

SITUASI FILARIASIS DI PULAU ALOR PADA TAHUN 2006

Sekar Tuti¹, Prijanto Sismadi¹, Ryanti Ekowatiningsih¹, Paul Manumpil²

ABSTRACT

Background: In Alor District, a mass drug treatment using diethylcarbamazine citrat and albendazole has been done since 2002 by Alor District Health Office (DHO). **Objective:** To assess several aspects of filariasis situation and mass treatment program in this district. **Methods:** Primary data were collected cross sectionally in one sentinel and one spot check villages. Secondary data such as DHO's program, case management, and elimination activity were collected retrospectively using questionnaires. **Results:** The results showed that in both villages microfilaria rate (Mf-rate) were reduced from 2.1% to 0% and 3% to 0%, respectively. Only one chronic case was found, in a female student. Advocations to the District Authority, and Elimination Program Policy had been prepared by DHO with the support of related institutions. Training on microscopy diagnostic and case management were done by the Faculty of Medicine University of Indonesia in collaboration with the German Agency for Technical Cooperation. **Conclusions:** It is concluded that filariasis elimination program has been conducted succesfully in Alor island, eventhough in several villages Mf-rate remains >1%. Advocation to the District Authority has been done appropriately using an accurate baseline data of Mf-rate and knowledge-attitude-practice of the community agains filariasis. Field coordinator for mass drug administration, and case management in the hospital were well prepared. **Rekomendation:** To obtain a consistent support from District Authority and participation from the community, advocacy and health education programs should be done periodically. Preparedness of program management and human resources in all administrative levels should be maintained to obtain maximum results.

Key words: Filariasis, situation, Alor island, 2006

ABSTRAK

Latar belakang: Pengobatan massal filariasis menggunakan diethylcarbamazine citrat (DEC) dan albendazole sudah dilakukan sejak tahun 2002 di Pulau Alor oleh Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten setempat. **Metoda:** Data primer dikumpulkan secara potong lintang di masing-masing 1 desa sentinel dan 1 desa spot cek. Sedangkan data sekunder seperti program Dinkes Kabupaten, penatalaksanaan kasus, dan kegiatan eliminasi dikumpulkan menggunakan kuesioner. **Hasil:** Hasil pengobatan massal menunjukkan bahwa microfilaria rate (Mf-rate) turun dari 2,1% menjadi 0% dan 3% menjadi 0% di kedua desa tersebut. Hanya satu kasus kronis yang ditemukan pada seorang anak perempuan yang masih sekolah. Advokasi kepada Pemerintah Daerah (Pemda) sudah dilakukan, Kebijakan Program Eliminasi disiapkan oleh Dinkes Kabupaten dengan dukungan institusi terkait. Pelatihan diagnosis secara mikroskopis dan penatalaksanaan kasus dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia bekerjasama dengan German Agency for Technical Cooperation (GTZ). **Kesimpulan:** Secara umum program eliminasi filariasis telah berhasil dilaksanakan dengan baik meskipun masih ada beberapa desa dengan Mf-rate > 1%. Advokasi kepada Pemda telah dilakukan secara tepat menggunakan data yang akurat tentang situasi filariasis (Mf-rate) maupun pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap penyakit tersebut. **Saran:** Untuk mendapatkan dukungan Pemda maupun partisipasi masyarakat secara konsisten, maka advokasi dan penyuluhan harus tetap dilakukan secara periodik. Disamping itu, kesiapan menejemen program dan sumber daya manusia di semua tingkat administrasi tetap dipertahankan untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Kata kunci: Filariasis, situasi, P. Alor, 2006

Naskah masuk: 12 Januari 2009, Review 1: 14 Januari 2009, Review 2: 14 Januari 2009, Naskah layak terbit: 22 Januari 2009

PENDAHULUAN

Sejak program eliminasi filariasis di Indonesia dicanangkan di Banyuwasin–Sumatera Selatan pada

tahun 2002, program ini telah ditetapkan sebagai salah satu Prioritas Nasional Pemberantasan Penyakit Menular di Indonesia.

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. E-mail: sekartuti@yahoo.com

² Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Program eliminasi terutama dilaksanakan dengan pengobatan massal di daerah endemik dengan *microfilaria rate (Mf-rate)* > 1% dalam jangka lama. Regimen yang dianjurkan WHO adalah kombinasi diethylcarbamazine citrat (DEC) 6 mg/kg BB dan albendazole 400 mg sekali setahun selama 5 tahun (WHO, 2000). Penelitian di beberapa negara seperti India melaporkan bahwa kombinasi DEC - albendazole untuk pengobatan *Brugia sp* menunjukkan penurunan *Mf-rate* yang signifikan (Shenoy *et al.*, 1999). Efek samping pengobatan ditemukan pada 24% penduduk Haiti yang diobati. Sebagian besar penduduk (91%) mengalami efek samping dengan derajat ringan dan 9% derajat sedang (Helmy *et al.*, 2003). Sedangkan penelitian pengobatan DEC-albendazole dengan dosis tunggal (1 kali sehari untuk 1 hari) pada *W. bancrofti*, dibandingkan dengan pengobatan yang sama selama 7 hari (1 kali sehari selama 7 hari) menunjukkan bahwa pengobatan selama 7 hari lebih efektif dalam membunuh mikrofilaria, namun kadar antigen sama-sama turun pada kedua kelompok pengobatan tersebut (McLaughlin *et al.*, 2006).

Di Indonesia, sejak tahun 2002 pengobatan massal DEC - albendazole tersebut sudah dilakukan oleh beberapa kabupaten endemik *B. malayi*, *B. timori* maupun *W. bancrofti* dengan *Mf-rate* \geq 1%. Unit implementasi pengobatan massal bervariasi dari kabupaten, kecamatan sampai desa. Demikian pula lama/frekuensi pengobatan bervariasi antara tahun pertama sampai dengan ke-lima. Di antaranya adalah wilayah Kabupaten Alor (NTT), Bangka dan Belitung (Bangka Belitung), Tanjung Jabung Barat (Jambi), Kabupaten Banyuasin (Sumatera Selatan), Tangerang (Banten), dan Sikka (NTT) (Ompusunggu dkk., 2008; dan Sekar Tuti dkk., 2009).

Tujuan program eliminasi filariasis antara lain adalah menurunkannya *Mf-rate* menjadi \leq 1% di setiap kabupaten/kota, dan mencegah serta membatasi kecacatan karena filariasis. Untuk dapat melaksanakan tahapan eliminasi tersebut diperlukan dukungan dan komitmen seluruh jajaran kesehatan serta pemerintah daerah (Pemda) setempat.

Hasil survei tim Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) dan *German Agency for Technical Cooperation (GTZ)*-Siskes tahun 2001 menunjukkan *Mf-rate* di Kabupaten Alor berkisar antara 2–13% di desa dengan *B. timori* dan 1–19% di daerah *W. bancrofti*. Berdasarkan data tersebut, pada tahun

2002 Kabupaten Alor melaksanakan pengobatan massal di P. Alor, dan pada tahun 2003 dilanjutkan di P. Pantar (Dinkes Kabupaten Alor, 2006). Dalam program eliminasi di Kabupaten Alor ditetapkan 9 desa sentinel dan 9 desa *spot check*, yang di evaluasi setiap tahun. Desa sentinel adalah desa dengan *Mf-rate* tertinggi dibanding desa lain pada survei awal. Sedangkan desa *spot check* dipilih secara acak di antara desa-desa yang masuk dalam program pengobatan massal dan belum pernah dilakukan survei darah jari (SDJ).

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2006 bertujuan untuk menentukan situasi filariasis di beberapa daerah dengan endemisitas dan *species* mikrofilaria berbeda, maupun daerah dengan berbagai tahap pengobatan massal.

Pulau Alor merupakan salah satu lokasi yang terpilih sebagai daerah yang sudah melakukan pengobatan massal tahun ke-lima, dan *species* mikrofilariannya berbeda dengan daerah lain. Pada penelitian ini, mikrofilaria survei hanya dilakukan di masing-masing satu daerah sentinel dan satu daerah *spot check*. Ditambah dengan informasi tentang manajemen program dan tata laksana kasus maupun pelaksanaan program eliminasi, tulisan ini diharapkan dapat memberi gambaran tentang situasi filariasis di pulau tersebut pada tahun 2006 atau tahun ke-5 lima setelah pengobatan massal.

METODE

Kabupaten Alor terutama P. Alor merupakan daerah yang sudah melakukan pengobatan massal 5 kali dengan *species* mikrofilaria yang berbeda (*B. timori*) dengan beberapa daerah endemik di Kawasan Barat Indonesia yang juga sudah melakukan pengobatan massal.

Pengumpulan data primer (survei darah jari/SDJ dan kasus kronis) dilakukan secara potong lintang (*cross sectional*). Sedangkan data sekunder seperti manajemen program, penatalaksanaan kasus dan pelaksanaan program eliminasi didapatkan dengan rancangan retrospektif menggunakan kuesioner.

Untuk SDJ dan pemeriksaan fisik penderita, dipilih masing-masing satu daerah sentinel (desa Alila Timur) dan daerah *spot check* (desa Adang). Jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus dari Lemeshow dkk., 1990. Dengan perkiraan *drop out* sebesar 20%,

didapatkan minimal jumlah sampel untuk masing-masing lokasi survei adalah 443 dibulatkan menjadi 450 orang.

Pada penduduk yang sudah menandatangani formulir Persetujuan Setelah Penjelasan/*informed consent*, dilakukan pemeriksaan keadaan klinis dan darah jari secara mikroskopik. Pemeriksaan darah jari penduduk laki-laki dan perempuan berumur ≥ 2 tahun di kedua desa terpilih dilakukan malam hari mulai jam 20.00 WIT di suatu tempat yang sudah ditentukan.

Pengambilan darah dilakukan oleh tenaga yang sudah terlatih, ujung jari manis atau telunjuk penduduk dibersihkan dengan kapas beralkohol dan dibiarkan kering, kemudian ujung jari ditusuk dengan *lancet* steril. Darah yang keluar ditampung dengan pipa kapiler tanpa antikoagulan sebanyak 20 ul, lalu dibuat sediaan darah berbentuk lonjong dengan diameter antara 2–2,5 cm dan dibiarkan mengering selama 24 jam. Selanjutnya sediaan darah diwarnai dengan Giemsa dengan pengenceran 1:14 selama 30 menit, dibilas dengan air dan dikeringkan. Pemeriksaan di bawah mikroskop dilakukan dengan pembesaran rendah (10×10) untuk menentukan ada/tidaknya mikrofilaria dan menghitung kepadatannya. Sedangkan pembesaran menengah (10×40) untuk mengidentifikasi spesies mikrofilaria.

Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui wawancara dengan petugas terkait (Pengelola Program Pemberantasan Penyakit Menular) di Dinas Kesehatan dan rumah sakit (RS) kabupaten, serta

Puskesmas menggunakan kuesioner yang sudah disiapkan.

Untuk informasi tentang manajemen dan pelaksanaan program eliminasi data yang dikumpulkan meliputi tahap persiapan (data dasar, advokasi kepada Pemda dan instansi terkait, serta penyuluhan masyarakat), pelaksanaan pengobatan massal, evaluasi, dan masalah/kendala yang dihadapi. Sedangkan informasi tentang penatalaksanaan kasus klinis filariasis antara lain meliputi ketenagaan di rumah sakit dan Puskesmas, cara diagnosis, pengobatan, dan pelatihan yang sudah dilakukan. Informasi pendukung lain seperti tentang vektor dan PSP (pengetahuan, sikap, dan praktik) masyarakat terhadap filariasis dikumpulkan dalam bentuk data sekunder.

Data diolah menggunakan program SPSS versi 10, hasil survei darah jari dan stadium kronis disajikan secara deskriptif.

HASIL

Program eliminasi di Kabupaten Alor dimulai tahun 2002 dengan unit implementasi P. Alor dan P. Pantar. Pada saat survei dilakukan pengobatan massal sudah memasuki tahun ke-5, hasil SDJ pada penduduk di satu desa sentinel dan satu desa *spot check*, serta hasil SDJ tahun-tahun sebelumnya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Alor di tempat yang sama terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Persentase penduduk positif mikrofilaria (*Mf-rate*) di desa sentinel P. Alor, Provinsi Nusa Tenggara Timur, tahun 2002–2006.

No	Desa	Tahun (%)				
		2002	2003	2004	2005	2006
1.	Mainang	18	7	4	3	BD
2.	Wolwal	14	6	TD	1	BD
3.	Maukuru	TD	8,6	2,6	TD	BD
4.	Lembur Timur	TD	4,1	1	TD	BD
5.	Wolwal Barat	TD	2	0	0,8	BD
6.	Alila Timur (n=517)*	TD	2,1	1,2	TD	0
7.	Kamot	TD	3,3	1,4	TD	BD
8.	Fanating	4	6	1,8	3,1	BD
9.	Kabir	TD	5	1,3	2,4	BD

Catatan: Sumber data tahun 2002–2005 Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, tahun 2006.

* Dilakukan oleh Badan Litbangkes pada tahun 2006

TD = tidak ada data

BD = belum ada data pada saat survei dilakukan

Tabel 2. Persentase penduduk positif mikrofilaria (*Mf-rate*) di desa *spot check* P. Alor, Provinsi Nusa Tenggara Timur, tahun 2002–2006.

No	Desa	Tahun (%)			
		2003	2004	2005	2006
1.	Mausamang	8,0	0,4	TD	BD
2.	Lembur Barat	1,6	0,8	TD	BD
3.	Kel Moru	1,5	2,0	TD	BD
4.	Adang (n=220)*	3,0	0,8	TD	0,0
5.	Welai Barat	3,0	1,2	TD	BD
6.	Mataru Timur	1,6	0,76	TD	BD
7.	Alemba	TD	TD	1,0	BD
8.	Pailelang	TD	TD	1,2	BD
9.	Probur Utara	TD	TD	3,3	BD
10.	Pantar (Aluma, Lama, Madar)	3,2	0,3	0,4	BD

Catatan: Sumber data tahun 2002–2005 Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, tahun 2006.

*Dilakukan oleh Badan Litbang Kesehatan tahun 2006

TD = tidak ada data

BD = belum ada data pada saat survei dilakukan

Tabel 3. Fasilitas Kesehatan dan Posyandu di wilayah Kabupaten Alor, Provinsi NTT, tahun 2006.

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Jumlah	Keterangan
1.	RSUD Tipe D	1	
2.	Puskesmas	18	
3.	Puskesmas Pembantu	47	5 tidak ada tenaga
4.	Polindes	99	49 tidak ada tenaga
5.	Balai Pengobatan Swasta	4	
6.	Posyandu	408	

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, tahun 2006

Pada tahun 2006 atau pada tahun ke-lima pengobatan massal, *Mf-rate* pada 517 orang penduduk (228 laki-laki dan 289 perempuan) desa sentinel (Alila Timur) menunjukkan 0% atau tidak ada penduduk yang positif mikrofilaria. Survei darah jari yang dilakukan secara lengkap (setiap tahun) sampai tahun keempat adalah di desa Mainang yang merupakan daerah penelitian FKUI, dan desa Fanating. Untuk tahun 2006 belum ada data hasil SDJ yang dilaporkan oleh Dinkes Kabupaten.

Di desa Adang yang merupakan salah satu desa *spot check*, dari 220 orang penduduk (111 laki-laki dan 109 perempuan) yang diperiksa juga tidak ditemukan penduduk yang positif mikrofilaria (*Mf-rate* 0%). Survei darah jari di desa *spot check* baru dimulai tahun 2003, di antara kesepuluh desa *spot check* P. Pantar memiliki data yang relatif paling lengkap meskipun untuk tahun 2006 belum ada data.

Sedangkan kasus kronis berupa limfedema stadium satu hanya ditemukan pada satu orang penduduk perempuan yang masih berstatus pelajar.

Manajemen Program Eliminasi

Wilayah Kabupaten Alor terdiri dari 15 pulau, 9 di antaranya berpenghuni yang terdiri dari 175 desa. Pengobatan massal baru dilaksanakan di P. Alor dan P. Pantar. Masing-masing 9 desa sentinel dan desa *spot check* di P. Alor direncanakan untuk dievaluasi setiap tahun, namun hanya di Desa Fanating dan Desa Mainang yang merupakan daerah penelitian FKUI rencana tersebut dapat dilaksanakan. Di desa Mainang *Mf-rate* tahun 2001, 2002, 2003, 2003, 2004, dan 2005 berturut-turut sebagai berikut 27%, 18%, 7%, 4% dan 3%.⁷

Untuk program eliminasi sudah ada kebijakan yang disiapkan oleh Dinkes Kabupaten. Dukungan pemerintah daerah juga sudah ada, karena advokasi

telah dilakukan secara maksimal kepada Bupati, Bappeda, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Dinas terkait, Camat, Pendidikan Kesehatan Keluarga (PKK), Ormas, dan media massa. Pelatihan diagnosis dan tata laksana kasus dilakukan oleh FKUI dan GTZ. Di P. Alor koordinasi pelaksanaan eliminasi mulai dilakukan sejak tahun 2000.

Pada saat survei dilakukan, laboratorium Dinkes Kabupaten Sikka tidak mempunyai mikroskopis (yang masih aktif sebagai PNS) yang mempunyai kemampuan memeriksa sediaan darah filariasis, karena mikroskopis senior yang ada pensiun tahun 2006. Sesuai dengan rekomendasi WHO, program eliminasi dilakukan dengan pengobatan massal menggunakan DEC dan albendazole ditambah paracetamol untuk mengatasi efek samping pengobatan. Obat-obat yang tersedia di Dinkes Kabupaten sesuai dengan pedoman dari Departemen Kesehatan (Dirjen P2 & PL) dan panduan dari GTZ. Tenaga medis (paramedis dan dokter), mikroskopis, tenaga penyuluh maupun kader sudah dilatih untuk menangani kasus filariasis di rumah sakit maupun pengendalian di lapangan (masyarakat). Fasilitas kesehatan yang ada di P. Alor terlihat pada Tabel 3.

Hasil uji silang (*cross check*) 360 sediaan darah filariasis yang sudah diperiksa oleh mikroskopis senior di Dinkes Kabupaten (sudah pensiun) oleh mikroskopis dari Badan Litbangkes didapatkan bahwa tingkat akurasi untuk menentukan positif dan negatif sudah baik (betul semua), namun pada penentuan species parasit masih ditemukan perbedaan (*B. timori* diidentifikasi sebagai *W. bancrofti*).

Di tingkat kabupaten maupun Puskesmas, peta wilayah kerja sudah ada, namun data entomologis untuk filariasis belum tersedia. Data, pelatihan petugas entomologi yang pernah dilakukan dan kelambu yang dimiliki oleh sebagian masyarakat baru ditujukan untuk pengendalian penyakit malaria.

Pengumpulan data tentang pengetahuan, sikap dan praktik (PSP) masyarakat P. Alor terhadap filariasis dilakukan sebelum dan sesudah pengobatan massal. Data PSP tersebut dipakai sebagai bahan penyuluhan untuk memberi informasi dan pengetahuan tentang pembasmian filariasis di daerah tersebut (Krentel dkk, 2006). Penyuluhan tentang filariasis dilakukan secara khusus menggunakan *video compact disc* (VCD) oleh petugas Dinkes Kabupaten dan Puskesmas. Sasaran penyuluhan adalah tokoh agama, tokoh masyarakat, aparat dan masyarakat desa.

Di tingkat Puskesmas, laboratorium Puskesmas Adang mempunyai mikroskopis yang mampu memeriksa sediaan darah filariasis. Kasus filariasis yang ditemukan di masyarakat didiagnosis berdasarkan gejala klinis dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskopis. Pengobatan DEC yang tersedia di Puskesmas dilakukan sesuai dengan pedoman yang ada dalam brosur obat. Sampai saat ini efek samping pengobatan tidak ditemukan, dan penderita dapat dengan baik menerima pengobatan yang diberikan. Pelatihan mikroskopis filariasis dan paramedis terakhir dilakukan pada tahun 2004 oleh Dinkes Kabupaten.

Penyuluhan kepada masyarakat biasanya dilakukan pada saat Posyandu. Materi penyuluhan didapat dari brosur yang disediakan oleh Dinkes Kabupaten, dan dilakukan secara rutin setiap bulan. Sedangkan pelatihan kader untuk membantu pelaksanaan pengobatan massal dilakukan oleh petugas dari Dinkes Kabupaten.

Tata laksana kasus di RSUD

Laboratorium RSUD Kabupaten Alor di Kalabahi mempunyai kemampuan untuk melakukan pemeriksaan mikroskopis untuk filariasis. Apusan darah tebal untuk pemeriksaan mikroskopis dibuat sebanyak kurang lebih 20 ul (tidak menggunakan tabung kapiler), sehingga volume tidak sesuai *standard operational procedure* (SOP) yang ada. *Diethylcarbamazine citrate* diberikan dengan dosis menurut golongan umur, tidak dilaporkan adanya efek samping pengobatan di rumah sakit, dan penerimaan penderita terhadap pengobatan baik.

Pelatihan tenaga mikroskopis di RSUD dilakukan tahun 2001 dan 2003 oleh FKUI dan Labkesda, sedangkan pelatihan tenaga paramedis dan dokter pada tahun 2002 dan 2005 oleh Dinkes Kabupaten bekerja sama dengan tenaga konsultan. Secara keseluruhan yang sudah dilatih mikroskopis 3 orang, paramedis dan dokter masing-masing 20 orang di RSUD dan Puskesmas.

Pengobatan menggunakan DEC yang tersedia di Puskesmas dilakukan sesuai dengan pedoman dari Departemen Kesehatan (Dirjen. P2 & PL) dan GTZ. Efek samping yang sering dijumpai antara lain demam, nyeri kepala, pusing dan mual. Penerimaan masyarakat terhadap pengobatan yang diberikan relatif baik. Tenaga dokter, paramedis, mikroskopis, penyuluh maupun kader sudah dilatih

untuk menangani kasus filariasis di rumah sakit serta sosialisasi dan pelaksanaan kegiatan di lapangan (masyarakat). Pelatihan mikroskopis dan paramedis terakhir dilakukan pada tahun 2004 oleh Dinkes Kabupaten.

PEMBAHASAN

Sampai dengan tahun 2006, 31 kabupaten dari 17 provinsi di Indonesia telah melakukan pengobatan massal dengan unit implementasi kabupaten/kota, dan 22 kabupaten dengan unit implementasi kecamatan. Faktor-faktor yang berpengaruh dalam keberhasilan program eliminasi filariasis di suatu daerah, antara lain adalah komitmen antara semua pihak yang terkait, kesiapan SDM, ketersediaan dana, dan kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi. Hasil penelitian di P. Alor, Haiti dan India melaporkan bahwa kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap mereka terhadap filariasis dan program pengobatannya (Krentel *et al.*, 2006; Mathieu *et al.*, 2004; dan Ramaiah *et al.*, 2006).

Namun di daerah yang sudah melakukan program eliminasi dengan pengobatan massal seperti Kabupaten Tanjung Jabung Barat – Provinsi Jambi (tahun ke-2), Kabupaten Tangerang – Provinsi Banten (tahun ke-3), Kabupaten Banyuasin – Provinsi Sumatera Selatan (tahun ke-4) dan Kabupaten Alor – Provinsi NTT (tahun ke-5), evaluasi hasil pengobatan pada umumnya menunjukkan penurunan *Mf-rate* yang cukup bermakna meskipun pelaksanaan program pengobatan massal tersebut tidak ideal dan di beberapa daerah belum mencapai tahun ke-lima (Ompusunggu dkk., 2008). Hal ini mungkin disebabkan karena pada dasarnya DEC-albendazole efektif sebagai mikrofilarisida untuk *Wuchereria sp* seperti yang telah dilaporkan oleh Bockarie dkk. di Papua New Guinea pada tahun 2002. Sedangkan Fisher dkk. (2003) maupun Oqueka dkk. (2005) juga telah melaporkan bahwa obat kombinasi tersebut efektif terhadap *Brugia timori*. Unit implementasi pengobatan massal di Kabupaten. Alor adalah pulau (P. Alor dan P. Pantar). Cakupan pada awal pengobatan cukup tinggi (> 85%), dan secara keseluruhan sampai dengan tahun ke-5 pengobatan tetap tinggi. Namun di salah satu desa sentinel (Alila Timur) partisipasi penduduk agak menurun, hanya 220 penduduk atau 30,3% (220/726) dari total penduduknya yang bersedia diperiksa darah jarinya. Hal ini menunjukkan

bahwa masih diperlukan penyuluhan ulang kepada masyarakat agar lebih memahami tujuan dan manfaat pengobatan tersebut, sehingga partisipasinya dalam pengobatan maupun evaluasinya tetap tinggi. Selain itu, terlihat bahwa data dasar maupun hasil evaluasi pengobatan dari daerah sentinel maupun *spot check* sebagian besar tidak lengkap (tidak ada atau belum ada data). Beberapa faktor yang diduga menimbulkan keadaan ini antara lain adalah kurangnya ketersediaan dana dari pusat atau daerah, kesiapan petugas, maupun situasi tertentu sehingga rencana kegiatan program tidak dapat dilaksanakan dengan baik.

Demikian juga advokasi kepada Pemda dan instansi terkait perlu dilakukan secara berkala untuk mempertahankan konsistensi komitmen dan dukungan moril maupun materiil dari lembaga-lembaga tersebut.

Dari semua daerah yang sudah melakukan program eliminasi, hanya dua desa sentinel di Kabupaten Alor yang mempunyai data cukup lengkap. Hal ini disebabkan karena adanya kerja sama yang baik dengan GTZ, FKUI, dan dukungan penuh dari pemerintah daerah. Namun daerah di luar desa sentinel data masih belum lengkap, hal ini perlu mendapat perhatian Dinkes setempat agar informasi yang dihasilkan seimbang. Hasil survei penelitian ini dapat digunakan sebagai evaluasi hasil pengobatan massal tahun ke-5 meskipun hanya di dua desa, yaitu satu desa sentinel (Desa Alila Timur) di mana *Mf-rate* tahun 2003 adalah 2,1% pada tahun 2006 menjadi 0%. Sedangkan desa *spot check* (Desa Adang) dari 3% (tahun 2003) menjadi 0% (tahun 2006).

Hampir di semua daerah yang sudah melaksanakan program eliminasi dengan unit implementasi pengobatan kecamatan maupun kabupaten, pelaksanaan evaluasi hasil pengobatan tidak dapat dilakukan secara konsisten (berkesinambungan) karena keterbatasan SDM dan sumber dana. Keadaan ini terlihat dari banyaknya kode TD (tidak ada data) dan BD (belum ada data) pada Tabel 1 dan 2. Hal ini tentu akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program eliminasi di daerah tersebut maupun di Indonesia secara keseluruhan. Di samping itu ketidakseragaman unit implementasi pengobatan massal seperti desa atau kecamatan di suatu kabupaten, dan kabupaten di tempat lain menyebabkan hasil dan dampak pengobatan tersebut sulit untuk diperbandingkan. Namun hal ini memang sulit dihindari karena dengan adanya kebijakan

otonomi daerah, maka kesiapan daerah/kabupaten dalam hal SDM, dana dan komitmen menjadi sangat bervariasi. Disamping itu, advokasi kepada pengambil keputusan (Bupati, DPRD, Bapeda) dan penyuluhan kepada masyarakat sulit dilakukan dengan data yang terbatas, dan sering kali pengambil keputusan maupun masyarakat menganggap bahwa penyakit filariasis tidak menjadi masalah karena tidak menyebabkan kematian. Beberapa pengambil keputusan di daerah belum dapat membantu mengalokasikan dana untuk program ini karena belum menganggap program eliminasi filariasis sebagai prioritas bidang kesehatan di wilayahnya. Oleh karena itu diperlukan upaya yang lebih keras dan terarah dari pengelola program filariasis di semua tingkat (Pusat sampai Puskesmas) untuk mendapatkan dukungan dan komitmen yang konsisten dari instansi terkait.

Kegiatan eliminasi di P. Alor sudah menunjukkan hasil yang baik meskipun di beberapa desa *Mf-rate* masih di atas 1%. Namun dengan keterbatasan sumber daya maupun dana, masih diupayakan untuk melakukan pengobatan massal tahun keenam. Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan pengobatan massal di daerah ini antara lain: transportasi yang sulit untuk daerah-daerah terpencil, promosi sebelum pengobatan massal kurang dilakukan secara intensif, keterbatasan jumlah dan pemahaman SDM kesehatan tentang program eliminasi filariasis di daerah terpencil. Selain itu, kerja sama lintas program dan lintas sektor masih kurang, penatalaksanaan kasus klinis belum berjalan dengan baik di Puskesmas, sistem pencatatan belum maksimal (Kartu Pengobatan tidak digunakan), kegiatan evaluasi belum berjalan maksimal terutama untuk tes antigen-antibodi pada anak usia 2–4 tahun, penghargaan kepada kader kurang, dan pendanaan yang tidak stabil mengganggu pelaksanaan kegiatan (Dinkes Kabupaten Alor, 2006).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sampai dengan tahun 2006, secara umum situasi filariasis dan program pengobatan massal di P. Alor dapat disimpulkan sebagai berikut:

- Program pengobatan massal filariasis di P. Alor telah berhasil dilaksanakan sampai dengan tahun kelima, walaupun dengan berbagai keterbatasan dan kendala dalam pelaksanaannya.

- Pengobatan massal lanjutan (tahun keenam atau ketujuh) perlu dilakukan di desa yang masih mempunyai *Mf-rate* $\geq 1\%$.
- Tahap persiapan seperti tersedianya data dasar seperti angka mikrofilaremia (*Mf-rate*) dan PSP masyarakat sangat penting sebagai bahan advokasi kepada Pemda dan instansi terkait, serta penyuluhan kepada masyarakat.
- Demikian pula kesiapan petugas di lapangan (kader), maupun di rumah sakit (penatalaksanaan kasus) sangat penting dalam kegiatan pengobatan massal filariasis.

Saran

Untuk menjamin agar program pengobatan massal terlaksana secara berkesinambungan, maka:

- Advokasi dan penyuluhan perlu dilakukan secara berkala untuk mendapatkan dukungan dan komitmen Pemda, serta partisipasi masyarakat yang konsisten.
- Agar penilaian/evaluasi hasil pengobatan massal dapat dilakukan secara berkesinambungan (setiap tahun), kesiapan manajemen program dan sumber daya tenaga kesehatan di berbagai tingkat administrasi maupun rumah sakit perlu dipertahankan untuk mendapat hasil yang maksimal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian Pemberantasan Penyakit Menular, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan atas terlaksananya penelitian ini. Ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada Kepala Sub Direktorat Pemberantasan Filariasis dan Schistosomiasis, Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan yang telah mendukung terlaksananya penelitian ini.

Selain itu, penulis juga mengucapkan terima kasih pada staf Dinas Kesehatan Provinsi NTT, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Alor dan staf, Rumah Sakit Umum Kalabahi dan Puskesmas Adang, serta rekan-rekan di Kelompok Program Penelitian Penyakit Menular Tidak Langsung, Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah berpartisipasi dan membantu pelaksanaan penelitian ini di lapangan maupun di laboratorium.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Bockarie MJ, Tisch & DJ Kastens W. 2002. 'Mass treatment to eliminate filariasis in Papua New Guine', *N Engl J Med*, vol. 347, no. 23, pp 1841–8.
- Alor. Dinas Kesehatan Kabupaten. 2006. *Laporan evaluasi program eliminasi filariasis tahun 2006*. Dinkes, Kabupaten Alor,
- Fisher P, Djuardi Y & Ismid TS. 2003. 'Long-lasting reduction of *Brugia timori* microfilariae following a single dose of diethylcarbamazine combine with albendazole'. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, vol. 97, no. 4, pp 446–8.
- Helmy H, Weil GL, Ellethy AS, Ahmed ES, Setouhy ME, Ramzy RM. 2000. 'Frequency, severity, and costs of adverse reactions following mass treatment for lymphatic filariasis using diethylcarbamazine and albendazole in Leogane, Haiti', *Am J Trop Med Hyg.*, vol. 68, no. 5, pp. 568–73
- Krentel A, Fischer P & Manoempil P. 2006., 'Using knowledge, attitudes and practice (KAP) surveys on lymphatic filariasis to prepare a health promotion campaign for mass drug administration in Alor District, Indonesia', *Trop Med Int Health*, vol. 11, no. 11, pp. 1731–40.
- Lemeshow S, Hosmer Jr. DW, Klar J & Lwanga SK. 1990. *Besar sampel dalam peneitian kesehatan* (Terjemahan)., Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- McLaughlin SI, Radday I & Michel MC. 2006. 'Bancroftian filariasis: effect of repeated treatment with diethylcarbamazine and albendazole on microfilaraemia, antigenaemia and antifilarial antibodies', *Trans R Soc Trop Med Hyg*. Vol. 100, no. 7, pp 656–62.
- Mathieu E, Lammie PJ & Raddav J. 2004. 'Factors associated with participation in a campaign of mass treatment against lymphatic filariasis, in Leogane, Haiti', *Am Trop Med Parasitol*, vol. 98, no. 7, pp. 703–14.
- Ompusunggu SM, SekarTuti & Hasugian AR. 2008. 'Endemisitas fiariasis dengan lama pengobatan masal berbeda', *Majalah Kedokteran Indonesia*, vol. 58, no. 11, pp. 413–420.
- Oqueka T, Supali T, Ismid TS, et al. *Impact of two rounds of mass drug administration using diethylcarbamazine combined with aibendazoie on the prevalence of Brugiatimori and of intestinal helminths on Alor island, Indonesia*. *Filaria J*, 2005 Jul 13; 4: 5.
- Ramaiah KD, Vijay Kumar KN, Hosein E, et al. *A campaign of" Communi cation for Behavioral Impact" to improve mass drug administration against lymphatic fiariasis: structure, implementation and impact on people's knowledge and treatment coverage*. *Ann Trop Med Parasitol*, 2006 Jun; 100(4): 345–61.
- Shenoy RK, Dalia S, John A, SumaTK & Kumaraswami V. 1999. 'Treatment of the microfilaraemia of asymptomatic brugian fiariasis with single doses of ivermectin, diethylcarbamazine or aibendazoie, in various combinations', *Ann Trop Med Parasitol*, vol. 93, no. 6, pp. 643–51.
- Sekar Tuti, Armedy RH & Ryanti Ekowatiningsih. 2009. 'Masalah fiariasis di Kabupaten Sikka, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)', *Buletin Penelitian Kesehatan*,
- World Health Organization. 2000. *The Global Goal of Elimination of Lymphatic Fiariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*, WHO, Geneva.