejala kronis berupa pembengkakan di kaki maupun tangan. Filariasis merupakan penyakit menular yang dapat menyerang seluruh golongan umur baik pria maupun wanita.³ Tingginya risiko terkena filariasis pada penduduk usia >56 tahun karena penduduk usia ini telah lama tinggal di daerah endemis. Hasil wawancara singkat dengan penderita positif mikrofilaria menunjukkan bahwa seluruh penderita merupakan penduduk asli yang telah tinggal di daerah penelitian sejak lahir. Semakin lama seseorang tinggal di daerah endemis semakin tinggi risiko tertular filariasis karena semakin sering mendapat gigitan nyamuk vektor filariasis. Hal ini karena penularan

filariasis yang tidak mudah. Seseorang akan tertular filariasis setelah mendapat gigitan nyamuk yang infeksi sebanyak ribuan kali sehingga orang tersebut dapat tertular filariasis.¹⁰

Tingkat endemisitas filariasis di Kabupaten Muaro Jambi masih tinggi. Berdasarkan hasil pemeriksaan darah yang dilakukan di 8 desa terdapat 3 desa dengan dengan *Mf rate* >1%. Sesuai dengan kebijakan dari Depkes tentang penentuan daerah endemis filariasis bahwa bila ditemukan 1 desa dengan *Mf rate* >1% maka desa tersebut dinyatakan endemis.³ Wilayah kecamatan di desa tersebut juga dinyatakan endemis, demikian juga dengan wilayah kabupaten. Hal ini menunjukkan bahwa Kabupaten Muaro Jambi masih merupakan daerah endemis filariasis meskipun kegiatan pengobatan massal telah dilakukan sejak tahun 2003 hingga tahun 2012 (10 tahun).

Salah satu kebijakan pemerintah dalam rangka eliminasi filariasis adalah dengan menerapkan pengobatan massal bagi seluruh penduduk di wilayah kabupaten endemis. Kegiatan pengobatan massal dilakukan serentak di seluruh wilayah kecamatan yang ada di kabupaten endemis.¹⁰

Berdasarkan hasil wawancara singkat dengan petugas kesehatan dan masyarakat selama kegiatan penelitian ditemukan beberapa hal yang menyebabkan beberapa desa di Kabupaten Muaro Jambi masih menjadi daerah endemis filariasis. Desa Manis Mato yang merupakan daerah dengan *Mf rate* tertinggi belum pernah mendapat kegiatan pengobatan massal meskipun di desa tersebut ditemukan delapan orang penderita kronis. Berdasarkan informasi dari petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, Desa Manis Mato semula termasuk dalam wilayah Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Tahun 2010 ini kemudian berganti status sehingga masuk dalam wilayah Kecamatan Taman Rajo, Kabupaten Muaro Jambi. Wilayah Desa Manis Mato yang sulit dijangkau dengan transportasi darat mengakibatkan akses ke sarana pelayanan menjadi sulit. Hal ini mengakibatkan penderita kronis filariasis tidak mendapat pelayanan pengobatan yang maksimal. Adanya penderita kronis yang tidak mendapat pengobatan serta tidak adanya kegiatan pengobatan massal mengakibatkan terjadinya penularan filariasis di daerah tersebut. Hasil pemeriksaan darah terhadap penderita

kronis menemukan bahwa sebagian masih positif mikrofilaria. Faktor lain yang juga meningkatkan risiko penularan filariasis di Desa Manis Mato adalah perilaku sebagian besar penduduk pria yang tinggal di kebun selama sehari-hari untuk bekerja. Penduduk pria sebagian besar tinggal di pondok yang ada di kebun dan biasanya pulang ke desa tempat tinggal mereka satu minggu sekali. Penularan kemungkinan dapat terjadi di kebun karena ada sebagian penderita kronis yang juga tinggal di kebun. Perilaku masyarakat yang tinggal di kebun lebih berisiko untuk digigit nyamuk *Mansonia spp.* yang merupakan vektor filariasis *B.malayi*. Masyarakat yang tinggal di kebun umumnya tidak menggunakan pelindung diri dari gigitan nyamuk sehingga risiko digigit nyamuk akan semakin tinggi.

Desa Danau Sarang Elang merupakan desa dengan jumlah kasus yang paling tinggi ditemukan. Jumlah kasus kronis yang ditemukan sebanyak 8 kasus, sedangkan hasil survei darah jari mendapatkan kasus baru sebanyak 13 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masih terjadi penularan filariasis di desa ini. Kegiatan pengobatan massal yang di Danau Sarang Elang dilaksanakan sejak tahun 2010. Pada saat dilakukan survei darah jari, kegiatan pengobatan massal baru berjalan 2 tahap dari 5 tahap yang direncanakan. Berdasarkan informasi dari bidan desa yang bertugas di Desa Sarang Elang, beberapa penduduk tidak mau minum obat pada saat kegiatan pengobatan massal. Obat yang diberikan petugas tidak diminum dengan alasan tidak sakit. Selain karena adanya penduduk yang tidak minum obat, faktor pendukung terjadinya penularan filariasis juga disebabkan karena Desa Sarang Elang berbatasan langsung dengan Desa Awini yang juga merupakan daerah endemis filariasis. Desa Awini merupakan wilayah Kabupaten Batanghari. Mobilitas penduduk dari Desa Sarang Elang ke Desa Awini relatif tinggi karena akses penduduk untuk ke luar Desa Sarang Elang lebih mudah bila melalui Desa Awini. Selain itu juga beberapa penduduk memiliki kebun yang terletak di Desa Awini.

Dari berbagai daerah dilaporkan bahwa pengobatan massal yang dilakukan selama 5-7 tahun secara terus menerus terbukti dapat menurunkan tingkat endemisitas filariasis.³ Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2008) di

Kabupaten Belitung Timur menunjukkan bahwa program eliminasi untuk mencegah penularan filariasis telah terbukti menurunkan tingkat endemisitas filariasis.¹¹

Penelitian yang dilakukan oleh Njenga (2011) menemukan adanya penurunan prevalensi filariasis setelah pengobatan massal. *Microfilaria rate* sebelum pengobatan sebesar 20,9% dan setelah pengobatan selama 7 tahun terjadi penurunan menjadi 0,9% ($P < 0,0001$).¹²

Perencanaan kegiatan pengobatan massal yang efektif harus dibuat dengan baik. Pelaksanaan kegiatan harus dilakukan terpadu disertai dengan kegiatan penyuluhan terhadap masyarakat tentang pentingnya minum obat. Penduduk juga harus diberi informasi tentang kemungkinan adanya efek samping pengobatan serta diberi obat untuk mengatasi efek samping tersebut. Kegiatan pengobatan massal yang disertai dengan penyuluhan diharapkan dapat meningkatkan cakupan penduduk yang minum. Penelitian yang dilakukan oleh Hodges *et al* menunjukkan bahwa pemantauan kegiatan pengobatan massal akan meningkatkan cakupan pengobatan massal.¹³

Pengetahuan masyarakat yang rendah tentang filariasis juga merupakan salah satu kendala dalam pelaksanaan eliminasi filariasis. Hasil penelitian di Papua mendapatkan cakupan penduduk yang minum obat sebesar 58%. Rendahnya cakupan pengobatan disebabkan beberapa hal, diantaranya karena luasnya wilayah pengobatan, akses yang sulit karena keterbatasan transportasi. Kurangnya promosi kesehatan tentang filariasis juga merupakan penyebab rendahnya cakupan pengobatan sehingga berkembang rumor yang setelah minum obat akan pingsan dan bahkan dapat menimbulkan kematian sehingga masyarakat tidak mau minum obat filariasis.¹⁴

Masyarakat di Jambi juga ada yang beranggapan bahwa penyebab filariasis karena kaki masuk lubang, sehingga bila setelah kaki masuk lubang harus dilakukan ritual khusus agar kaki tidak menjadi besar (kaki gajah). Anggapan bahwa filariasis disebabkan karena pengaruh sihir (guna guna) juga ditemukan di Pulau Misima, Papua New Guinea⁽¹⁵⁾.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan maka

untuk menurunkan tingkat endemisitas filariasis di Kabupaten Muaro Jambi perlu dilakukan upaya yang melibatkan lintas sektor dan tokoh masyarakat setempat. Penyuluhan tentang pentingnya minum obat dapat dilakukan pada kegiatan pengajian atau kegiatan kemasyarakatan sehingga masyarakat sadar akan pentingnya berpartisipasi dalam kegiatan eliminasi filariasis. Kegiatan eliminasi filariasis yang telah dilakukan selama ini belum sepenuhnya berjalan karena belum ada evaluasi hasil kegiatan, sehingga masih ditemukan desa endemis setelah kegiatan pengobatan massal tahap kelima. Kegiatan pengobatan massal juga tidak disertai penyuluhan terhadap masyarakat tentang pentingnya minum obat sehingga banyak masyarakat yang tidak minum obat meskipun sudah diberikan obat.

Kegiatan penyuluhan juga dapat dilakukan di sekolah melalui kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), penyuluhan pada saat Posyandu atau pada kegiatan keagamaan (pengajian, kebaktian).

KESIMPULAN

Kabupaten Muaro Jambi masih merupakan daerah endemis filariasis karena masih ditemukan desa dengan *Mf rate* $> 1\%$ setelah pengobatan massal selama lima tahun.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada: Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat; Panitia Pembina Ilmiah PTIKM; Kepala Loka Litbang P2B2 Baturaja; Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi beserta staf; Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi beserta staf; serta seluruh pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama kegiatan penelitian.

DAFTAR RUJUKAN

1. Dinas Kesehatan. *Laporan Tahunan Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2011*. Jambi: Dinas Kesehatan Propinsi Jambi, 2012.
2. Dinas Kesehatan. *Laporan ELKAGA Tahun 2010*. Muaro Jambi: Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, 2011.

3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Program Eliminasi Filariasis di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal PP & PL, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Penentuan Daerah Endemis Penyakit Kaki Gajah (Filariasis)*. Jakarta: Direktorat Jenderal PP & PL, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004.
5. Santoso, Oktarina R., Ambarita LP., Sudomo. Epidemiologi Filariasis di Desa Sungai Rengit Kecamatan Talang Kelapa Kabupaten Banyuasin Tahun 2006. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2008; 36(2):59-70.
6. Juriastuti P, Kartika M, Djaja IM, Susanna D. Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kelurahan Jati Sampurna. *Makara, Kesehatan*. 2010; 14(1):31-36.
7. Departemen Kesehatan. *Pedoman Program Eliminasi Filariasis di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008.
8. Departemen Kesehatan. *Pedoman Pemberantasan Filariasis di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan, 2002.
9. Departemen Kesehatan, Direktorat Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang. Penyebaran Malaria di Indonesia dan Distribution of Filarisis & Its Vector in Indonesia. *Media Populer & Informasi Direktorat PPBB*. Edisi Juli 2004.
10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1582/MENKES/SK/XI/2005. Tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005.
11. Santoso, Saikhu A, Taviv Y, Yuliani RC, Mayasari R, Supardi. Kepatuhan Masyarakat Terhadap Pengobatan Filariasis di Kabupaten Belitung Timur Tahun 2008. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2010; 38(4):185-197.
12. Njenga SM, Mwandawiro CS, Wamae CN, Mukoko DA, Omar AA, Shimada M, et al. Sustained Reduction In Prevalence Of Lymphatic Filariasis Infection In Spite Of Missed Rounds Of Mass Drug Administration In An Area Under Mosquito Nets For Malaria Control. *BioMed Central: Parasites and Vector*. Disitasi tanggal 31 Agustus 2012. Ditelusuri dari: <http://www.parasitesandvectors.com/content/4/1/90>
13. Hodges MH, Sonnie M, Turay H, Conteh A, MacCarthy F, and Sesay S. Maintaining effective mass drug administration for lymphatic filariasis through in-process monitoring in Sierra Leone. *Parasites & Vectors* 2012, 5:232. Disitasi tanggal 19 Juni 2013). Ditelusuri dari: <http://www.parasitesandvectors.com/content/5/1/232>.
14. Bhullar N and Maikere J. Challenges in mass drug administration for treating lymphatic filariasis in Papua, Indonesia. *Parasit & Vector*, 3(70);2010. Disitasi tanggal 1 September 2013. Ditelusuri dari: <http://www.parasitesandvectors.com/content/3/1/70>.
15. Wynd S, Carron J, Selve B, Peter A Leggat PA, Melrose W, Durrheim DN. Qualitative analysis of the impact of a lymphatic filariasis elimination programme using mass drug administration on Misima Island, Papua New Guinea. *Filaria Journal* 2007, 6(1):2007. Disitasi tanggal 28 Februari 2013. Ditelusuri dari: <http://www.filariajournal.com/content/6/1/1>.