

# **SURVAI DARAH JARI PRA PENGobatan MASSAL FILARIASIS DI KABUPATEN OGAN KOMERING ULU TIMUR**

Santoso<sup>1</sup>, Betriyon<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Loka Penelitian dan Pengembangan Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang  
(Loka Litbang P2B2 Baturaja)  
Jl. A. Yani KM 7 Kemelak, Baturaja, Ogan Komering Ulu (OKU)  
Email: santoso@litbang.depkes.go.id / santosbta@yahoo.co.id  
Telp/Fax. (0735) 322774-325303.

Diterima : 15/01/2015

Direvisi : 15/02/2015

Disetujui : 30/04/2015

## **ABSTRAK**

Filariasis (penyakit kaki gajah) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten OKU Timur. Hasil survei tahun 2007 di Kecamatan Madang Suku III menemukan 4 orang penderita positif dengan angka filaria sebesar 1,05%. Berdasarkan hasil survei tersebut maka harus dilakukan pemberian obat massal pencegahan (POMP) filariasis di seluruh wilayah kabupaten. Tahun 2015 akan dilakukan kegiatan POMP filariasis. Tahun 2014 dilaporkan adanya penderita kronis baru yang telah menderita gejala filariasis >15 tahun di Kecamatan Buay Madang Timur. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan survei darah jari (SDJ) di wilayah tersebut untuk mendeteksi kemungkinan adanya penyebaran kasus baru di wilayah Kabupaten OKU timur. Kegiatan SDJ dilakukan pada pukul 20.00-24.00 WIB dengan jumlah penduduk yang diperiksa sebanyak 184 orang. Hasil wawancara singkat terhadap penduduk yang diperiksa darahnya mendapatkan 30% penduduk sering mengalami demam berulang yang merupakan gejala awal filariasis. Survei tidak ditemukan adanya penduduk yang positif filariasis, namun karena salahsatu desa di Kabupaten OKU Timur memiliki Mf rate >1% maka kegiatan POMP filariasis harus dilakukan di seluruh wilayah kabupaten.

**Kata Kunci:** OKU Timur, survei darah jari, POMP filariasis.

## **FINGER BLOOD SURVEY PRE FILARIASIS MASS DRUG ADMINISTRATION IN EAST OGAN KOMERING ULU**

## **ABSTRACT**

Filariasis (elephantiasis) is still a public health problem in East OKU. The results of the 2007 survey in the Madang Suku III sub-district were found 4 people positive with microfilaria rate of 1.05%. Based on the results of the survey should be performed preventive filariasis mass drug administration (MDA) in the entire district. Filariasis MDA will be carried out in 2015. In 2014 reported the existence of a new chronic patients who have suffered from symptoms of filariasis >15 years in the East Buay Madang sub-district. Based on this, it is necessary to the finger blood survey (FBS) in the region to detect the possibility of the spread of new cases in the East OKU district. Finger blood survey conducted at 08.00-12.00 pm with a population of as many as 184 people were examined. The results of a brief interview to the people who had blood tests to get 30% of the population often have recurrent fever are early symptoms of filariasis. Survey did not reveal any positive population filariasis, but because one of the village in the district of East OKU have Mf rate > 1% then filariasis MDA should be done in the entire district.

**Keywords:** East OKU, finger blood survey, filariasis MDA.

## PENDAHULUAN

Filariasis (penyakit kaki gajah) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia termasuk di Provinsi Sumatera Selatan. Filariasis limfatik diidentifikasi sebagai penyebab kecacatan menetap dan berjangka lama terbesar kedua di dunia setelah kecacatan mental. Filariasis di Indonesia menyebabkan kerugian ekonomi yang utama bagi penderita dan keluarganya. Selain itu juga menimbulkan dampak psikologis bagi penderitanya, yaitu mereka yang hidup dengan gejala kronis akan menderita karena diasingkan keluarganya dan masyarakat, juga mengalami kesulitan mendapatkan suami atau istri dan menghambat keturunan.<sup>(1)</sup>

Menteri Kesehatan Republik Indonesia telah mencanangkan program eliminasi filariasis pada tahun 2002 untuk mengatasi permasalahan filariasis di Indonesia. Program eliminasi filariasis bertujuan memutuskan mata rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal sehingga terjadi pengurangan drastis mikrofilaria dalam darah tepi yang pada akhirnya dapat mengurangi potensi penularan filariasis oleh nyamuk.<sup>(1,2)</sup>

Sesuai dengan kebijakan Depkes RI dalam rangka eliminasi filariasis di

Indonesia, bila di suatu wilayah desa/kecamatan angka mikrofilaria (*Mf rate*) >1% maka daerah tersebut termasuk daerah endemis filariasis dan harus dilakukan kegiatan pengobatan massal terhadap seluruh penduduk di wilayah kabupaten.

Hasil penelitian yang pernah dilakukan di Desa Karya Makmur Kecamatan Madang Suku III, OKU Timur tahun 2007 mendapatkan 4 orang positif filariasis dengan angka mikrofilaria (*Mf rate*) sebesar 1,05%.<sup>(3)</sup> Rekomendasi hasil penelitian yaitu harus segera dilakukan pengobatan massal di seluruh wilayah Kabupaten OKU Timur.

Kabupaten OKU Timur merupakan daerah endemis filariasis karena ditemukan adanya desa dengan *Mf rate* >1% sehingga perlu dilakukan pengobatan massal. Penemuan penderita filariasis baik positif maupun kronis terus meningkat..

Bulan Januari 2014 telah dilakukan advokasi dan sosialisasi eliminasi filariasis Kabupaten OKU Timur yang dihadiri pejabat Pemda OKU Timur, Dinas Kesehatan, Subdit Filariasis Kemenkes RI dan penulis sebagai salah satu narasumber. Berdasarkan hasil kesepakatan maka akan dilakukan kegiatan pengobatan

massal filariasis pada tahun 2015 di Kabupaten OKU Timur.

Bulan Desember 2014, Dinas Kesehatan Kabupaten OKU Timur menemukan 1 orang penderita filariasis kronis yang telah menderita filariasis selama >15 tahun di Desa Banumas Asri, Kecamatan Buay Madang Timur. Berdasarkan laporan tersebut maka perlu dilakukan SDJ untuk mengetahui kemungkinan terjadi penularan filariasis di daerah tersebut.

Sesuai dengan pedoman Departemen Kesehatan tentang penanggulangan filariasis di Indonesia bila ditemukan penderita kronis filariasis di suatu desa, maka harus dilakukan pemeriksaan darah jari di desa tersebut. Adanya penderita kronis filariasis dapat menjadi potensi sebagai sumber penular filariasis, karena seseorang yang telah mengalami gejala kronis menunjukkan bahwa orang tersebut telah lama menderita filariasis dan dapat menjadi sumber penular filariasis di desa tersebut.<sup>(4)</sup>

Berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu dilakukan penelitian dengan tujuan untuk menemukan kemungkinan penyebaran filariasis di wilayah kecamatan lain yang ditemukan penderita kronis sebelum pelaksanaan

pengobatan massal filariasis dalam menyongsong eliminasi filariasis tahun 2020.

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pemegang program pengendalian filariasis tentang status penderita filariasis sehingga dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi kegiatan pengendalian filariasis yang telah dilakukan.

## METODOLOGI

Desain penelitian ini adalah studi potong lintang. Penelitian dilakukan di Desa Banumas Asri Kecamatan Buay Madang Timur selama 1 bulan (Desember 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah penduduk berusia  $\geq 13$  tahun yang tinggal di Desa Banumas Asri, dengan sasaran (target) adalah penduduk yang tinggal di sekitar penderita kronis. Besar sampel diperoleh dengan menggunakan rumus besar sampel minimal, yaitu<sup>5</sup>:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) N}{d^2 (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

- n = jumlah sampel minimal
- $Z_{1-\alpha/2}$  = standar skor dikaitkan dengan taraf nyata diinginkan (95%)
- P = proporsi yang diharapkan (0,015)
- d = presisi absolut (0,015)
- N = jumlah populasi (500)

Berdasarkan hasil perhitungan sampel minimal diperoleh jumlah sampel sebesar 168 orang ditambah 10% untukantisipasi adanya *drop out* maka jumlah sampel menjadi 185 orang.

Pelaksanaan pengambilan darah dilakukan di balai Desa Banumas Asri dengan mengumpulkan penduduk berusia  $\geq 13$  tahun.

Sesuai dengan pedoman dari Kementerian Kesehatan dan pedoman WHO (2011) untuk pemeriksaan darah jari dilakukan pada malam hari dimulai pada pukul 20.00 WIB sampai dengan selesai.<sup>(6,7)</sup> Pemeriksaan darah dilakukan di Laboratorium Parasitologi Loka Litbang P2B2 Baturaja.

### Pengambilan darah jari

Mempersiapkan formulis survei darah jari (SDJ).

Setiap penduduk yang akan diambil sediaan darah dicatat dalam formulir SDJ, yaitu nomor urut, nama, umur, jenis kelamin dan kode sediaan.

Kaca benda (slide) yang sudah bersih diberi nomor sesuai dengan nomor penduduk yang diperiksa.

Ujung jari manis dibersihkan dengan kapas alkohol 70% dan setelah kering ditusuk tegak lurus alur garis

pada jari tangan dengan lanset sehingga darah menetes keluar.

Tetesan darah pertama yang keluar dihapus dengan kapas kering kemudian tetesan darah selanjutnya ditetaskan sebanyak 3 tetes (diperkirakan 60 $\mu$ l) pada kaca benda yang telah disiapkan.

Tetesan darah dilebarkan dengan menggunakan ujung kaca benda yang lain sehingga membentuk spesimen darah tebal yang berbentuk tiga gariparalel (masing-masing berukuran 0,5x4 cm/20 $\mu$ l).

Sediaan darah dikeringkan selama 24 – 72 jam pada suhu kamar dengan menyimpan di *slide box* dan diletakkan di tempat yang aman dan kering.

### Pewarnaan slide

Membuat cairan buffer pH dengan cara melarutkan 1 tablet buffer pH 7,2 ke dalam 1000 ml air bersih jernih. Cairan buffer dapat dibuat dengan air mineral yang memiliki pH 7,2 (Aqua®).

Membuat larutan giemsa dengan cara melarutkan cairan giemsa dengan cairan buffer dengan perbandingan 1:20.

Untuk mewarnai 200 sediaan darah dibutuhkan larutan giemsa

sebanyak  $\pm 200\text{ml}$  (10ml cairan giemsa dan 180ml cairan buffer pH 7,2).

Sebelum diwarnai, terlebih dahulu dilakukan hemolisis dan difiksasi dengan methanol absolute.

Sediaan darah jari diletakkan sejajar di tempat yang datar.

Spesimen sediaan darah jari diwarnai dengan cara ditetesi dengan larutan giemsa sampai semua permukaan sediaan tergenang larutan giemsa (kurang lebih 20 tetes) dan didiamkan selama 30 menit.

Setelah 30 menit, specimen dibilas dengan air bersih dan dikeringkan dalam suhu kamar selama 24–72 jam.

Sediaan darah yang sudah kering selanjutnya diperiksa di bawah mikroskop dengan perbesaran rendah ( $10 \times 10$ ).

Angka mikrofilaria (*Mf rate*) dihitung dengan membagi jumlah penduduk yang sediaan darahnya positif dibagi jumlah penduduk yang diperiksa dikali seratus persen. Rumus untuk menentukan *Mf rate* adalah:<sup>2</sup>

$$Mf\ rate = \frac{\text{Jmlh positif mikrofilaria}}{\text{Jmlh darah diperiksa}} \times 100\%$$

Angka mikrofilaria menunjukkan tingkat endemisitas filariasis per desa.

## HASIL

### Observasi pada penderita kronis

Hasil pengamatan dan wawancara singkat dengan penderita kronis filariasis diketahui bahwa penderita kronis sudah mengalami gejala filariasis sudah sejak  $> 15$  tahun lalu. Kondisi penderita saat ini sudah dalam kondisi cacat permanen dengan pembesaran pada kedua kaki. Penderita mengaku tidak mengetahui bila terkena filariasis sehingga belum pernah mendapat pengobatan untuk filariasis. Penderita juga mengatakan sering mengalami demam berulang yang merupakan gejala klinis filariasis. Berdasarkan keterangan dari petugas Puskesmas setempat diketahui bahwa penderita merupakan penduduk pendatang, sehingga kemungkinan terkena filariasis dari daerah asal penderita sebelum menetap di Desa Banumas Asri.

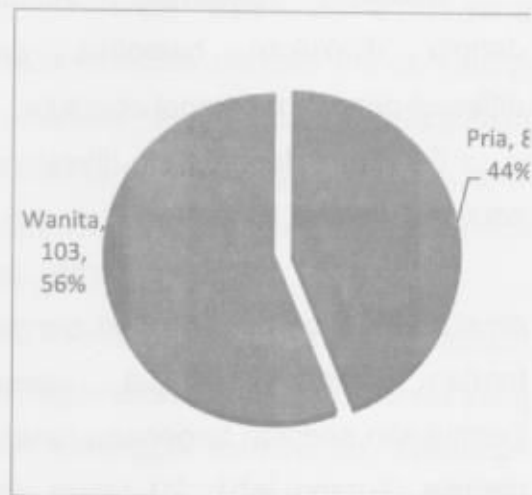
### Karakteristik Penduduk Diperiksa

Grafik 1. memperlihatkan bahwa penduduk yang diperiksa lebih banyak wanita (56%) dibandingkan pria (44%). Rata-rata umur subyek dalam survei ini adalah 37,25 tahun. Umur tertinggi adalah 75 tahun dan terendah 13 tahun. Berdasarkan kriteria inklusi survei ini umur yang diperiksa minimal adalah 13 tahun, sehingga distribusi

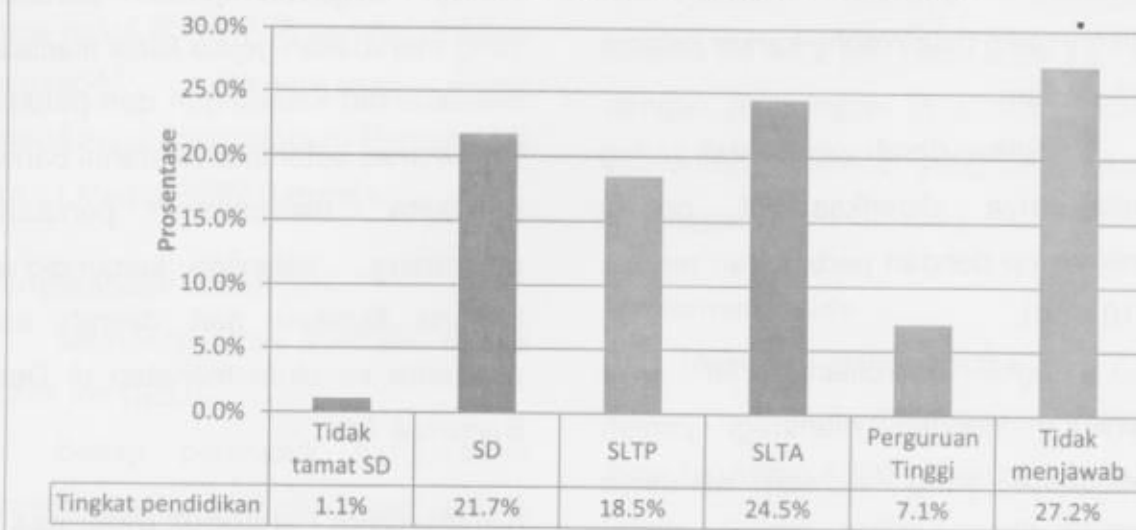
subyek berdasarkan umur paling rendah adalah 13 tahun. Hasil tersebut menunjukkan bahwa penduduk yang banyak diperiksa adalah penduduk pada usia produktif.

Tingkat pendidikan subyek penelitian bervariasi dari tidak tamat SD sampai tamat perguruan tinggi, seperti terlihat pada Grafik 2

Grafik 1.  
Distribusi Subyek Berdasarkan Jenis Kelamin



Grafik 2.  
Distribusi Subyek Berdasarkan Tingkat Pendidikan



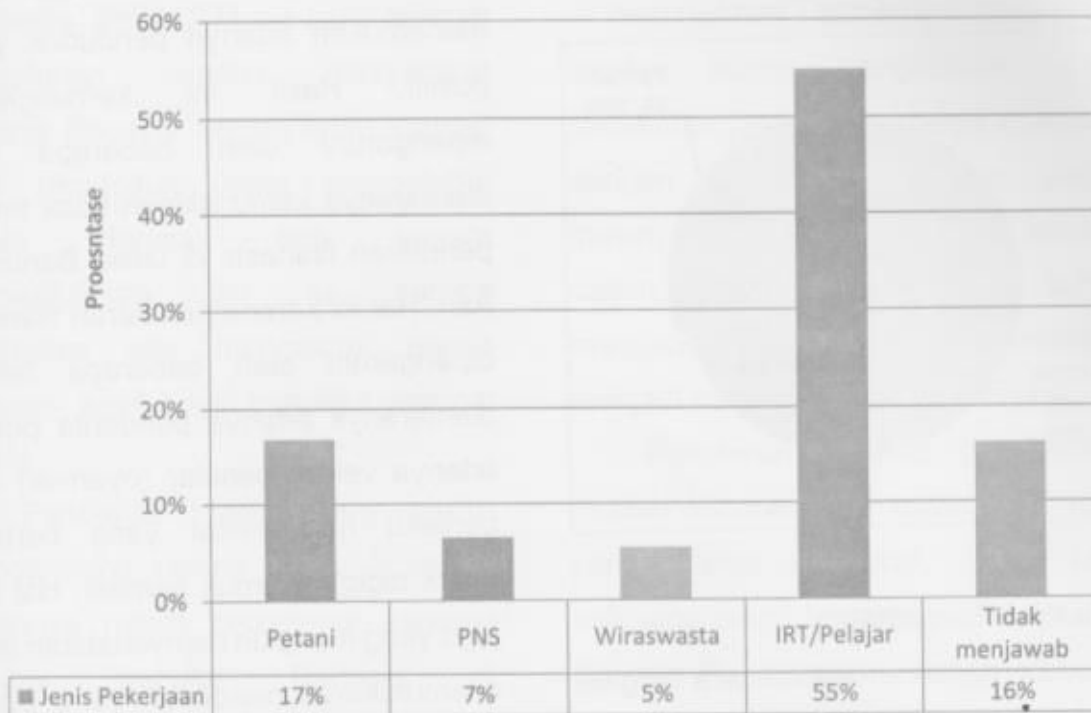
Grafik 2. memperlihatkan bahwa tingkat pendidikan masyarakat paling tinggi adalah SLTA (24,5%) dan hanya 1,1% orang yang tidak tamat SD. Selain itu juga ditemukan 7,1% orang yang berpendidikan Perguruan Tinggi.

Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa tingkat pendidikan masyarakat di Desa Banumas Asri relatif tinggi.

Distribusi subyek berdasarkan jenis pekerjaan disajikan dalam Grafik 3. Berikut:



**Grafik 3.**  
**Distribusi Subyek Berdasarkan Jenis Pekerjaan**

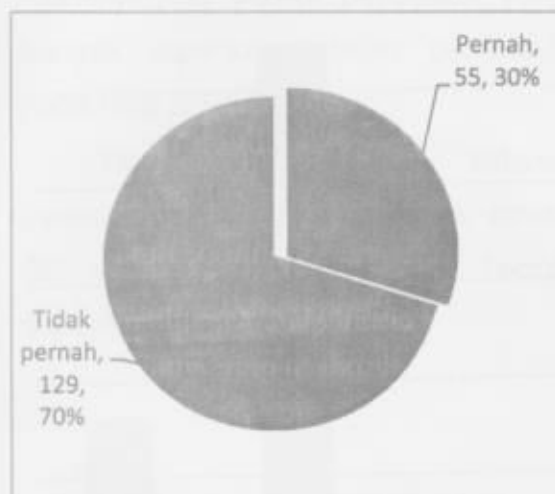


Jenis pekerjaan yang paling banyak ditemukan adalah ibu rumah tangga/pelajar, sebanyak 55% dan diikuti petani sebanyak 17% (Grafik 3). Usia pelajar yang diperiksa darahnya berkisar antara 13-17 tahun. Bila dihubungkan dengan risiko penularan filariasis yang lebih banyak menyerang penduduk pria dengan jenis pekerjaan petani dan usia >30 tahun maka hasil survei darah jari yang dilakukan di Desa Banumas Asri kurang mewakili kondisi daerah tersebut. Hal ini karena banyak penduduk pria usia dewasa yang diperiksa jumlahnya lebih sedikit dibandingkan dengan penduduk wanita.

#### Riwayat Demam

Demam berulang merupakan gejala klinis awal dari penderita filariasis. Jumlah penduduk yang mengalami demam berulang sebanyak 55 orang (30%) dari seluruh penduduk yang diperiksa. Berdasarkan wawancara terhadap penderita kronis juga menyatakan bahwa sering mengalami demam berulang 3-4 kali dalam sebulan. Distribusi subyek berdasarkan riwayat demam disajikan dalam Grafik 4.

Grafik 4.  
Distribusi Subyek Berdasarkan Riwayat Demam



#### Riwayat Pengobatan

Berdasarkan wawancara singkat terhadap penduduk sebelum dilakukan pemeriksaan darah diketahui bahwa belum ada penduduk yang pernah mendapatkan obat filariasis baik untuk pengobatan penderita maupun obat pencegahan. Mengingat penderita kronis masih sering mengalami demam berulang, maka disarankan untuk diberikan pengobatan selektif terhadap penderita kronis untuk membunuh mikrofilaria yang kemungkinan masih terdapat dalam darah penderita.

#### Survei Darah Jari

Survei darah jari (SDJ) dilakukan di Desa Banumas Asri, Kecamatan Buay Madang Timur, Kabupaten OKU Timur terhadap 184 orang penduduk. Hasil pemeriksaan mikroskopis yang

dilakukan di Laboratorium Parasitologi Litbang P2B2 Baturaja menemukan adanya penduduk positif. Hasil ini kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa diantaranya kemungkinan tidak penularan filariasis di Desa Banumas Asri. Hal ini karena penularan filariasis dipengaruhi oleh beberapa diantaranya adanya penderita adanya vektor penular (nyamuk) perilaku masyarakat yang tidak memperhatikan untuk digigit nyamuk penular. Hal ini juga yang mungkin menyebabkan ditemukannya penduduk yang positif karena penduduk yang berisiko (penduduk pria usia produktif jenis pekerjaan petani) jumlah diperiksa lebih sedikit di penduduk lain yang kurang (wanita dan anak sekolah).

#### PEMBAHASAN

Berdasarkan hal tersebut maka perlu adanya kajian lebih lanjut untuk mengetahui kemungkinan adanya penularan filariasis di Banumas Asri, mengingat sudah mengalami gejala > 1 tahun sehingga berpotensi untuk menularkannya ke masyarakat.

Sesuai dengan tatalaksana penderita kronis maka perlu adanya



terhadap penderita kronis untuk mengurangi beban penderitaan bagi penderita. Selain itu juga perlu adanya penyuluhan kepada masyarakat tentang filariasis secara lebih intensif agar penduduk dapat mengetahui gejala filariasis dan segera memeriksakan diri ke sarana kesehatan bila mengalami gejala filariasis agar tidak berlanjut sampai kronis.

Penderita kronis yang masih mengandung cacing filaria di dalam darahnya masih berpotensi sebagai sumber penular filariasis di lingkungannya, sehingga perlu penanganan terhadap seluruh penderita baik kronis maupun positif mikrofilaria. Sulitnya akses penderita filariasis ke sarana kesehatan merupakan salah satu faktor penyebab kurangnya penanganan terhadap penderita filariasis yang tinggal di daerah yang sulit. Jarak yang jauh dan waktu tempuh yang lama ke sarana kesehatan mengakibatkan keengganan masyarakat untuk berobat ke sarana kesehatan apabila mengalami gejala penyakit kaki gajah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Santoso yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara jarak dan waktu tempuh ke sarana

kesehatan dengan risiko terkena filariasis.<sup>(8)</sup>

Penanganan terhadap penderita kronis selain pengobatan dan perawatan juga perlu adanya evaluasi dengan pemeriksaan darah pada malam hari untuk memastikan bahwa dalam darah penderita sudah tidak mengandung cacing filaria agar tidak menjadi sumber penular filariasis.

Penularan filariasis yang tidak mudah karena perlu gigitan nyamuk yang infeksi sebanyak ribuan kali sehingga orang tersebut dapat tertular filariasis.<sup>(9)</sup> Semakin tinggi umur, semakin besar risiko tertular filariasis. Tingginya risiko terkena filariasis pada penduduk usia produktif karena aktivitas penduduk usia ini relatif tinggi. Risiko penduduk usia produktif lebih besar untuk digigit nyamuk karena sebagian besar penduduk yang ada di daerah endemis filariasis sering melakukan aktivitas di luar rumah berhubungan dengan jenis pekerjaannya sebagai petani di kebun dan aktivitas sosial kemasyarakatan seperti ronda dan pengajian.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso di Kabupaten Muaro Jambi yang mendapatkan adanya hubungan bermakna secara statistik antara umur dengan kejadian filariasis dengan  $p=0,008$  dan  $OR=3,685$ .<sup>(10)</sup>

Hasil penelitian di India juga mendapatkan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian filariasis dengan nilai  $p=0,001$ .<sup>(11)</sup>

Risiko pria untuk terkena filariasis lebih tinggi dibandingkan dengan wanita karena berhubungan dengan pekerjaan dan perilaku penduduk pria yang lebih sering ke luar rumah. Penduduk pria yang sering melakukan aktifitas di luar rumah pada malam hari berisiko lebih tinggi untuk digigit nyamuk vektor filariasis sehingga risiko tertular filariasis juga semakin tinggi.<sup>12</sup> Penelitian yang dilakukan di Bekasi mendapatkan bahwa risiko pria untuk terserang filariasis 4,747 kali lebih besar dibandingkan wanita dengan  $p=0,002$ .<sup>(13)</sup>

Berdasarkan meta analisis pada 53 literatur yang dilakukan oleh Freedman (2002) mendapatkan bahwa kejadian filariasis lebih sering terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita. Risiko tinggi pada pria berhubungan dengan risiko pria yang lebih tinggi untuk digigit nyamuk dibandingkan wanita.<sup>(14)</sup>

Risiko penularan filariasis pada penduduk pria dan kelompok usia produktif dapat ditekan dengan mencegah kontak dengan nyamuk vektor filariasis. Pencegahan kontak dengan nyamuk dapat dilakukan

dengan pemakaian lotion anti ny atau menggunakan pakaian pa pada saat melakukan aktifitas di rumah pada malam hari.

Tingkat pendidikan berhubungan dengan kejadian filariasis. Penc dengan tingkat pendidikan yang relatif lebih mudah menerima informasi tentang informasi yang diberikan petugas kesehatan. Informasi dapat diperoleh dari pendidikan dari media informasi lainnya, seperti televisi, radio, koran, majalah lainnya. Hasil penelitian dilakukan di Kabupaten Muaro Mendapatkan adanya hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian filariasis dengan  $p<0,001$ . Penduduk dengan tingkat pendidikan rendah berisiko >9 untuk terserang filariasis dibandingkan penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi.<sup>(10)</sup>

Penyebaran informasi kesehatan khususnya informasi tentang filari harus dilakukan sesuai dengan kondisi dan budaya setempat. Bahasa yang digunakan dalam penyediaan informasi harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah sehingga informasi yang disampaikan dapat diterima masyarakat. Penyebaran informasi

juga harus sering dilakukan agar penduduk dapat selalu ingat tentang informasi yang disampaikan.

Penyebaran informasi perlu didukung oleh tokoh masyarakat setempat yang memahami budaya setempat sehingga penyebaran informasi dapat tepat sasaran. Tokoh masyarakat umumnya merupakan tokoh yang disegani dan dipercaya oleh masyarakat, sehingga informasi yang diberikan oleh tokoh masyarakat dapat diterima dan dilaksanakan oleh masyarakat yang mendapatkan informasi tersebut.

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kejadian filariasis berhubungan dengan pengetahuan. Responden dengan tingkat pendidikan tinggi maka pengetahuannya akan bertambah sehingga lebih memperhatikan kondisi kesehatannya serta cenderung berperilaku lebih positif terhadap kegiatan pencegahan dan pemberantasan filariasis.

Hasil penelitian di Kelurahan Kertoharjo Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan yang dilakukan oleh Amelia menemukan adanya hubungan antara jenis pekerjaan berisiko dengan kejadian filariasis ( $p=0,034$ ) dengan OR sebesar 6,667.<sup>(15)</sup>

Jenis pekerjaan sebagai petani perkebunan karet atau sawit dan tinggal di lokasi perkebunan akan meningkatkan risiko penularan filariasis karena kondisi perkebunan yang berupa rawa-rawa merupakan tempat perkembangbiakan potensial vektor filariasis. Hasil penelitian Jontari dkk. mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara tempat tinggal dan kejadian filariasis. Penduduk yang tinggal di dekat rawa atau di perkebunan sawit memiliki risiko lebih besar untuk terkena filariasis.<sup>(16)</sup>

Penularan filariasis dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adanya penderita positif, adanya vektor penular (nyamuk) dan perilaku masyarakat yang berisiko untuk digigit nyamuk penular. Hal lain juga yang mungkin menyebabkan tidak ditemukannya penduduk yang positif karena penduduk yang berisiko tinggi (penduduk pria usia produktif dengan jenis pekerjaan petani) jumlah yang diperiksa lebih sedikit dibanding penduduk lain yang kurang berisiko (wanita dan anak sekolah).

Mengingat di salah satu desa di Kabupaten OKU Timur, yaitu Desa Karya Makmur, Kecamatan Madang Suku III merupakan daerah endemis filariasis (*Mf rate* 1,05%) maka Kabupaten OKU Timur dinyatakan

sebagai daerah endemis filariasis sehingga perlu dilakukan pemberian obat massal pencegahan filariasis (POMP filariasis) termasuk di Desa Banumas Asri.

Sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan dalam rangka eliminasi filariasis di daerah endemis maka perlu dilakukan pengobatan massal yang dilakukan serentak di seluruh wilayah kabupaten. Pemberian obat dilakukan sekali setahun selama 5 tahun berturut-turut dengan cakupan penduduk yang mendapat obat >80%.

Evaluasi pelaksanaan kegiatan pengobatan massal dilakukan 6 bulan setelah pengobatan tahun ketiga dengan melakukan SDJ di daerah dengan endemis tinggi terhadap penduduk berusia  $\geq 5$  tahun.

Berdasarkan hal tersebut, maka di Kabupaten OKU Timur perlu segera dilakukan kegiatan POMP filariasis di seluruh wilayah kabupaten. Selain itu juga perlu dilakukan pengobatan selektif terhadap penderita yang telah dinyatakan positif menderita filariasis serta kegiatan perawatan penderita kronis filariasis.

Kegiatan POMP filariasis yang dilakukan serempak seluruh kabupaten dan dilakukan monitoring terbukti dapat menurunkan

endemisitas filariasis di Kabupaten Belitung Timur dan di Pulau Alor.<sup>(17)</sup>

## KESIMPULAN

Ditemukan 1 orang penderita kronis yang telah menderita kaki g >15 tahun.

Tidak ditemukan ada penderita positif *microfilaria* hasil S

Sebanyak 30% penduduk pernah mengalami demam berulang merupakan gejala awal filariasis.

## SARAN

Perlu segera dilakukan pengobatan selektif terhadap penderita kronis.

Perlu segera dilakukan pengobatan massal filariasis di seluruh wilayah kabupaten agar Kabupaten OKU Timur bebas dari filariasis.

Perlu dilakukan sosialisasi terhadap masyarakat tentang filariasis agar sebelum pelaksanaan pengobatan massal.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI Indonesia. Filariasis di Indonesia. Buletin Jendela Epidemiologi Jakarta: Pusat Data Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI;
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Eliminasi Filariasis di Indonesia. Pedoman Pelaksanaan dan Evaluasi Daerah Endemis

- Filariasis. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2012.
3. Santoso. Periodisitas Parasit Filariasis di Desa Karya Makmur Puskesmas Batumarta VIII Kabupaten OKU Timur Tahun 2007. Jurnal Pembangunan Manusia. 2008; 2(4):18-27.
4. Departemen Kesehatan. Pedoman Program Eliminasi Filariasis di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008.
5. Sugiarto, dkk. Teknik Sampling. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2003.
6. WHO. Lymphatic Filariasis. A Manual for National Elimination Programmes. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. Kementrian Kesehatan. Pedoman Eliminasi Filariasis di Indonesia. Pedoman Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis. Jakarta: Kementrian Kesehatan, 2012.
8. Santoso. Risiko Kejadian Filariasis pada Masyarakat Dengan Akses Pelayanan Kesehatan Yang Sulit. Jurnal Pembangunan Manusia. 2011; 5(2):107-115.
9. Departemen Kesehatan.. Epidemiologi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal PPM & PL; 2006.
10. Santoso, Hotnida Sitorus, Reni Oktarina. Faktor Risiko Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi. Buletin Penelitian Kesehatan, 2013; 41(3):152-162.
11. Upadhyayula SM, Mutheneni SR, Kadiri MR, Kumaraswamy S, Nagalla B. A Cohort Study of Lymphatic Filariasis on Socio Economic Conditions in Andhra Pradesh, India. *PLoS ONE* (online). 19 Maret 2012;7(3): e33779. Ditelusuri dari: [www.plosone.org/doi:10.1371/journal.pone.0033779](http://www.plosone.org/doi:10.1371/journal.pone.0033779). Diakses pada tanggal 21 Januari 2015.
12. Chesnais CB, Missamou F, Pion SD, Bopda J, Louya F, Majewski AC, Fischer PU, Weil GJ, Boussinesq M. A case study of risk factors for lymphatic filariasis in the Republic of Congo. *Parasites & Vectors*. 2014;7:300. doi:10.1186/1756-3305-7-300. 2014. Ditelusuri dari: <http://www.parasitesandvectors.com/content/7/1/300>. Diakses pada tanggal 07 Juni 2014.
13. Juriastuti P, Kartika M, Djaja IM, Susanna D. Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kelurahan Jati Sampurna. *Makara Kesehatan*. 2010; 14(1): 31-6.
14. Klei TR, and TV. Rajan (eds.). *World class Parasites: Volume 5. The Filaria*. Host factors, parasite factors, and external factors involved in the pathogenesis of filarial infections. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publisher, 2002. Ditelusuri dari: <http://kluweronline.com> and <http://ebooks.kluweronline.com>. Diakses pada tanggal 29 Desember 2014.
15. Amelia R. Analisis Faktor Risiko Kejadian Penyakit Filariasis. *Unnes Journal of Public Health*. 2014;3(1). Ditelusuri dari: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index>

.php/ujph Diakses pada tanggal 20 Januari 2015.

16. Jontari H, Hari K, Supargiyono, Hamim S. Faktor-faktor risiko kejadian penyakit Lymphatic Filariasis di Kabupaten Agam, Provinsi Sumatera Barat Tahun 2010. OSIR. 2014;7(1):9-15. Ditelusuri dari: [http://www.osirjournal.net/upload/files/2\\_%20LF%28Indonesia%29.pdf](http://www.osirjournal.net/upload/files/2_%20LF%28Indonesia%29.pdf) Diakses pada tanggal 13 November 2014.
17. 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.
18. Oqueka T, Supali T, Ismid IS, Purnomo, Rückert P, Bradley M, Fischer P. Impact of two rounds of mass drug administration using diethylcarbamazine combined with albendazole on the prevalence of *Brugia timori* and of intestinal helminths on Alor Island, Indonesia. Filaria Journal. 2005; 4(5).doi:10.1186/1475-2883-4-5. Ditelusuri dari: <http://www.filariajournal.com/content/4/1/5>. Diakses pada tanggal 12 November 2014.