

Cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis di Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2012-2013

Zahrotul Habibah,¹ Saleha Sungkar²

¹Progam Studi Pendidikan Dokter, ²Departemen Parasitologi
FK Universitas Indonesia

Abstrak

Filariasis merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama di Indonesia Timur antara lain di Kabupaten Sumba Barat Daya (SBD). Untuk mengeliminasi filariasis, WHO membuat program Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPM) dengan dietilkarbamazin sitrat dan albendazol setiap tahun selama 5 tahun berturut-turut. Untuk mengetahui keberhasilan POPM, perlu dilakukan evaluasi cakupan POPM setiap tahun. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui cakupan POPM di SBD pada tahun 2012-2013. Penelitian ini menggunakan data POPM Dinas Kesehatan SBD pada tahun 2012 dan 2013. Cakupan POPM filariasis dihitung berdasarkan jumlah penduduk minum obat dibagi penduduk total dan jumlah penduduk sasaran. Target cakupan pengobatan penduduk sasaran adalah >85% dan dari penduduk total adalah > 65%. Hasil penelitian menunjukkan cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk total pada tahun 2012 adalah 1,96% dan tahun 2013 sebesar 1,13%. Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran pada tahun 2012 adalah 2,51% dan tahun 2013 adalah 1,35%. Disimpulkan bahwa cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran dan penduduk total di SBD sangat rendah dan cakupan tahun 2013 lebih rendah dibandingkan tahun 2012.

Kata kunci: *W. bancrofti*, *B.malayi*, *B.timori*, pemberian obat masal pencegahan, Sumba Barat Daya

Coverage of Mass Drugs Administration (MDA) for Filariasis in South West Sumba on 2012-2013

Abstract

Filariasis is a disease caused by *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *Brugia timori*. It is transmitted by mosquitos. It cause defect in patient's physical condition, decrease social life, and increase health spending. WHO concepts a program to eliminate filariasis by Massal Drugs Administration (MDA) of filariasis. It has to be evaluated each year in five years by counting the coverage of MDA of filariasis in total population and targeted population. This research used secondary data from Dinas Kesehatan in SBD to know the coverage of MDA of filariasis in SBD on 2012-2013. The coverage of MDA of filariasis based on total population in SBD on 2012 was 1.96% and on 2013 was 1.13%. The coverage of MDA of filariasis based on targeted population in SBD on 2012 was 2.51% and on 2013 was 1.35%. Consequently, the coverage of MDA of filariasis based on total and targeted population in SBD on 2013 lower than on 2012.

Keywords: *W. bancrofti*, *B.malayi*, *B. timori*, massal drugs administration, Sumba Barat Daya

Pendahuluan

Filariasis merupakan *neglected tropical disease* (NTD) yang memberikan dampak berat karena menimbulkan cacat.¹ Di Indonesia, lebih dari 120 juta orang terinfeksi filaria dan 43 juta mengalami pembengkakan tungkai atau lengan (limfedema) atau di bagian tubuh lainnya. Filariasis tersebar di seluruh Indonesia namun prevalensi tertinggi terdapat di Indonesia Timur.² Diperkirakan 3,1% penduduk Indonesia terinfeksi filaria dengan *microfilaria rate* (mf) 0,5-17,9%.³ Prevalensi mikrofilaria di Indonesia Timur sangat tinggi yaitu 39%.²

Karena filariasis menyebabkan cacat menetap dan menimbulkan kesengsaraan masyarakat, WHO mencanangkan eliminasi filariasis pada tahun 2020 dengan Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPM) Filariasis.¹ POPM filariasis dilakukan dengan memberikan obat *diethyl-carbamazine citrat* (DEC) 6mg/kgBB dan albendazol 400 mg dosis tunggal secara masal satu tahun sekali selama lima tahun berturut-turut. POPM filariasis dilakukan jika hasil survei darah jari pada 300 sampel penduduk di daerah dengan penderita filariasis terbanyak memberikan mf >1%. Untuk memutuskan rantai penularan filariasis cakupan pengobatan harus >85% dari jumlah penduduk sasaran atau >65% dari penduduk total. Unit implementasi POPM adalah satu kabupaten/kota.^{1,2}

Kabupaten Sumba Barat Daya (SBD) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan wilayah dengan prevalensi filariasis yang tinggi.^{3,4} Pada tahun 2011 survei darah jari di desa Kodi Bangedo dan Wewewa Selatan memberikan *mf rate* 1,04 dan 1,32, sehingga sejak tahun 2011 dilakukan POPM filariasis kepada penduduk SBD.⁵ Meskipun demikian pada awal tahun 2012 ditemukan lagi 313 kasus kronik dengan penderita terbanyak di Desa Kodi Balaghar (213 penderita) dan Wewewa Selatan (83 penderita).⁶ Berdasarkan laporan itu, dilakukan advokasi dan penyuluhan mengenai filariasis kepada pengelola program filariasis dinas kesehatan SBD dan kepala puskesmas di SBD. Kegiatan tersebut bertujuan agar pengelola program filariasis mengerti pentingnya POPM dan menjalankan program

dengan baik sehingga cakupan pengobatan sesuai target. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui cakupan POPM filariasis di SBD berdasarkan penduduk sasaran dan penduduk total pada tahun 2012- 2013.

Metode

Penelitian ini menggunakan data sekunder cakupan POPM filariasis Dinas Kesehatan SBD pada tahun 2012 dan 2013 berupa data penduduk yang minum obat POPM, data penduduk total dan data penduduk sasaran di semua Kecamatan Kabupaten SBD.

Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk total dihitung sebagai berikut: jumlah penduduk yang minum obat program POPM filariasis dibagi jumlah seluruh penduduk di daerah endemis filariasis. Cakupan pengobatan ini menunjukkan angka pencapaian pengobatan, yaitu jumlah penduduk yang tinggal di daerah dengan risiko tertular filariasis yang telah diobati serta aspek epidemiologinya. Cakupan tersebut juga untuk menilai kinerja petugas POPM.²

Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran adalah jumlah penduduk minum obat program POPM filariasis dibagi jumlah penduduk sasaran yang berisiko terkena filariasis di daerah endemis filariasis. Cakupan pengobatan menunjukkan angka keberhasilan pengobatan dan efektivitas pelaksanaan kegiatan POPM filariasis. Penduduk sasaran adalah semua penduduk dikurangi orang yang sedang sakit berat, hamil, anak <2 tahun, dan lanjut usia.²

Hasil

Berdasarkan data Dinas Kesehatan SBD pada tahun 2012, terdapat kasus filariasis kronik di empat kecamatan yaitu Kodi (11 penderita), Wewewa Selatan (82 penderita), Kodi Utara (7 penderita), dan Kodi Balaghar (213 penderita). Meskipun filariasis hanya terdapat di empat kecamatan, seluruh kecamatan yang terdapat di SBD harus mendapatkan POPM filariasis karena implementasi unit POPM filariasis adalah satu kabupaten. Sehubungan dengan hal tersebut, Dinas Kesehatan SBD melaksanakan POPM untuk seluruh penduduk di Kabupaten.

Tabel 1. Cakupan POPM Penduduk Total dan Penduduk Sasaran di SBD Tahun 2012

Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Penduduk Sasaran	Jumlah PMO	Cakupan POPM Penduduk Total	Cakupan POPM Penduduk Sasaran	Jumlah Penderita
Kota	28.913	22.712	543	1,9%	2,4%	0
Wewewa Tengah	53.911	28.084	676	1,3%	2,4%	0
Wewewa Utara	22.518	20.486	489	2,2%	2,4%	0
Kodi	32.206	31.223	683	2,1%	2,2%	11
Loura	34.037	22.707	415	1,2%	1,8%	0
Kodi Bagedo	36.057	18.841	572	1,6%	3,0%	0
Wewewa Selatan	21.691	21.621	467	2,2%	2,2%	82
Kodi Utara	50.864	44.582	580	1,1%	1,3%	7
Kodi Balaghar	18.841	18.119	867	4,6%	4,8%	213
Waimangura	45.482	26.252	679	1,5%	2,6%	0
Jumlah	344.520	254.627	5.971	1,96%	2,51%	313

Tabel 1. menunjukkan bahwa jumlah penduduk minum obat pada tahun 2012 paling banyak di Kecamatan Kodi Balaghar yaitu 867 orang dengan cakupan POPM filariasis penduduk sasaran

4,8% dan cakupan POPM penduduk total 4,6%. Penduduk yang paling sedikit minum obat adalah di Kecamatan Loura dengan cakupan POPM filariasis penduduk sasaran 1,8% dan cakupan POPM filariasis penduduk total 1,2%.

Tabel 2. Cakupan POPM Penduduk Total dan Penduduk Sasaran di SBD Tahun 2013

Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Penduduk Sasaran	Jumlah PMO	Cakupan POPM Penduduk Total	Cakupan POPM Penduduk Sasaran	Jumlah Penderita
Kota	28.913	22.712	220	0,8%	1,0%	0
Wewewa Tengah	53.911	28.084	115	0,02%	0,4%	0
Wewewa Utara	22.518	20.486	230	1,0%	1,1%	0
Kodi	32.206	31.223	420	1,3%	1,3%	16
Loura	34.037	22.707	125	0,4%	0,6%	0
Kodi Bagedo	36.057	18.841	413	1,1%	2,2%	0
Wewewa Selatan	21.691	21.621	480	2,2%	2,2%	127
Kodi Utara	50.864	44.582	345	0,7%	0,8%	11
Kodi Balaghar	18.841	18.119	634	3,4%	3,5%	0
Waimangura	45.482	26.252	112	0,2%	0,4%	0
Total	344.520	254.627	3.094	1,13%	1,35%	367

Pada tahun 2013 jumlah kasus kronik filariasis di SBD meningkat di tiga kecamatan, yaitu Kodi (16 penderita), Wewewa Selatan (127 penderita), dan Kodi Utara (11 penderita). Peningkatan kasus kronik filariasis paling tinggi di Wewewa Selatan yaitu dari 82 penderita menjadi 127 penderita.

Jumlah penduduk yang minum obat pada tahun 2013 menurun dari tahun 2012. Jumlah penduduk terbanyak minum obat adalah di Kecamatan Kodi Balaghar yaitu 634 penduduk, sedangkan yang paling sedikit minum obat adalah di Kecamatan Waimangura yaitu 12 penduduk (Tabel 2).

Tabel 3. Cakupan POPM Filariasis di SBD pada tahun 2012 dan 2013

Tahun	Penduduk Minum Obat	Cakupan POPM Penduduk Total	Cakupan POPM Penduduk Sasaran
2012	5.971	1,96%	2,51%
2013	3.094	1,13%	1,35%

Tabel 3 menunjukkan bahwa pada tahun 2012, hanya 5971 penduduk minum obat dan pada tahun 2013 menurun menjadi 3094 penduduk. Cakupan POPM filariasis penduduk sasaran pada tahun 2012 adalah 2,51% dan pada tahun 2013 adalah 1,35%. Cakupan POPM penduduk total adalah 1,96% pada tahun 2012 dan 1,13% pada tahun 2013. Cakupan POPM tersebut tidak mencapai target karena WHO menetapkan bahwa target cakupan POPM filariasis adalah $\geq 65\%$ dari jumlah penduduk sasaran dan $\geq 85\%$ dari penduduk total. Selain itu, jumlah penduduk minum obat yang diharapkan meningkat pada tahun 2013 ternyata lebih rendah dari tahun 2012 sehingga tidak dilakukan uji statistik.

Diskusi

Filariasis merupakan penyakit yang membebani penderita baik secara fisik maupun mental. Beban fisik berupa cacat yang mengganggu penampilan dan mengganggu aktivitas fisik. Produktivitas menurun karena penderita sulit bergerak akibat pembesaran tungkai dan skrotum.^{7,8} Beban mental terjadi karena cacat fisik membuat penderita malu dan rendah diri; selain itu ada anggapan bahwa filariasis adalah penyakit akibat kutukan. Penderita filariasis umumnya adalah orang miskin, pendidikan rendah, dan jauh dari fasilitas kesehatan. Oleh karena itu bantuan pemerintah untuk mengeliminasi filariasis sangat diperlukan.

Untuk melakukan POPM, perlu dilakukan survei darah jari untuk mengetahui *mf rate*. Survei dilakukan minimal di dua desa atau kelurahan dengan penderita filariasis kronis terbanyak berdasarkan data survei penderita filariasis kronis. Survei darah jari dilakukan dengan memeriksa spesimen darah jari malam hari pada 300 orang penduduk berusia ≥ 13 tahun. Apabila diperoleh *mf rate* 1% atau lebih di salah satu desa survei, maka desa tersebut dinyatakan desa endemis dan perlu melakukan POMP filariasis.^{1,2}

Pada tahun 2011 dilakukan survei darah jari di dua kecamatan dengan penderita filariasis kronik terbanyak yaitu Kodi Balaghar dan Wewewa Selatan

dan didapatkan *mf rate* 1,04% di Kodi Balaghar dan 1,32% di Wewewa Selatan. Berdasarkan hasil tersebut SBD dinyatakan sebagai daerah endemis filariasis dan harus melakukan POPM.

Pada tahun 2012 dilakukan evaluasi dan diperoleh hasil cakupan POPM filariasis penduduk sasaran adalah 2,51% dan cakupan POPM penduduk total adalah 1,96%. Pada tahun 2013 cakupan POPM filariasis penduduk sasaran pada tahun 2013 adalah 1,35%. dan cakupan POPM penduduk total adalah 1,13%. Hasil tersebut sangat rendah dan tidak memenuhi target WHO karena cakupan POPM filariasis $< 65\%$ pada penduduk sasaran dan $< 85\%$ pada penduduk total. Dengan hasil tersebut maka rantai penularan filariasis tidak terputus dan terus menjadi masalah kesehatan masyarakat di SBD.

Faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab rendahnya cakupan POPM filariasis adalah informasi tidak sampai kepada penduduk ketika akan dilakukan POPM karena letak rumah penduduk yang berjauhan dan sarana komunikasi yang minim. Di SBD penduduk desa tidak memiliki jaringan telepon, sinyal *handphone* buruk dan *handphone* hanya dimiliki oleh orang-orang tertentu yang mampu membelinya. Dengan demikian, informasi disampaikan oleh kader puskesmas dengan mengunjungi rumah penduduk dan diharapkan penduduk menyampaikan informasi kepada tetangganya. Faktor lainnya adalah penduduk tidak berada di tempat pengobatan karena sedang bekerja, berladang atau bersekolah serta rendahnya pengetahuan dan kesadaran penduduk untuk minum obat filariasis setiap tahun. Rendahnya cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk total menunjukkan rendahnya kinerja petugas POPM sedangkan rendahnya cakupan POPM filariasis berdasarkan jumlah penduduk sasaran menunjukkan rendahnya keberhasilan pengobatan.

Untuk meningkatkan cakupan POPM, diperlukan perencanaan yang baik sebelum menjalankan program. Tahap awal adalah advokasi dan sosialisasi filariasis ke kabupaten, kecamatan dan desa. Selanjutnya dilakukan koordinasi dengan tokoh masyarakat, puskesmas, pelatihan kader, dan pendataan sasaran POMP filariasis. Masyarakat perlu dikumpulkan di balai desa untuk mendapatkan penyuluhan filariasis dan pentingnya POMP. Informasi juga dapat diberikan dengan memasang spanduk atau pemutaran film yang berisi pengetahuan tentang filariasis.

Pengelola program juga harus melakukan *active case detection* agar dapat menemukan penderita filariasis dan dapat memberikan pengobatan

dengan segera agar penderita tidak menjadi sumber infeksi bagi penduduk lain. Selama ini kasus kronik filariasis hanya ditemukan saat penderita datang ke puskesmas dengan keluhan penyakit lain.

Jika sosialisasi dilakukan dengan baik, maka cakupan POPM akan mencapai target yang diinginkan. Sebagai contoh, di Kabupaten Belitang Timur, cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran pada tahun 2010 mencapai 92,3% dan di Kabupaten Belitang 95%. Angka cakupan tersebut sangat tinggi karena tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap filariasis juga tinggi sehingga penduduk mendukung POPM filariasis.⁹

Kesimpulan

Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk total pada tahun 2012 adalah 1,96% dan pada tahun 2013 adalah 1,13%. Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran pada tahun 2012 adalah 2,51% dan pada tahun 2013 adalah 1,35%. Cakupan POPM filariasis berdasarkan penduduk sasaran dan penduduk total sangat rendah dan pada tahun 2013 cakupan tersebut lebih rendah dari tahun 2012.

Cakupan POPM filariasis perlu ditingkatkan agar mencapai target yang ditetapkan WHO. Kinerja pengelola program POMP perlu ditingkatkan dan harus aktif mengajak penduduk untuk datang ke tempat pengobatan massal setiap tahun. Masyarakat harus diberikan pengetahuan mengenai filariasis yang dapat diberikan melalui ceramah, pemasangan spanduk di tempat yang ramai dan pemutaran film filariasis.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization (WHO). Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical disease. A roadmap for implementation. Geneva: WHO; 2012.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana nasional program akselerasi eliminasi filariasis di Indonesia 2010-2014. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
3. Sopi IIPB, Adnyana NWD. Cakupan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Sumba Barat Daya tahun 2011. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 2013;12(1):19-24
4. Wahyono TYM, Purwastyastuti, Supali T. Filariasis di Indonesia. *Buletin Jendela Epidemiologi*. 2010;1:14-23.
5. Dinas Kesehatan Sumba Barat Daya. Profil kesehatan tahun 2012. Edisi tahun 2013. Tambolaka: Sumba Barat Daya; 2013.
6. Kaka E. Gambaran situasi filariasis Kabupaten Sumba Barat Daya tahun 2011-2013. Tambolakan: Dinas Kesehatan SBD; 2013.
7. Taylor MJ, Hoerauf A, Bockarie M. Lymphatic filariasis and onchocerciasis. *Lancet*. 2010;376:1175-85.
8. Carlson JA. Lymphedema and subclinical lymphostasis facilitate cutaneous infection, inflammatory dermatoses, and neoplasia. *A locus minoris resistentiae*. New York: Elsevier; 2014.
9. Santoso, Saikhu A, Taviv Y, Yuliani RD, Mayasari R, Supardi. Kepatuhan masyarakat terhadap pengobatan massal filariasis di Kabupaten Belitang Timur tahun 2008. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2010;38(4):193-204.