



UNIVERSITAS INDONESIA

**MANAJEMEN FILARIASIS BERBASIS WILAYAH
DI KABUPATEN MUARO JAMBI
DAN TANJUNG JABUNG TIMUR
PROPINSI JAMBI
TAHUN 2008**

TESIS

OLEH :

**JEPAN MANURUNG
0606020455**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
EPIDEMIOLOGI KESEHATAN LINGKUNGAN
Tesis, 10 Juli 2008**

Jepan Manurung, NPM. 0606020455

Manajemen Filariasis Berbasis Wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi tahun 2008.

x + 138 halaman, 11 tabel, 5 gambar 22 lampiran

ABSTRAK

Filariasis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi. Berdasarkan survey yang pernah dilakukan terdapat 3 kabupaten endemis Filariasis (Mf rate $>1\%$), yaitu Kabupaten Muaro Jambi (Mf rate = 2,04%), Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Mf rate = 3,46%), dan Kabupaten Tanjung Tabung Barat (Mf rate = 1,53%) dan kabupaten Batang Hari (Mf rate = 0,27%) sementara 6 kabupaten/ kota lainnya belum pernah dilakukan survey darah jari, sehingga endemisitasnya belum diketahui secara pasti. Untuk itu perlu melakukan manajemen pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan secara terintegrasi di setiap wilayah kabupaten atau kota sebagai wilayah otonom, oleh karena itu diperlukan sebuah model manajemen dalam hal ini manajemen filariasis berbasis wilayah di kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tatalaksana kasus klinis dan tatalaksana faktor risiko filariasis di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur apakah terintegrasi atau tidak dan apakah dilakukan dengan baik atau tidak.

Kegiatan penelitian ini dilakukan selama satu bulan pada bulan April dan dilakukan di kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur yang merupakan daerah endemis filariasis. Penelitian ini menggunakan pendekatan Kualitatif dengan metode wawancara mendalam untuk mengumpulkan data primer untuk mengkaji hubungan antara tatalaksana kasus klinis dan tatalaksana faktor risiko filariasis.

Hasil penelitian di kabupaten Muaro Jambi menunjukkan baik pelaksanaan tatalaksana kasus klinis dan faktor risiko sudah dilaksanakan dengan baik dan dilaksanakan secara terintegrasi mengacu kepada pedoman pedoman program eliminasi filaria dan pedoman integrasi.

Demikian juga dengan Kabupaten Tanjung Jabung Timur bahwa pelaksanaan tatalaksana kasus klinis dan faktor risiko sudah dilaksanakan dengan baik serta terintegrasi dengan baik hanya saja pengangaraannya tidak melaporkan secara rinci oleh karena itu pelaksanaan manajemen filariasis berbasis wilayah di Kabupaten Muaro Jambi masih lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten Tanjung jabung Timur

Terdapat 3 sumber pendanaan pada program pengobatan massal filariasi yaitu WHO melalui APBN mendukung pengadaan obat, HWS mendukung kegiatan operasional dan APBD sebagai dana cadangan apabila APBN dan HWS berhenti memberikan dukungan dana, untuk itu disarankan perlu merinci berapa jumlah alokasi dana dari ketiga sumber tersebut sehingga bisa memperhitungkan beban kerja dan jumlah tenaga yang disiapkan untuk kegiatan tersebut.

Daftar bacaan : 36 (1976-2007)

**PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM
HEALTH ENVIRONMENT EPIDEMIOLOGY
Thesis, July 10th 2008**

Jepan Manurung, NPM. 0606020455

Area Base Filariasis Management in Muaro Jambi and East Tanjung Jabung Districts Province of Jambi Year 2008

x + 138 pages, 11 tables, 5 figures, 22 appendices

ABSTRACT

Filariasis is still a health people problem in the district of Muaro Jambi and East Tanjung Jabung Province of Jambi. Based on the survey, there are 4 filariasis endemic districts (Mf rate > 1%), that are Muaro Jambi District (Mf rate = 2.04%), East Tanjung Jabung District (Mf rate = 3.46%), West Tanjung Jabung District (Mf rate = 1.53%), and Batang Hari District (Mf rate = 0,27%). However, blood finger survey has never been performed in other 6 districts/cities; hence the epidemic is not known clearly. Based on this reason, integrated elimination management of spreading disease and environment sanitation should be carried out in each district or city as autonomic area. Further more a management model in this case area base filariasis management in the Muaro Jambi and East Tanjung Jabung district is needed.

This research was attempted to study the filariasis clinical case procedure and filariasis risk factor procedure in the district of Muaro Jambi and East Tanjung Jabung, whether it is integrated or not or it is good or not performed.

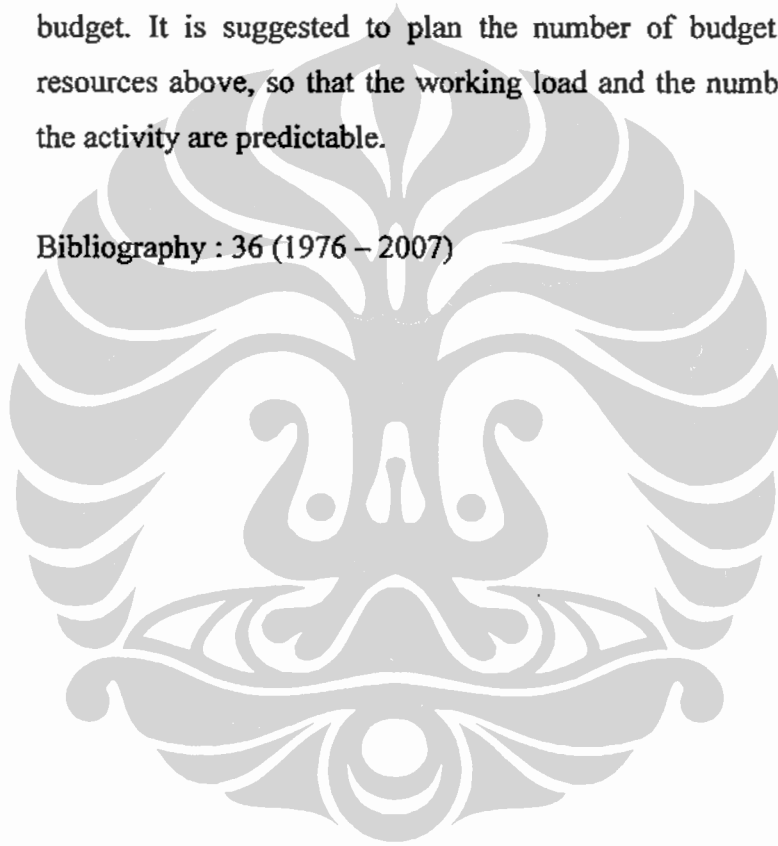
The research was carried out for 1 month in April and it was done in the district of Muaro Jambi and East Tanjung Jabung, which belong to the filariasis endemic area. This is a qualitative approach research using deep interview to collect the primer data for analyze the relation between filariasis clinical procedure and filariasis risk factor procedure.

The results in the district of Muaro Jambi showed that both clinical case procedure and risk factor have been well performed and they were carried out integrated in accordance with the manual of filarial elimination program and manual of integration. In the district of East Tanjung Jabung, the implementation of clinical

case procedure and risk factor has also been performed well and integrated, but the budgeting was not reported detail, so that the implementation of area base filariasis management in Muaro Jambi district was better than in East Tanjung Jabung district.

There are 3 funding resources in the filariasis mass therapy program that are WHO through APBN supports medicine purchasing, HWS supports operational activities, and APBD as reserve budget in case APBN and HWS stop to give the budget. It is suggested to plan the number of budget allocation from the three resources above, so that the working load and the number of personal prepared for the activity are predictable.

Bibliography : 36 (1976 – 2007)



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Thesis dengan judul

MANAJEMEN FILARIASIS BERBASIS WILAYAH DI KABUPATEN MUARO JAMBI DAN TANJUNG JABUNG TIMUR PROPINSI JAMBI TAHUN 2008

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 10 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

(Prof.Dr.Umar Fahmi Achmadi, MPH, PhD)

Anggota

Drg Ririn Arminsin, MKes

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 10 Juli 2008

Ketua



(Prof. dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, PhD)

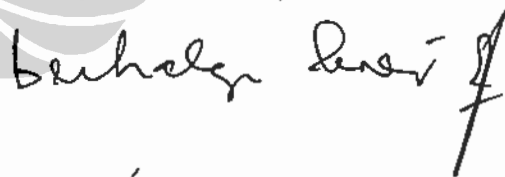
Anggota



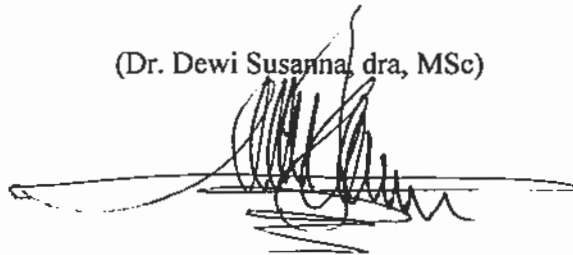
(drg. Ririn Arminsih, M.Kes)



(Prof. Dr. Sudarti, dra, SKM, MA)



(Dr. Dewi Susanna, dra, MSc)



(dr. I Nengah Darna, MKes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Jepang Manurung

NPM : 06060020455

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kekhususan : Epidemiologi Kesehatan Lingkungan

Angkatan : 2006/2007

Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Tesis saya yang berjudul :

Manajemen Filariasis Berbasis Wilayah Di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi Tahun 2008.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

10 Juli 2008



(Jepang Manurung)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Jepang Manurung
Tempat/ Tanggal lahir : Negeri Dolok, 13 Nopember 1972
Alamat : Jl. Yulius Usman No 76 RT 19 Kel. P Sulur Jambi
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Jl. RM. Nur Atmadibrata No 06A T.Pura Jambi
Riwayat Pendidikan :

SD Negeri Marihat Raja, Lulus tahun 1986

SMP Negeri 1 Tiga Dolok, Lulus tahun 1989

SMA Negeri Tiga Dolok, Lulus tahun 1992

Akademi Analis Kesehatan Sari Mutiara Medan, Lulus tahun 1996

FKM USU, Lulus tahun 2004

Riwayat Pekerjaan :

1997 – 1999 Staf Media Reagensia Balai Labkes Jambi

1999 – sekarang staf Kimia Lingkungan Balai Labkes Jambi

KATA PENGANTAR

Puji syukur pada Tuhan Yesus Kristus karena Kasih KaruniaNya, sehingga Pembuatan tesis ini dapat diselesaikan.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu hingga selesainya pendidikan pasca sarjana dan penulisan tesis ini. Secara khusus ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada yang terhormat:

- 1 Prof. Dr Umar Fahmi Achmadi, MPH, PhD. sebagai pembimbing utama dalam pembuatan tesis ini yang telah meluangkan waktunya dan memberikan bimbingan dengan penuh perhatian kepada penulis ditengah kesibukan beliau yang sangat padat.
- 2 Ibu drg. Ririn Arminsih, MKes sebagai pembimbing II, yang telah memberikan masukan serta bimbingan dari awal proposal sampai siding akhir untuk kesempurnaan tesis ini
- 3 Ibu Prof. Dr. dra. Sudarti, SKM, MA sebagai penguji yang telah memberikan masukan, koreksi dan saran pada siding akhir untuk kesempurnaan tesis ini.
- 4 Dr. I Nengah Darna, MKes sebagai penguji luar yang telah memberikan masukan kritikan dan saran untuk kesempurnaan tesis ini.
- 5 Dr H. Oscar Karim, MKes, MM, Mantan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jambi beserta pengelola HWS yang memberikan izin dan rekomendasi kepada penulis untuk mengikuti pendidikan ini.
- 6 Abang Bairizal, SKM, MKes yang memberikan support dan dorongan.

- 7 Dra. Hj. Anna Fauzia, Mkes, Apt mantan Kepala Balai Laboratorium Kesehatan Jambi yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti jenjang pendidikan ini.
- 8 Seluruh staff pengajar Program Studi IKM FKM UI, yang telah mengajar penulis dan memberikan bimbingan, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.
- 9 Kedua Orang tuaku tercinta Bapak Mama serta Bapak dan Ibu Mertua yang sangat saya hormati yang telah memberikan dukungan dan doa serta bantuan baik moril maupun materil hingga selesainya pendidikan ini.
- 10 Istri dan anakku caroline tercinta yang dengan sabar menunggu dan memberikan dorongan sehingga dapat diselesaikan tepat waktu.
- 11 Amang & Inang Simatua juga Tessa yang Nakal tempat penulis merampungkan penulisan tesis ini.
- 12 Teman-teman sejawat kelas khusus MKD, spesial Mr Aris, RT.Hasiholan Pane, Sodiq, Voktor Kombertonggo, Nikson, Jonni, Hotma T, Anggia & Desy Megawati, dr Retno atas semua kerjasama dan bantuannya, sukses untuk teman semuanya.
- 13 Bapak Kepala Dinas Kesehatan Muaro Jambi dan staf, Kepala Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur dan Staf, Camat, Kepala desa, Kader desa dan tokoh masyarakat yang telah bersedia menjadi responden dan membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
- 14 Semua pihak yang telah memberikan bantuan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu selama penelitian dan penulisan tesis ini berlangsung.

Semoga Tuhan Yesus memberikan berkat karunia dan damai sejahtera kepada kita semua. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif, dalam rangka kesempurnaan tesis ini dan yang lebih penting adalah tesis ini dapat bermanfaat bagi masyarakat khususnya di Wilayah kerja Dinas Kesehatan Muaro Jambi dan Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur.



Depok, 10 Juli 2008

Penulis

Jepan Manurung

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata pengantar	i
Daftar isi	iv
Daftar tabel	
Daftar gambar	
Daftar lampiran	
Daftar singkatan	
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.4.1. Tujuan Umum	10
1.4.2. Tujuan Khusus	10
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.6. Ruang Lingkup	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Pengertian Filariasis	13
2.1.1. Epidemiologi	13
2.1.2. Gejala Klinis	14
2.1.3. Siklus Fenularan Filariasis	18
2.1.4. Agen Mikrofilaria	20
2.1.5. Vektor (Nyamuk) dan Morfologinya	21
2.2. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah	22
2.2.1. Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis (Case factor Managemen)	24
2.2.2. Penatalaksanaan Faktor Risiko (Risk Factor Management)	32
2.2.2.1. Simpul 1 Sumber penyakit	32
2.2.2.2. Simpul 2	33
2.2.2.3. Simpul 3	33
2.2.2.4. Simpul 4	34
2.3. Manajemen Penduduk didaerah endemis	35
2.3. Keterpaduan Lintas Program dan Lintas Sektor	37
2.4. Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan	39
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL	41
3.1. Kerangka Konsep	41
3.2. Defenisi Istilah	43

BAB 4. METODE PENELITIAN	45
4.1. Desain Penelitian	45
4.2. Cara Pengumpulan Sampel, Lokasi dan Waktu Penelitian	46
4.3. Sumber Informasi	47
4.3.1. Prinsip Pemilihan Informasi	47
4.3.2. Informan Terpilih	48
4.5. Instrumen Penelitian	49
4.6. Teknik Pengumpulan Data	50
4.7. Pengolahan dan Analisa Data	52
4.7.1. Pengolahan Data	52
4.7.2. Analisa Data	53
4.8. Validasi data	53
BAB 5. HASIL PENELITIAN	56
5.1. Keterbatasan Penelitian	56
5.2. Gambaran Umum Kabupaten Penelitian	57
5.2.1. Kabupaten Muaro Jambi	57
5.2.2. Kabupaten Tanjung jabung Timur	60
5.3. Gambaran Informan	64
5.4. Hasil Penelitian	66
BAB 6 PEMBAHASAN	101
6.1. Tatalaksana penduduk di daera endemis & kasus klinis	103
6.1.1. Menetapkan Seseorang teridentifikasi Filarial (Menegakkan Diagnosa)	103
6.1.2. Pelaksanaan Pengobatan Massal Berlangsung (MDA)	104
6.1.3. Kesiapan Petugas Dilapangan	106
6.1.4. Pendistribusian Logistik dari Kabupaten Ke masing-masing Kecamatan hinga ke Desa atau Kelurahan	107
6.1.5. Penggerakan masyarakat Pada tingkat Desa/ Kelurahan atau tingkat RT Perkotaan	108
6.1.6. Pemantauan Efek Samping	110
6.1.7. Penyisiran/ Sweeping Dilakukan Terhadap Orang Yang tidak Minum Obat	111
6.1.8. Pencegahan Kecacatan Dilakukan	112
6.1.9. Peranan Legislatif memutuskan anggaran bagi Sektor kesehatan pada Dinas Kesehatan	113
6.1.10. Dalam Merumuskan Program (Eliminasi Filaria) Seberapa sering Anggota Legislatif Komisi yang Membidangi Kesehatan di Undang Rapat/ Seminar	114
6.1.11. Dukungan Legislatif terhadap program Eliminasi Filariasis	115

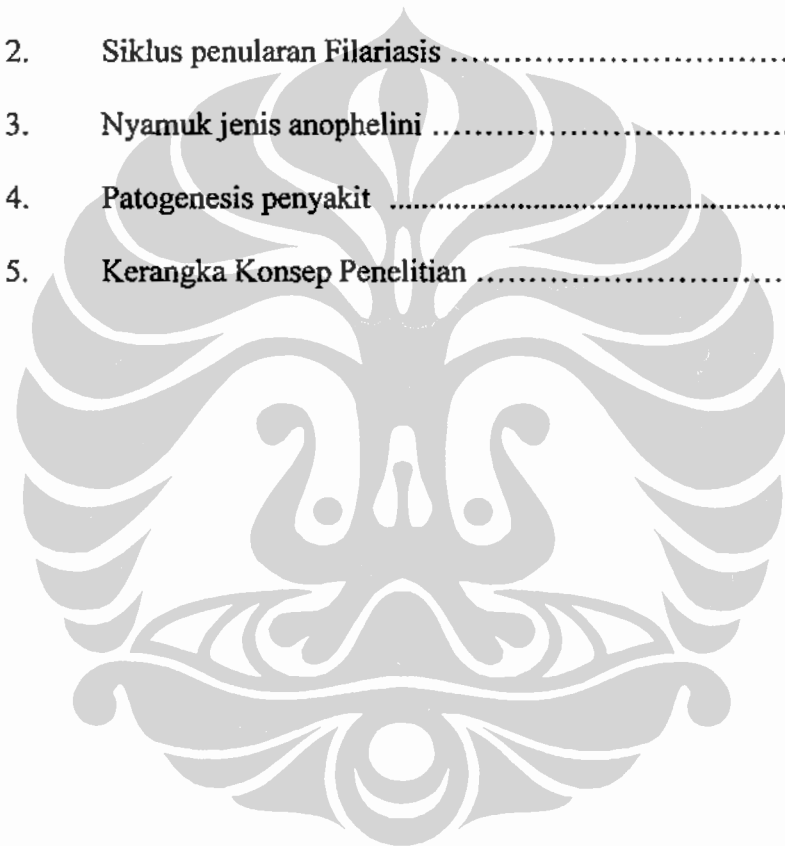
6.1.12. Bagaimana Komitmen Kepala Pemerintahan Setingkat Kecamatan Terhadap Program Pengobatan Massal Filariasis	115
6.1.13. Keterlibatan Kepala Pemerintahan Setingkat Kecamatan di Undang Rapat atau Seminar	116
6.1.14. Pengetahuan Kades tentang Penyakit Kaki Gajah (Filariasis)	117
6.1.15. Pendapat Tokoh Masyarakat Tentang Penularan Kaki Gajah (Filariasis)	118
6.1.16. Peran Kades, Kader dan Tokoh Masyarakat Menggerakkan Masyarakat agar mendapatkan Pengobatan di Puskesmas atau Pustu	120
6.1.17. Setelah Mendapat Obat dari Petugas Kesehatan Apakah Kader, Kades dan Tokoh Masyarakat Memberikan Perhatian Terhadap Mereka atau Mengawasi Sehingga mereka benar-benar Makan Obat	122
6.1.18. Pemantauan Penanganan Infeksi Kasus kronis Di Tingkat Desa	123
6.2. Tatalaksana Faktor Risiko	124
6.2.1. Kebiasaan Hidup Nyamuk Penular Filariasis.	124
6.2.2. Pengendalian Sumber Penyakit (Simpul 1) .	127
6.2.3. Pengendalian pada Wahana Penularan Atau Media Transmisi (simpul2)	129
6.2.4. Bagaimana Proses Paparan (kontak) pada Komunitas (Simpul 3)	130
6.3. Proses Perencanaan, Penganggaran Dana, Waktu Pelaksanaan dan Monitoring Evaluasi dilakukan	131
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	136
7.1. Kesimpulan	136
7.2. Saran	139
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
1. Stadium Limfedema	27
2. Dosis DEC berdasarkan dosis umur	29
3. Dosis Albendazole berdasarkan umur	30
4. Tabel proses perencanaan	36
5. Informan Kualitatif yang dilakukan wawancara mendalam (n deep Interview)	49
6. Banyaknya penduduk Kabupaten Muaro Jambi menurut Kecamatan dan Jenis kelamin tahun 2006	55
7. Banyaknya keluarga miskin menurut kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi tahun 2006	56
8. Banyaknya Tenaga Kesehatan dirinci menurut bidang Kesehatan tahun 2006	57
9. Banyaknya penduduk Kabupaten Tanjung Jabung Timur Kecamatan dan Jenis kelamin tahun 2006	59
10. Banyaknya Tenaga Kesehatan dirinci menurut bidang Kesehatan tahun 2006	60
11. Karakteristik Informan Penelitian	62

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
1. Peta persebaran Filariasis di Indonesia	4
2. Siklus penularan Filariasis	19
3. Nyamuk jenis anophelini	22
4. Patogenesis penyakit	38
5. Kerangka Konsep Penelitian	42




DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran

1. Pedoman wawancara mendalam untuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
2. Pedoman wawancara mendalam untuk DPR Komisi bidang Kesehatan
3. Pedoman wawancara mendalam untuk Camat
4. Pedoman wawancara mendalam untuk Kepala Puskesmas
5. Pedoman wawancara mendalam untuk Bidan
6. Pedoman wawancara mendalam untuk Kepala Desa
7. Pedoman wawancara mendalam untuk Tokoh Masyarakat
8. Pedoman wawancara mendalam untuk Kader Kesehatan
9. Matriks wawancara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
10. Matriks wawancara mendalam dengan DPR Komisi bidang kesehatan
11. Matriks wawancara mendalam dengan Camat
12. Matriks wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas
13. Matriks wawancara mendalam dengan Bidan
14. Matriks wawancara mendalam dengan Kepala desa
15. Matriks wawancara mendalam dengan Tokoh Masyarakat
16. Matriks wawancara mendalam dengan Kader Kesehatan
17. Rencana kebutuhan obat utama pengobatan filariasis Kab. Muaro Jambi 2006
18. Rencana kebutuhan obat utama pengobatan filariasis Kab. Tanjab Timur 2006
19. Rencana kegiatan filariasis tahun 2007 di Kab. Muaro Jambi
20. Rencana kegiatan filariasis tahun 2007 di Kab. Tanjab Timur
21. Formulir rekapitulasi survei darah jari Filariasis (2004-2006) di Muaro Jambi
22. Formulir rekapitulasi survei darah jari Filariasis (2004-2006) di Tanjab Timur

Manajemen filariasis..., Jepang Manurung, FKM UI, 2008

DAFTAR SINGKATAN



Mf	= Mikrofilaria
Depkes	= Departemen Kesehatan
WHO	= World Health Organization
Dinkes	= Dinas Kesehatan
WHA	= World Health Assembly
LSM	= Lembaga Swadaya Masyarakat
TEK	= Tenaga Epidemiologi Kabupaten
P2MPL	= Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
P2M	= Pemberantasan Penyakit Menular
DEC	= Diethylcarbamazine Citrate
FKM UI	= Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
DPRD	= Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
UPT	= Unit Pemukiman Transmigrasi
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
TK	= Taman Kanak-kanak
SD	= Sekolah Dasar
SLTP	= Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	= Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
BPS	= Badan Pusat Statistik
DAS	= Daerah Aliran Sungai

APBD	= Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
RPJMD	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RKPD	= Rencana Kerja Pemerintah Daerah
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
HWS	= Health Work Task Force Services
PKM	= Pusat Kesehatan Masyarakat
TBC	= Tuberculosis
MDA	= Mass Drug Administration
PPA	= Prioritas Plafon Anggaran
PPAS	= Prioritas Plafon Anggaran sementara
PSN	= Pemberantasan Sarang Nyamuk

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Pembangunan bidang kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan pembangunan nasional pada umumnya dan pembangunan suatu daerah Kabupaten/ Kota pada khususnya. Hal ini bertitik tolak dari kesadaran dan keyakinan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia, dan masyarakat adalah penggerak atau pelaku dari pembangunan tersebut. Kesehatan adalah merupakan investasi dan tanggung jawab bersama yang merupakan salah satu sektor strategis dan perlu mendapat perhatian semua pihak secara sungguh-sungguh (Depkes RI, 2006). Pembangunan kesehatan juga merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia dalam mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir batin. Bangsa yang maju salah satu cirinya adalah bahwa bangsa tersebut mempunyai derajat kesehatan yang tinggi. Aspek jasmani, kejiwaan, spiritual, kepribadian dan kejuangan harus tercakup dalam pembangunan manusia seutuhnya (Adisasmito , 2007).

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku sehat dan tinggal dalam lingkungan sehat, mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan

merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 1999).

Agar pembangunan kesehatan yaitu menuju Indonesia sehat 2010 dapat dicapai perlu kiranya di susun satu manajemen penyakit berbasis wilayah dengan memperhatikan berbagai variabel atau faktor yang berperan terhadap kejadian suatu penyakit baik pada individu maupun di masyarakat, karena adanya kejadian suatu penyakit selalu dihubungkan dengan berbagai variabel lingkungan dan kependudukan termasuk didalamnya perilaku hidup sehat.

Manajemen pengendalian penyakit berbasis wilayah pada hakikatnya merupakan tata laksana pengendalian penyakit dengan cara mengendalikan berbagai faktor risiko penyakit yang dilaksanakan secara simultan, paripurna, terencana, dan terintegrasi, lebih lanjut dijelaskan bahwa Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah adalah manajemen kasus (penyakit) yang dilakukan secara *terintegrasi* dengan manajemen faktor risiko atau manajemen kesehatan masyarakat dan sebaliknya Achmadi, (2008, Drafft). Untuk menilai apakah manajemen kasus dan manajemen faktor risiko filariasis dilakukan dengan baik dan terintegrasi maka perlu di lakukan *audit* manajemen. Audit manajemen penyakit berbasis wilayah meliputi 2 jenis yaitu audit manajemen kasus dan audit manajemen faktor risiko penyakit yang mencakup perencanaan maupun pelaksanaannya.

Faktor resiko yang dimaksud disini adalah semua variabel yang berperan terhadap timbulnya kejadian suatu penyakit, baik pada individu maupun di masyarakat (Achmadi, 2005).

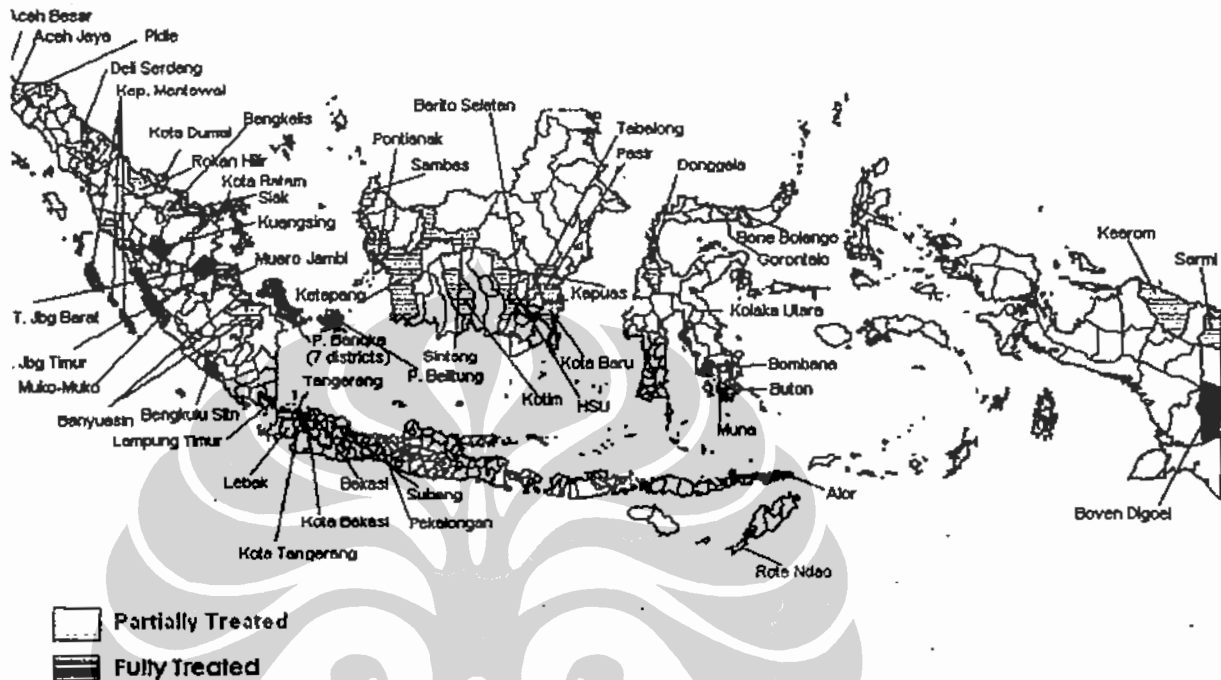
Manajemen penyakit dilaksanakan berdasarkan *evidences* (fakta) yang dikumpulkan secara periodik, sistematis dan terencana dalam satu wilayah yang

dilaksanakan oleh tim yang terpadu. Tim terpadu terdiri dari pimpinan dan atau staf Dinas kesehatan, Dokter di Rumah Sakit atau Puskesmas, Lembaga Swadaya Masyarakat bidang kesehatan, dinas – dinas non kesehatan dilingkungan pemda Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, tokoh Masyarakat, Organisasi kemasyarakatan dan Kader dari warga masyarakat (Tool kit for elimination Filariasis, 2004).

Penerapan paradigma pembangunan kesehatan telah berubah dari yang lebih mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif menjadi paradigma yang bersifat proaktif. Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan dalam jangka panjang yang mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan melalui kesadaran yang tinggi terhadap pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif (Depkes RI, 1999).

Penyakit kaki gajah (Filariasis) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Di perkirakan 1/5 penduduk dunia atau 1,1 milyar penduduk di 83 negara berisiko terinfeksi filariasis, terutama didaerah tropis dan beberapa daerah sub tropis (Depkes RI Dirjen PP & PL, Jakarta 2006)

MDA FILARIASIS TAHUN 2006



Gambar 1.1 Peta Persebaran Filariasis di Indonesia.

Sumber : Subdit, Filariasis & Schistosomiasis, Depkes

Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit kaki gajah tersebut karena cacing penyebabnya dan nyamuk penularnya tersebar luas. Filariasis di beberapa daerah di Indonesia dikenal dengan nama berbeda-beda misalnya sebagai penyakit *Untut* di Jambi dan Kalimantan Barat, penyakit *Tiba* di Sulawesi Tengah. Berdasarkan hasil survei cepat tahun 2000, jumlah penderita kronis yang dilaporkan sebanyak 6.233 orang tersebar di 1.553 desa di 231 kabupaten, 26 Propinsi. Data ini belum menggambarkan keadaan yang sebenarnya karena hanya dilaporkan oleh 42% puskesmas dari 7.221 puskesmas. Tingkat endemisitas filariasis di Indonesia berdasarkan hasil survei darah jari tahun 1999 masih tinggi dengan microfilaria (Mf) rate 3,1%. Berdasarkan survei darah jari pada desa dengan jumlah penderita terbanyak pada tahun 2002 – 2005, terutama di

Sumatera dan Kalimantan, telah teridentifikasi 84 kabupaten/ kota dengan microfilaria (Mf) rate 1% atau lebih (Depkes RI Dirjen PP & PL 2006).

Data tersebut menggambarkan bahwa seluruh daerah di Sumatera dan Kalimantan merupakan daerah endemis filariasis. Kondisi ini diperparah dengan timbulnya berbagai kerusakan lingkungan seperti banyaknya tambak-tambak ikan yang tidak terpelihara, pembabatan hutan sehingga dapat memperluas habitat nyamuk penularnya. Selain itu arus perpindahan masyarakat yang tinggi termasuk pengungsi dari berbagai lokasi yang endemis ke daerah lain yang tidak endemis. Sampai dengan tahun 2004 di Indonesia diperkirakan 6 juta orang terinfeksi filariasis dan di laporkan lebih dari 8.243 diantaranya menderita klinis kronis filariasis terutama dipedesaan (Depkes RI Dirjen PP & PL 2006).

Meskipun filariasis tidak menyebabkan kematian tetapi merupakan salah satu penyebab utama timbulnya kecacatan, kemiskinan, masalah-masalah sosial lainnya. Hal ini disebabkan karena bila terjadi kecacatan menetap maka seumur hidupnya penderita tidak dapat bekerja secara optimal, sehingga dapat menjadi beban keluarganya, merugikan masyarakat dan negara. Serangan akut filariasis pada penderita filariasis sangat menurunkan produktivitas kerja sehingga akhirnya dapat juga merugikan masyarakat.

Hasil penelitian Departemen Kesehatan dan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia tahun 1998, menunjukkan bahwa biaya perawatan yang diperlukan seorang penderita filariasis pertahun lebih kurang 17,8% dari biaya rumah tangga atau 32,3% dari biaya makan keluarga. Terjadinya cacat pada penderita klinis filariasis karena buruknya penatalaksanaan anggota badan yang luka atau mengalami pembengkakan.

Penderita klinis filariasis yang terjangkau pelayanan kesehatan biasanya tidak menunjukkan gejala dan cacat yang berat, oleh karena itu, penderita klinis kronis berat dan cacat berat menetap biasanya merupakan penduduk miskin, terisolir dan tidak terjangkau pelayanan memadai.

Filariasis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Provinsi Jambi. Dan dari hasil survei yang pernah dilakukan sampai dengan tahun 2004 dan laporan kasus klinis kronis tahun 2005 dilaporkan bahwa kasus kronis sudah tersebar di seluruh kabupaten. Berdasarkan survei yang telah dilakukan, telah ditemukan 2 species cacing microfilaria yaitu sebagian besar endemis terhadap *Brugia malayi* dan juga ditemukan *Wucheria bancrofti*. Berdasarkan survei yang pernah dilakukan ternyata terdapat 3 kabupaten endemis Filariasis (mf rate > 1%), yaitu: Kabupaten Muaro Jambi (mf rate = 2,04%), Kabupaten Tanjung Jabung Timur (mf rate = 3,46%), dan Kabupaten Tanjung Jabung Barat (mf rate = 1,53%). Untuk Kabupaten Batang Hari (mf rate = 0,27%) sementara 6 kabupaten / kota lainnya belum pernah dilakukan survey darah jari, sehingga endemisitasnya belum dapat diketahui secara pasti (Dinkes Propinsi Jambi, 2006).

Program *eliminasi filariasis* dilaksanakan atas dasar kesepakatan global WHO tahun 2000 yaitu "*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by year 2020*" yang merupakan realisasi dari resolusi WHO pada tahun 1997. Dalam rangka melaksanakan Komitmen *Global Eliminasi Limfatik Filariasis* di Provinsi Jambi telah dilakukan kegiatan pengobatan massal di 2 (dua) kabupaten endemis Filariasis, yaitu: Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Selain di Indonesia, penyakit kaki gajah terdapat juga diberbagai Negara terutama didaerah tropis dan subtropics seperti India, Banglades, Taiwan, China, Philippina, Afrika, Amerika latin, daerah pasifik, dan negara-negara di Asia tenggara dengan jumlah penderita 120 juta yang tersebar di 83 negara.

Upaya penanggulangan filariasis di tempuh melalui kesepakatan global eliminasi yang dicetuskan melalui resolusi oleh World Health Assembly (WHA) 1997 yaitu "*the elimination of lymphatic filariasis as a public health problem*" ,menindak lanjuti resolusi tersebut, maka pada tahun 2000 WHO mendeklarasikan *the global goal of elimination of lymphatic filariasis as a public problem by 2020*, dan Indonesia merupakan salah satu negara yang menyepakati kesepakatan tersebut dan menetapkan eliminasi filariasis sebagai salah satu program prioritas pemberantasan penyakit menular di Indonesia.

Untuk keberhasilan program ini harus dilakukan berbagai upaya terutama promosi kesehatan secara paripurna (Komprehensif). Kebijakan nasional promosi kesehatan diharapkan dapat berfungsi sebagai acuan bagi penyelenggara kegiatan promosi kesehatan, baik di pusat maupun di daerah. Kebijakan nasional promosi kesehatan juga diharapkan dapat menjadi acuan bagi para penentu kebijakan di Propinsi dan Kabupaten/ Kota dan kebijakan lintas sektor serta pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) lainnya, termasuk unsur-unsur masyarakat, LSM, organisasi profesi, dunia usaha, dll.

Program eliminasi filariasis bertujuan untuk menurunkan prevalensi (Mf-rate) hingga <1 %, melalui pengobatan massal sekali setahun selama 5 (lima) tahun di daerah endemis dan penatalaksanaan kasus klinis, sehingga tidak menjadi

masalah kesehatan lagi. Dalam pelaksanaannya berbagai permasalahan perilaku dapat dijumpai antara lain:

- A. Beberapa pengambil keputusan di daerah belum menyadari kerugian ekonomi akibat filariasis sehingga belum memprioritaskan kegiatan ini, yang mengakibatkan biaya operasional tidak/ kurang mencukupi.
- B. Adanya anggapan dari sebagian masyarakat bahwa penyakit ini disebabkan oleh guna-guna atau kutukan sehingga tidak perlu diobati oleh petugas kesehatan, tetapi masyarakat beralih ke dukun.
- C. Kurangnya partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan dan pengambilan darah pada malam hari.
- D. Adanya efek samping pengobatan menyebabkan masyarakat tidak mau melanjutkan pengobatan sampai tuntas.
- E. Kurangnya peran serta masyarakat dalam mencegah filariasis misalnya dengan cara menghindarkan diri dari gigitan nyamuk, menghilangkan tempat-tempat berkembang biak nyamuk dan memeriksakan diri ke puskesmas bila ada tanda-tanda filariasis.

Untuk melakukan manajemen pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan secara terintegrasi di setiap wilayah Kabupaten atau Kota sebagai wilayah otonom, diperlukan sebuah model manajemen dalam hal ini manajemen filariasis berbasis wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur. Dalam model pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan terpadu berbasis wilayah Kabupaten atau Kota, yang menjadi titik sentral adalah Manajer Bidang Kesehatan Kabupaten (Kepala Dinas Kesehatan

dibantu oleh para Kasubdin, khususnya Kasubdin P2M & PL) dengan menggunakan fakta informasi yang diperoleh dari survailans epidemiologi (Achmadi, 2005).

Berdasarkan informasi yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur, belum pernah melakukan penelitian tentang manajemen filariasis berbasis wilayah. Melihat kondisi ini maka peneliti tertarik untuk mendapatkan informasi mendalam tentang bagaimana manajemen filariasi berbasis wilayah di lakukan di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi tahun 2008.

1.2. Rumusan masalah

Di ketahui bahwa filariasis masih merupakan masalah kesehatan di Propinsi Jambi yang terkait dengan beberapa faktor, dalam hal ini akan dibahas mengenai manajemen penduduk yang berada didaerah endemis filariasis termasuk manajemen kasus klinis Filariasis dan manajemen faktor risiko filariasis apakah dilakukan dengan baik atau tidak atau dilakukan secara terintegrasi atau tidak. (Achmadi, 2008 drafft) menjelaskan Audit Manajemen penyakit berbasis wilayah adalah proses sistematis, periodik dan atau sewaktu, yang dilakukan untuk mengukur kinerja suatu kegiatan dibandingkan dengan standard dan tujuan yang telah ditetapkan untuk menemukan adanya penyimpangan atau kekurangan dan mencari penyebabnya sehingga dapat segera dilakukan perbaikan.

1.3. Pertanyaan penelitian

Pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana Tatalaksana Penduduk di daerah endemis filariasis termasuk kasus klinis filariasis dilaksanakan di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur?
2. Bagaimana Tatalaksana Faktor risiko filariasis
3. Apakah Tatalaksana kasus klinis dan tatalaksana faktor risiko dilaksanakan dengan baik atau tidak, secara terintegrasi atau tidak?
4. Bandingkan pelaksanaan Manajemen Filariasis berbasis Wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan umum.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui informasi yang mendalam tentang pelaksanaan manajemen filariasis berbasis wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi mulai dari tingkat Kabupaten, kecamatan hingga tingkat desa apakah terintegrasi atau tidak dan apakah dilakukan dengan baik atau tidak.

1.4.2. Tujuan khusus

1. Diketuinya Tatalaksana Penduduk didaerah endemis filariasis termasuk kasus klinis filariasis dilaksanakan di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan hingga tingkat desa.

2. Diketuainya Tatalaksana Faktor risiko filariasis di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan hingga tingkat desa.
3. Diketuainya pelaksanaan tatalaksana penduduk didaerah endemis filariasis, kasus klinis filarisis dan tatalaksana faktor risiko dilaksanakan dengan baik atau tidak dan secara terintegrasi atau tidak.
4. Diketuainya gambaran keberhasilan pelaksanaan manajemen filariasis berbasis Wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur.

1.5. Manfaat penelitian

1. Untuk Kabupaten Muaro Jambi.

- 1.1. Di tingkat Kabupaten yaitu sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan dan penganggaran dana dalam hal penanggulangan filariasis.
- 1.2. Di Tingkat Kecamatan Sebagai bahan pertimbangan untuk mempersiapkan keperluan untuk pelaksanaan manajemen filariasis pada masa yang akan datang
- 1.3. Di Masyarakat sebagai bekal pengetahuan untuk bisa terhindar dari penularan filariasis

2. Untuk Kabupaten Tanjung Jabung Timur

- 2.1. Di tingkat Kabupaten yaitu sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan dan penganggaran dana dalam hal penanggulangan filariasis.

2.2. Di Tingkat Kecamatan Sebagai bahan pertimbangan untuk mempersiapkan keperluan untuk pelaksanaan manajemen filariasis pada masa yang akan datang

2.3. Di Masyarakat sebagai bekal pengetahuan untuk bisa terhindar dari penularan filariasis

3. Bagi Mahasiswa dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

4. Bagi para peneliti sebagai acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut

1.6. Ruang lingkup

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April dan di kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur yang merupakan daerah endemis dengan Mf rate berturut turut 2,04% dan 3,46% (Dinkes Propinsi Jambi, 2006). Penelitian ini menggunakan pendekatan Kualitatif dengan metode wawancara mendalam untuk mengumpulkan data primer untuk mengkaji hubungan antara manajemen penduduk yang berada didaerah endemis filariasis termasuk manajemen kasus klinis Filariasis dan manajemen faktor risiko filariasis yang meliputi upaya penegakan diagnosa, pengobatan, rujukan, perawatan untuk kesembuhan dan menghindari kecacatan. Kemudian penanggulangan simpul 1, 2, 3 dan 4.

Wawancara dilakukan terhadap 30 orang informan yang terdiri para pengambil keputusan dan pengambil kebijakan dari Unsur pemerintah (Eksekutif dan Legislatif) dan elemen masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian filariasis

Penyakit kaki gajah (Filariasis) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh sejenis cacing filaria yang hidup didalam saluran dan kelenjar getah bening dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk (Depkes RI, 1999). Filariasis disebabkan oleh 3 spesies cacing filaria, yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Filariasis ini dari kelas *Phasmodia*, ordo *spirurida*, superfamily *Filarioidea*, family *filariidea*, dari genera *Wuchereria bancrofti* dan dari genera *Brugia* yaitu *Brugia malayi* dan *Brugia timori* (Byong Seo Seo, 1978).

2.1.1. Epidemiologi

Penyakit kaki gajah (filariasis) secara epidemiologis disebabkan oleh 3 spesies cacing filaria yaitu filariasis yang disebabkan oleh cacing nematode *Wuchereria bancrofti* disebut *Filariasis bancrofti*, endemis disebagian besar wilayah dunia pada daerah dengan kelembaban cukup tinggi, termasuk Amerika (titik penyebarannya di Brazil, Suriname, Guyana, Haiti, Republik Dominika dan Costarika), Afrika, Asia dan kepulauan Pasifik (Michael, 2001).

Penyakit ini tersebar di wilayah Indonesia dan dibeberapa daerah dengan tingkat endemisitas yang tinggi. Penyakit ini tersebar luas di dataran rendah dan di daerah perbukitan yang rendah, lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan yaitu di

daerah pantai, daerah pedalaman, daerah persawahan, daerah rawa dan daerah hutan (Depkes RI, 2002).

Kebanyakan keberadaannya di daerah perkotaan seperti di Jakarta, Bekasi, Tangerang, Semarang, Pekalongan dan sekitarnya dengan kondisi ideal untuk berkembang biakan nyamuk sedangkan didaerah pedesaan diluar Jawa tersebar luas terutama di papua. Untuk kedua tipe ini bersifat *nokturna* (*microfilaria* ditemukan dalam darah pada malam hari). Filariasis yang disebabkan oleh cacing nematode *Brugia malayi* disebut *filariasis malayi* atau *Filariasis brugia* dan ditemukan endemis dipedesaan di India, Asia tenggara, daerah pantai utara China dan Korea selatan keberadaannya banyak di daerah persawahan yang bersifat periodik nokturna, sedangkan yang berada dirawa bersifat subperiodik nokturna, sedangkan yang di hutan bersifat non periodik dimana mikrofilaria ditemukan dalam darah tepi baik malam maupun siang hari. Filariasis yang disebabkan oleh cacing nematode *Brugia timori* disebut juga *filariasis Brugia* bersifat periodik *nokturna* dan ditemukan di Indonesia yaitu di Daerah Nusa Tenggara Timur, Maluku Tenggara, Timor-Timor atau bagian daerah lain di Indonesia (Depkes, 2002).

2.1.2. Gejala klinis

Gejala klinis filariasis biasanya disebabkan oleh cacing dewasa, yang masih hidup . Berdasarkan penyebab dan gejala klinis, filariasis dibagi 2 macam yaitu:

1. Filariasis yang disebabkan oleh cacing filaria dewasa dengan gejala klinis

Demam yang tinggi 3-5 hari, Linfadenitis, limfangitis retrograde.

2. Occult filariasis yang disebabkan oleh microfilaria terjadi karena penghancuran microfilaria yang berlebihan oleh sistem kekebalan didalam tubuh penderita, akibat hipersensitifitas terhadap antigen microfilaria dapat ditandai dengan gejala adanya Eosinofilia, peningkatan IgE pada serum, kelainan klinik menahun disertai pembengkakan kelenjar limfe dan gejala asma bronchiale (WHO, 1987).

Secara umum pada tahap awal (akut) terjadi demam berulang 1-2 kali atau lebih setiap bulan selam 3-4 hari terutama bila bekerja berat disertai timbul benjolan yang terasa nyeri pada lipat paha atau ketiak (sekelan). Benjolan tersebut lama kelamaan dapat menjadi abses yang bisa pecah dan meninggalkan jaringan parut. Gejala lain yaitu penebalan saluran limfe disertai tanda peradangan mulai dari pangkal paha atau ketiak yang berjalan kearah ujung kaki atau tangan. Pada tahap selanjutnya apabila tidak mendapat pengobatan yang sempurna akan terjadi pembesaran pada kaki, lengan, payudara, buah jakar (*scrotum*) dan alat kelamin wanita yang pada awalnya hilang timbul serta lama-kelamaan meninggalkan cacat yang menetap (Dreyer, 2002).

Perjalanan filariasis dapat dipengaruhi oleh kerentanan individu terhadap parasit, seringnya digigit nyamuk, banyaknya larva infeksiif yang masuk kedalam tubuh dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur.

Ada beberapa jenis filariasis yang dikenal yaitu:

a) Filariasis bancrofti

Pada stadium awal perjalanan filariasis dapat terjadi demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah yang diakibatkan oleh alergi terhadap metabolik cacing, demam tinggi dapat ditemukan bila terjadi *Orkhitis*, *epididimitis*, *funikulitis*.

Iritasi oleh cacing filarial dewasa dalam saluran limfe menyebabkan peradangan pada saluran limfe (*limfangitis*) yang sifatnya ringan dan limfadenitis. Stadium lanjut *Filariasis bancrofti*, terjadi hidrokela atau pembesaran skrotum yang berisi cairan limfe dan paling sering ditemukan di daerah endemis *Wuchereria bancrofti* yang dapat menjadi indikator *endemitas filariasis bancrofti* (WHO, 1984).

Ada beberapa manifestasi klinis yang dapat terjadi pada daerah endemis *Filariasis bancrofti* yaitu orang tersebut terpapar namun tetap asimtomatik dan parasitnya negatif, orang yang asimtomatik dengan mikrofilaremia sebagai sumber penular filariasis. Penderita dengan tanda-tanda klinis kronis termasuk hidrokela, kiluria dan elephantiasis pada anggota badan, payudara dan alat kelaminnya dan memiliki mikrofilaria sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali.

Orang dengan *sindrom tropical pulmonary eosinophilia* dengan gejala *paroxymal nocturnal asma*, penyakit paru-paru interstitial kronis, demam berulang yang ringan, peningkatan eosinophilia dan penurunan jumlah mikrofilaria dalam jaringan paru dan dalam aliran darah atau *Occult filariasis* (WHO, 1984).

b) Filariasis malayi dan filariasis timori

Pada stadium dini gejala klinis sama dengan Filariasis bancrofti kecuali pada reaksi radang akut disertai demam tinggi, sakit kepala lemah dan sifatnya berat serta sering berulang (*filarial fever*) sehingga sangat sering mengganggu aktifitas sehari-hari. Limfangitis pada filariasis ini bersifat retrograde limfangitis yang parah yaitu mulai dari kelenjar turun kedaerah tepi dan lebih sering terjadi pada kaki bagian lutut kebawah dibanding lengan bawah (Depkes, 2002).

Peradangan ini sering berlanjut menjadi abses yang dapat pecah dan mengeluarkan cairan jernih (cairan limfe) atau nanah atau darah yang jika sembuh akan meninggalkan jaringan parut.

Stadium lanjut yaitu limfedema atau elephantiasis yang timbul sering menyerang bagian tungkai dibawah lutut atau siku sehingga lutut atau siku kelihatan normal, dan limfedema/ elephantiasis pada infeksi *Brugia malayi* biasanya tidak seberat infeksi *Wuchereria bancrofti* (Beaver, 1984).

Manifestasi klinis yang lain dapat terjadi tanpa menunjukkan microfilaria dalam darah (*Occult filariasis*) dari beberapa kasus yang ditemukan pada Tentara Amerika selama perang dunia II, microfilaria ditemukan hanya pada 10-15 orang dari pemeriksaan darah yang dilakukan berulang-ulang. Infeksi ini ditandai dengan *eosinophilia* yang sangat jelas terkadang disertai gejala pada paru (*tropical pulmonary eosinophilia syndrome*) (Beaver, 1984).

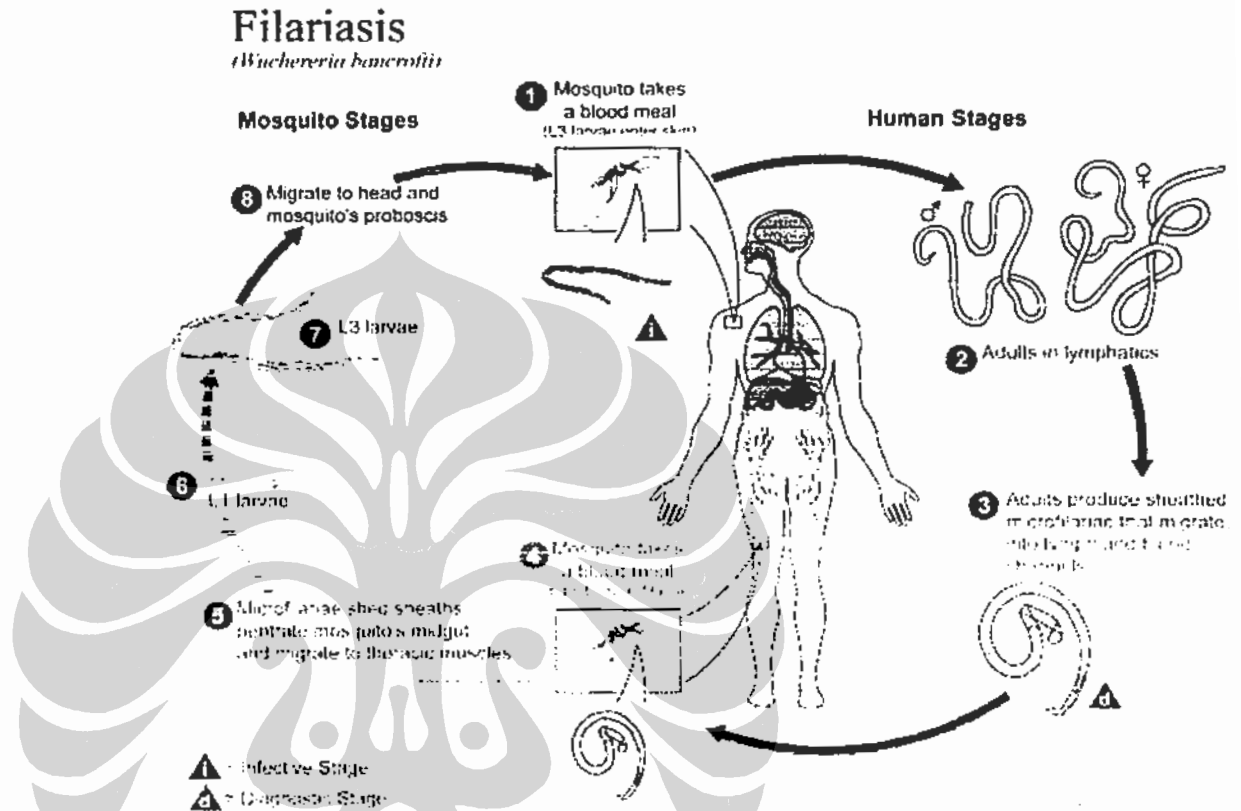
c) Mikrofilaria asimptomatik

Pada penderita filaria asimptomatik dalam saluran limfena sudah ada cacing dewasa dan microfilaria ada dalam darah tepi, namun belum memperlihatkan tanda atau gejala klinis akut. Secara epidemiologi merupakan jumlah penderita terbanyak ditemukan di daerah endemis daripada penderita dengan gejala akut/ kronis. Pada kondisi seperti ini perlu penanganan segera (penemuan kasus dan pengobatan) karena kasus ini potensial untuk berkembang menjadi kasus akut atau kronis (*high risk developing diseases*) dan sebagai sumber infeksi (Depkes, 2001).

2.1.3. Siklus penularan filariasis

Pada nyamuk betina, microfilaria yang masuk akan melakukan penetrasi pada dinding lambung dan berkembang dalam otot thorak hingga menjadi larva infeksius dimana bila nyamuk tersebut menggigit manusia atau reservoir hospes dapat menyebabkan filariasis.

Siklus penularan dapat dari binatang ke binatang, dari manusia ke manusia atau dari manusia ke binatang. Siklus penularan filariasis terdiri dari 2 tahap yaitu tahap perkembangan dalam tubuh nyamuk (*vector*) saat nyamuk menghisap darah penderita (*mikrofilaremia*) dan beberapa saat setelah berada dalam lambung nyamuk, microfilaria menuju rongga dada dan selanjutnya ke jaringan otot thoraks, didalam jaringan otot thoraks larva stadium 1 (L1) berkembang menjadi larva stadium 2 (L2) dan selanjutnya berkembang menjadi larva stadium 3 (L3) yang infeksius (Dreyer, 2002).



Gambar 2.1 Siklus penularan filariasis.

Sumber : Beaver (1984), *Clinical Parasitology*

Waktu untuk perkembangan dari L1 menjadi L3 untuk *Wuchereria Bancrofti* antara 10-14 hari, *Brugia malayi* dan *Brugia timori* antara 7-10 hari. *Microfilaria* stadium L3 bergerak menuju proboscis nyamuk dan akan dipindahkan ke manusia (*hospes defenitif*) dan ke binatang (*hospes reservoir*). *Microfilaria* di dalam nyamuk tidak mengalami perkembang biakan (*Clinical Parasitology*) Beaver, 1984.

Tahap perkembangan dalam tubuh manusia yaitu hospes dan reservoir. Didalam tubuh manusia L3 akan menuju system limfe dan selanjutnya tumbuh menjadi cacing dewasa jantan dan betina.

Melalui kopulasi, cacing betina menghasilkan microfilaria yang beredar dalam darah secara periodic. Perkembangan L3 menjadi cacing dewasa dan menghasilkan cacing microfilaria untuk *Wuchereria bancrofti* selama 9 bulan dan untuk *Brugia malayi* dan *Brugia timori* selama 3 bulan. Perkembangan seperti ini terjadi pula pada binatang lutung dan kucing (Joesoef, 1978).

2.1.4. Agen microfilaria

Untuk membedakan jenis parasit filaria dibedakan dari ukuran panjang, lebar, rupa dan tanda-tanda lain dari microfilaria antara lain sebagai berikut (Partono, 1976).

a) *Wuchereria bancrofti*.

Microfilaria ini panjangnya berkisar antara 244-296 um, lebar 7,5-10 um, mempunyai sarung, panjang kepala sama dengan lebar kepala, intinya tersusun teratur dan ekornya tidak mengandung inti, sarung microfilaria biasanya tidak mengambil zat warna pada pewarnaan giemsa, lekuk-lekuk microfilaria biasanya halus.

b) *Brugia malayi*

Microfilaria ini panjangnya berkisar antara 177-230 um, mempunyai sarung dan panjang kepala sama dengan 2 kali lebar kepala, intinya berkelompok dan susunannya tidak teratur, ekornya mempunyai 2 inti tambahan, sarung microfilaria berwarna merah pada pewarnaan giemsa, lekuk-lekuk microfilaria biasanya tajam dan patah-patah.

c) *Brugia timori*

Microfilaria ini panjangnya berkisar antara 265-323 um (rata-rata 287 um) mempunyai sarung, panjang kepala sama dengan 3 kali lebar kepala,

ekornya mempunyai 2 inti tambahan yang ukurannya lebih kecil dari inti-inti lainnya dan letaknya berjauhan. Sarungnya tidak mengambil zat warna pada pewarnaan giemsa, ukurannya lebih panjang dari mikrofilaria *Brugia malayi*.

2.1.5. Vektor (nyamuk) dan morfologinya

Nyamuk termasuk kelas insekta, *ordo diptera* dan *famili culicidae*. *Famili culicidae* di bagi menjadi 3 tribus yaitu *tribus Anophelini (Anopheles)*, *tribus Culicini (Culex, Aedes, Mansonia)* dan *tribus toxorhynchitini (Toxorhynchitis)*. Di Indonesia telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari *genus Anopheles, Culex, Mansonia* dan *Armigeres* yang dapat berperan sebagai vektor penular filariasis. Nyamuk tersebut tersebar luas di seluruh tanah air sesuai dengan keadaan lingkungan fisik dan biologik sebagai habitatnya seperti daerah persawahan, rawa, hutan dan air limbah.

Morfologi nyamuk *anophelini* berbeda jika dibandingkan dengan *Culicini*, pada nyamuk *anophelini* palpusnya sama panjang dengan probosis, sedangkan pada *Culicini* palpus lebih pendek dari probosisnya. Bentuk sayap pada *anophelini* adalah sisik sayap berkelompok membentuk gambar belang berwarna hitam putih, sedangkan sayap pada *culicini* sisip sayapnya ada yang lebar dan *asymetris* yaitu pada *mansonia* dan ada yang sempit dan panjang yaitu pada *Aedes* dan *Culex*.



Gambar 2.2 Nyamuk dari jenis anophelini.

Sumber : Beaver (1984), Clinical Parasitology.

Pada *Culex Quinquefasciatus* telah diketahui dari banyak penelitian baik secara eksperimental maupun alami adalah merupakan vektor utama *filariasis bancrofti* di daerah perkotaan. Peranan *Culex Quenquefasciatus* sebagai vektor *filariasis bancrofti* menurut Rusen, (1955) kurang efisien karena 40% mikrofilaria tidak dapat berkembang menjadi larva infeksi. Walaupun kurang efisien sebagai penular *filariasis Bancrofti*, *Culex quenquefasciatus* tetap potensial karena jumlah (*density*) sangat banyak, sehingga masih tetap dapat mempertahankan infeksi dalam suatu daerah endemis, hal ini didukung oleh perilaku berkembang biak dan daur hidupnya.

2.2. Manajemen penyakit berbasis wilayah

Manajemen adalah proses operasional untuk mencapai tujuan organisasi dengan terlebih dahulu melakukan analisis informasi, fakta atau *evidences*.

Dalam bidang kesehatan, manajemen kejadian penyakit merupakan fungsi organisasi Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota, dalam hal ini pelaksanaannya adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Lembaga Pemerintah non Kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat, Tokoh Masyarakat dll.

Sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010, tujuan jangka panjang yang harus dicapai oleh setiap wilayah Kabupaten/ Kota adalah masyarakat hidup dalam lingkungan yang sehat, memiliki perilaku hidup yang sehat, bebas penularan penyakit, serta akses kepada pelayanan kesehatan terpenuhi secara adil, merata dan berkualitas (Depkes RI, 2006).

Dengan demikian, salah satu tujuan pemerintah Kabupaten/ Kota yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan adalah membebaskan penduduk dari penularan atau transmisi penyakit dengan cara menghilangkan sumber penyakit, melakukan penyehatan lingkungan, dan meningkatkan perilaku hidup sehat serta memberikan upaya kekebalan terhadap serangan penyakit. Selain itu Dinas Kesehatan juga harus memiliki kemampuan perencanaan yang baik, berdasarkan fakta atau informasi yang diperoleh dari survailens. Serta memiliki kemampuan melaksanakan pengendalian penyakit dengan baik, maupun faktor risiko, yaitu faktor yang berperan timbulnya kejadian penyakit.

Seorang Kepala Dinas Kesehatan memiliki tanggung jawab terhadap derajat kesehatan penduduk di wilayahnya, baik yang sehat maupun yang menderita sakit. Untuk itu, seorang Kepala Dinas Kesehatan akan melakukan tindakan yang disebut sebagai Manajemen Kesehatan atau Manajemen Penyakit pada wilayah tanggung jawabnya. Atau yang kita kenal dengan sebutan manajemen penyakit berbasis wilayah (Achmadi, 2005).

Manajemen penyakit berbasis wilayah pada hakikatnya adalah manajemen penyakit yang dilakukan secara komprehensif dengan serangkaian upaya antara lain:

2.2.1. Penatalaksanaan kasus klinis filariasis (*case factor management*)

Yaitu melakukan suatu penatalaksanaan kasus dengan baik mulai dari upaya menegakkan diagnosa penyakit, patogenesis, gejala klinis, penentuan stadium limfedema serta pengobatan dan penyembuhan.

a. Patogenesis

Perkembangan klinis filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringnya mendapat gigitan nyamuk, banyaknya larva inektif yang masuk kedalam tubuh dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur. Secara umum perkembangan klinis filariasis dapat dibagi menjadi fase dini dan fase lanjut. Pada fase dini timbul gejala klinis akut karena infeksi cacing dewasa bersama-sama dengan infeksi oleh bakteri dan jamur. Pada fase lanjut terjadi kerusakan saluran dan kelenjar limfe, kerusakan katup saluran limfe, termasuk kerusakan limfe kecil yang terdapat di kulit.

Pada dasarnya perkembangan klinis disebabkan oleh cacing filaria dewasa yang tinggal dalam saluran limfe bukan penyumbatan (*obstruksi*) sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik seperti berikut:

- 1) Penimbunan cairan limfe, menyebabkan aliran limfe menjadi lambat dan tekanan hidrostatiknya meningkat, sehingga cairan limfe masuk ke jaringan menimbulkan edema jaringan. Adanya edema jaringan akan meningkatkan kerentanan kulit terhadap

infeksi bakteri dan jamur yang masuk melalui luka-luka kecil maupun besar

- 2) Terganggunya pengangkutan bakteri dari kulit atau jaringan melalui saluran limfe ke kelenjar limfe, akibatnya bakteri tidak dapat dihancurkan (*fagositosis*) oleh sel Reticulo Endothelial System (RES).
- 3) Ketidakmampuan kelenjar limfe menyaring bakteri yang masuk kedalam kulit terjadi serangan akut.
- 4) Infeksi bakteri berulang menyebabkan serangan akut berulang (*reccurent acut attack*)
- 5) Kerusakan sistem limfatik, termasuk kerusakan saluran limfe kecil yang ada dikulit dan jaringan ke kelenjar limfe sehingga dapat terjadi limfedema.
- 6) Serangan akut berulang oleh bakteri atau jamur akan menyebabkan penebalan dan pengerasan kulit, hiperpigmentasi, hiperkeratosis dan peningkatan pembentukan jaringan ikat (*fibrose tissue formation*) sehingga terjadi peningkatan stadium limfedema, dimana pembengkakan yang semula terjadi hilang timbul (*pitting*) akan menjadi pembengkakan menetap (*non pitting*)

b. Gejala klinis

Depkes RI, (2006) menguraikan gejala klinis filariasis seperti di bawah ini yaitu gejala klinis akut dan kronis. Pada dasarnya gejala

klinis yang disebabkan oleh infeksi *W. bancrofti*, *B. malayi* dan *B.*
Manajemen filariasis..., Jepang Manurung, FKM UI, 2008

timori adalah sama. Tetapi gejala klinis akut tampak lebih jelas dan lebih berat pada infeksi oleh *B. malayi* dan *B. timori*. Infeksi *W. bancrofti* dapat menyebabkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin, tetapi infeksi oleh *B. malayi* dan *B. timori* tidak menimbulkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin.

1) Gejala klinis akut.

Gejala klinis akut berupa limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis yang disertai demam, sakit kepala, rasa lemah dan timbulnya abses.

2) Gejala klinis kronis.

- Limfedema dimana terjadi pembengkakan seluruh kaki, seluruh lengan, skrotum, penis, vulva vagina dan payudara
- Lymph scrotum dimana terjadi pelebaran saluran limfe superfisial pada kulit scrotum kadang pada kulit penis.
- Kiluria yaitu terjadinya kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah di ginjal (*pelvis renal*)
- Hidrokel yaitu pelebaran kantung buah zakar karena terkumpulnya cairan limfe didalam tunica vaginalis testis

c. **Penentuan Stadium Limfedema**

Limfedema terbagi dalam 7 stadium (tabel 2.1) berdasarkan hilang tidaknya bengkak, ada tidaknya lipatan kulit, ada tidaknya benjolan (*nodul*), gambaran seperti lumut (*mossy foot*) serta adanya

hambatan dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari. Penentuan Manajemen filariasis..., Jepang Manurung, FKM UI, 2008

stadium ini penting bagi petugas kesehatan sehingga dapat memberikan informasi dan perawatan yang tepat kepada penderita.

Penentuan stadium limfedema mengikuti kriteria sebagai berikut:

- 1) Penentuan stadium limfedema terpisah antara anggota tubuh bagian kiri dan kanan, lengan dan tungkai
- 2) Penentuan stadium limfedema lengan (atas, bawah) atau tungkai (atas, bawah) dalam satu sisi, dibuat dalam stadium limfedema.
- 3) Penentuan stadium limfedema berpihak pada tanda stadium yang terberat.
- 4) Penentuan stadium limfedema di buat 30 hari setelah serangan akut sembuh
- 5) Penentuan stadium limfedema dibuat sebelum dan sesudah pengobatan dan penatalaksanaan kasus.

Tabel 2.1 Stadium limfedema

No	Gejala	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 5	Stadium 6	Stadium 7
1	Bengkak di kaki	Menghilang waktu bangun pagi	Menetap	Menetap	Menetap	Menetap meluas	Menetap meluas	Menetap Meluas
2	Lipatan Kulit	Tidak ada	Tidak ada	dangkal	dangkal	Dalam kadang dangkal	Dangkal, dalam	Dangkal, dalam
3	Nodul	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Kadang-kadang	Kadang-kadang	Kadang-kadang
4	Mossy Lesson *	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Kadang-kadang
5	Hambatan berat	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya

(Sumber: Depkes RI Dirjen PP & PL, 2006).

d. Pengobatan dan penyembuhan

Pengobatan massal filariasis dilaksanakan dengan menggunakan obat (DEC) Diethylcarbamazine Citrate dan Albendazole yang terbukti efektif dalam memutus rantai penularan pada daerah yang endemis filariasis (Depkes RI, 2006).

Obat DEC sejak dulu di kenal sebagai obat filariasis terpilih yang dapat membunuh mikrofilaria dan cacing dewasa sedangkan Albendazole adalah obat yang baru digunakan untuk eliminasi filariasis. Obat ini biasa digunakan sebagai obat cacing usus. Obat lain yang digunakan adalah obat untuk penanggulangan kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis yaitu Parasetamol, Antasida, Deksametason, Injeksi Kortison.

1) Obat yang digunakan untuk pengobatan filariasis.

a) Diethylcarbamazine Citrate (DEC).

Indikasi

(i) DEC bersama Albendazole digunakan untuk mengontrol limfatik filariasis, dapat menurunkan mikrofilaria dengan baik selama setahun. Pemberian sekali setahun selama 4-6 tahun bertujuan untuk mempertahankan kadar mikrofilaria dalam darah tetap rendah sehingga tidak memungkinkan terjadinya penularan. Periode pengobatan ini diperhitungkan dengan masa subur cacing dewasa.

Mekanisme Kerja

(ii) Terhadap Mikrofilaria

Melumpuhkan otot mikrofilaria, sehingga tidak dapat bertahan ditempat hidupnya, kemudian mengubah komposisi dinding mikrofilaria menjadi lebih mudah dihancurkan oleh sistem pertahanan tubuh.

(iii) Terhadap Makrofilaria

Menyebabkan matinya sebagian cacing dewasa, tetapi mekanismenya belum jelas, lalu cacing dewasa yang masih hidup dapat di hambat untuk memproduksi mikrofilaria selama 9-12 bulan.

Dosis

Tabel 2.2 Dosis DEC berdasarkan dosis umur

Umur (Tahun)	DEC (Tablet 100mg)
2 – 5	1
6 – 14	2
>14	3

Sumber : Depkes RI Dirjen PP & PL Pedoman penanggulangan kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis, 2007.

Absorbsi dan Ekskresi

Absorbsi dalam saluran cerna terjadi dengan cepat dan diekskresikan melalui saluran kemih dalam waktu 48 jam.

Didalam plasma kadarnya mencapai puncak dalam 1- 2 jam

sesudah dosis oral tunggal, dan waktu paruh dalam plasma bervariasi mulai dari 2 - 10 jam.

Toksisitas dan efek samping

(iv) Kejadian ikutan dapat berupa mual, sakit kepala, demam, mengantuk, nafsu makan berkurang, urtikaria dan muntah-muntah juga alergi ringan sampai berat sebagai akibat dari matinya cacing filaria yang menandakan berhasilnya pengobatan.

Perhatian khusus

(v) Jangan diberikan pada orang yang sedang sakit, usia kurang 2 tahun, ibu hamil dan menyusui

b). Albendazole

Indikasi

(i) Albendazole meningkatkan efek DEC dalam membunuh mikrofilaria serta melemahkan makrofilaria serta digunakan secara luas sebagai obat cacing usus.

Dosis

Tabel 2.3 Dosis Albendazole berdasarkan umur.

Umur (Tahun)	Albendazole (Tablet 400 mg)
2 - 5	1
6 - 14	1
>14	1

Sumber : Depkes RI Dirjen PP & PL Pedoman penanggulangan kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis, 2007

Absorpsi dan Ekskresi

Penyerapan Albendazole akan lebih baik sesudah makan dengan waktu paruh yang bervariasi yaitu 4 – 15 jam.

Toksisitas dan Efek samping

1. Efek samping dapat berupa mual, nyeri ulu hati, pusing, sakit kepala, diare, keluar cacing, demam, lemas dan asma.

Perhatian Khusus

2. Tidak bisa diberikan kepada pasien sirosis hepatic, anak dibawah 2 tahun dan wanita hamil.

Obat Pada semua kasus klinis filariasis di daerah endemis maupun non endemis diberikan DEC 3x1 tablet 100 mg selama 10 hari dan parasetamol 3x1 tablet 500 mg dalam 3 hari pertama untuk orang dewasa. Dosis anak disesuaikan dengan berat badan. Tetapi harus menjadi perhatian bahwa pada kasus klinis kronis yang sedang mengalami serangan akut harus diobati terlebih dahulu gejala akutnya dengan obat-obat simptomatik seperti obat demam, penghilang rasa sakit atau antibiotik apabila ada infeksi sekunder.

- a) Bila penderita berada di daerah endemis maka pada tahun berikutnya diikuti sertakan dalam pengobatan massal dengan DEC, Albendazole dan parasetamol sekali setahun minimal 5 tahun secara berturut-turut.
- b) Bila penderita berada di daerah non endemis pemberian DEC dengan dosis 3x 100 mg selama 10 hari sudah cukup. Langkah selanjutnya adalah kebersihan dan perawatan diri.

2.2.2. Penatalaksanaan faktor risiko (risk factor management)

Manajemen faktor risiko penyakit filaria merupakan bagian tak terpisahkan dari manajemen secara komprehensif dan paripurna dan pemberdayaan masyarakat adalah menjadi kunci keberhasilan dalam program tersebut.

Beberapa hal dalam kegiatan manajemen faktor risiko diuraikan dalam teori simpul sebagai berikut: (Achmadi UF,2005)

2.2.2.1. Simpul 1 : sumber penyakit

Sumber penyakit adalah titik yang secara konstan mengeluarkan atau mengemisikan agent penyakit. Agent penyakit adalah komponen lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan penyakit melalui kontak secara langsung atau melalui media perantara (yang juga komponen lingkungan). Berbagai agent penyakit sebagian telah diidentifisir dan dapat dikelompokkan dalam 3 kelompok besar. Yaitu:

- a) Mikroba seperti virus, amuba, jamur, bakteri, parasit dan lainnya.
- b) Kelompok fisik, misalnya kekuatan radiasi, energi kebisingan, kekuatan cahaya
- c) Kelompok bahan kimia toksik, misalnya pestisida,mercuri, cadmuim,CO dan lainnya.

Sumber penyakit adalah sumber yang secara konstan maupun kadang-kadang mengeluarkan satu atau lebih berbagai komponen lingkungan hidup tersebut diatas. Penyakit menular adalah penyakit yang umumnya disebabkan oleh mikroba yang dapat dipindahkan secara langsung maupun melalui perantaraan binatang, dan bisa bersumber dari penderita penyakit menular itu sendiri, misalnya sumber penyakit disentri, Malaria, Filariasis, TBC, HIV/AIDS.

Sementara sumber penyakit menular bisa juga berupa binatang yang merupakan *reservoir*, yaitu binatang hidup tempat berkembang biaknya bibit penyakit, tetapi binatang bersangkutan tidak menderita sakit (Ahmadi, 2005)

2.2.2.2. Simpul 2: Media transmisi penyakit.

Komponen lingkungan yang dapat memindahkan agent penyakit pada hakikatnya ada 5 komponen lingkungan yang dikenal sebagai media transmisi penyakit, yaitu:

3. Udara
4. Air
5. Tanah/ pangan
6. Binatang/ serangga
7. Manusia/ langsung

Media transmisi tidak akan memiliki potensi penyakit kalau didalamnya tidak mengandung bibit penyakit atau agent penyakit.

Penyebaran filariasis melalui gigitan nyamuk yang menggigit penderita filariasis, kemudian nyamuk tersebut memindahkan Filariasis ke orang sehat melalui gigitan nyamuk tersebut. Sebenarnya penyebaran filaria tidak akan terjadi bila tidak ada penderita filariasis. Demikian pula kalau terdapat ratusan penderita filariasis, tetapi kalau tidak ada seekor nyamuk penularnya, maka tidak akan terjadi persebaran

2.2.2.3. Simpul 3: perilaku pemajanan

Agent penyakit, dengan atau tanpa menumpang komponen lingkungan lain, masuk kedalam tubuh melalui satu proses yang kita kenal sebagai proses interaktif.

Hubungan interaktif antara komponen lingkungan dengan penduduk berikut perilakunya, dapat diukur dalam konsep yang disebut sebagai perilaku pemajanan atau behavioural exposure.

Perilaku pemajanan adalah jumlah kontak antara manusia dengan komponen lingkungan yang mengandung potensi bahaya penyakit. Misalnya ukuran *man bite hour* untuk mengukur gigitan nyamuk. Jadi jumlah kontak pada setiap orang berbeda satu sama lain. Ada orang yang mengkonsumsi air yang tercemar logam berat dalam jumlah besar, ada juga dalam jumlah kecil. Semua ditentukan oleh perilaku masing-masing orang yang dipengaruhi oleh pendidikan, pengetahuan dan lainnya.

Ada 3 jalan atau *route of entry* dari agent penyakit kedalam tubuh yaitu:

- 1) Sistem pernafasan
- 2) Sistem pencernaan
- 3) Kontak kulit.

Apabila kita kesulitan mengukur besaran agent penyakit, maka diukur dengan cara tidak langsung yang disebut sebagai tanda biologi (*Biomarker*) misalnya jumlah mikrofilaria pada sediaan dalam darah dalam pemeriksaan darah jari.

Pengukuran simpul 3 juga dapat diukur dengan cara mengukur kandungan agent penyakit yang bersangkutan atau metabolitnya. Atau bisa juga mengukur secara tidak langsung derajat perlawanannya (antibody) terhadap agent penyakit bersangkutan.

2.2.2.4. Simpul 4 : penyakit

Penyakit sebagai *outcome* hubungan interaktif yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan. Seseorang dikatakan sakit kalau salah satu maupun bersama

mengalami kelainan dibandingkan rata-rata penduduk lainnya. Untuk menetapkan seseorang mengidap penyakit tertentu, untuk manajemen penyakit berbasis wilayah dapat mengacu kepada nilai-nilai biologi seperti ditemukannya mikrofilaria di dalam sediaan darah jari dan lainnya.

2.2.3. Manajemen kependudukan didaerah endemis.

Penting mengetahui demografi suatu daerah yang akan ditangani manajemen filariasisnya seperti:

Tingkat pendidikan masyarakat di Kabupaten Muaro Jambi 18 % tidak pernah sekolah, 32 % tidak tamat SD, 26 % tamat SMP dan 12 % tamat SMU sederajat dan 8 % pendidikan perguruan tinggi, 4 % lain-lain (BPS Muaro Jambi 2006)

Kabupaten Tanjung Jabung Timur 54 % tidak tamat SD, 26 tamat SMP, 10 tamat SMA sederajat dan 7 perguruan tinggi, 3 lain-lain. Penelitian yang dilakukan oleh Zalbawi, Sunanti dan Erwan (2005) menyatakan Orang dengan tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah SD, SMP) 3,4 kali lebih besar risiko terinfeksi filariasis di bandingkan yang berpendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi).

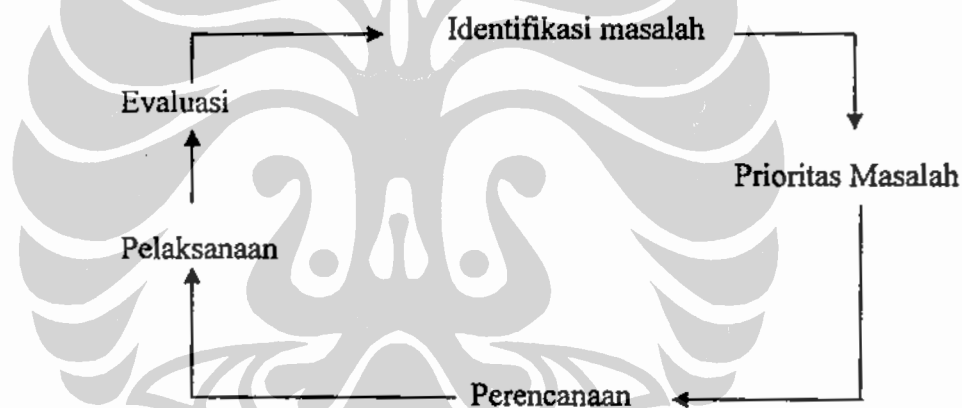
Seperti telah diuraikan diatas bahwa manajemen itu adalah suatu seni mengatur orang lain dalam mencapai tujuan-tujuan organisasi atau unit pelayanan.

Jadi dari berbagai pendapat para ahli dapat ditarik kesimpulan bahwa fungsi manajemen secara umum seperti dibawah ini:

- 1) Perencanaan kesehatan (Planning).

Merupakan inti kegiatan manajemen, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan tersebut. Dengan

perencanaan itu memungkinkan para pengambil keputusan untuk menggunakan sumber daya mereka secara berhasil guna dan berdaya guna. Yaitu dimulai dari Identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah, Perencanaan pemecahan masalah, Implementasi (pelaksanaan pemecahan masalah) dan evaluasi. Dari evaluasi tersebut akan muncul masalah-masalah baru, kemudian dari masalah-masalah tersebut dipilih prioritas masalah, dan selanjutnya kembali ke siklus semula (Notoatmodjo.S, 2007).



Tabel 2.4 Proses perencanaan
 Sumber: Notoatmodjo, Proses Perencanaan, 2007)

3. Pengorganisasian (Organizing)

Setelah perencanaan telah dilakukan atau telah selesai maka selanjutnya harus dilakukan pengorganisasian yaitu mengatur personel atau staf yang ada dalam institusi tersebut.

3. Penyusunan personalia (Staffing) struktur organisasi

Di bagian ini digambarkan atau diuraikan organisasi dan sekaligus staf atau personel yang akan melaksanakan kegiatan-kegiatan atau

program tersebut. Juga disana diuraikan tugas atau (job description) masing-masing staf.

4. Pengkoordinasian (Coordinating)
5. Penyusunan anggaran (Budgeting)

Penyusunan anggaran perlu dilakukan untuk menguraikan secara rinci biaya-biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari persiapan sampai dengan evaluasi. Rencana rincian biaya dialokasikan terhadap beberapa biaya antara lain: biaya personalia, biaya operasional, biaya sarana dan fasilitas, dan biaya penilaian.

6. Waktu (Timely)

waktu yang ditetapkan dalam perencanaan adalah sangat tergantung dengan jenis perencanaan yang dibuat serta kegiatan-kegiatan yang ditetapkan dalam rangka mencapai tujuan

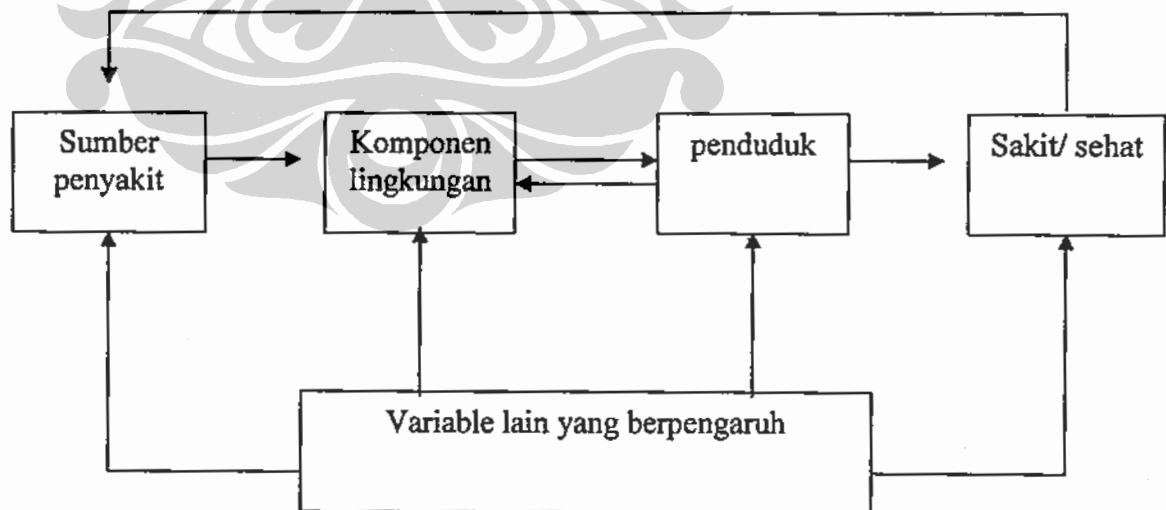
2.3. Keterpaduan lintas program dan lintas sektoral

Di dalam manajemen penyakit berbasis wilayah diperlukan rangkaian keterpaduan atau keselarasan baik lintas program maupun lintas sektoral. Secara teoritis, yaitu mengintegrasikan antara pengendalian faktor risiko penyakit yakni variabel kependudukan, (perilaku) dengan lingkungan yang memiliki potensi bahaya penyakit, serta manajemen kasus atau penderita atau sumber penyakitnya. Dengan demikian, maka manajemen penyakit harus dilaksanakan secara komprehensif, dan selaras dengan program-program penyuluhan untuk pemberdayaan masyarakat di bidang perbaikan perilaku hidup sehat dengan penyehatan lingkungan terhadap penyakit tersebut.

Apabila masalahnya adalah filariasis yang akan dikendalikan, upaya promotif dan penyehatan lingkungannya juga ditujukan untuk upaya pemberantasan malaria. Manajemen penyakit secara terpadu berbasis wilayah, harus pula mengacu kepada teori simpul. Dimana hubungan interaktif antara manusia serta perilakunya dengan komponen lingkungan yang memiliki potensi bahaya penyakit juga dikenal sebagai proses kejadian penyakit. Proses kejadian penyakit dapat pula disebut sebagai patogenesis penyakit, dan tiap penyakit memiliki patogenesis sendiri-sendiri. Dengan mempelajari patogenesis penyakit, kita dapat menentukan pada titik mana atau disimpul mana kita bisa melakukan pencegahan. Tanpa memahami patogenesis atau proses kejadian penyakit, kita tidak dapat melakukan pencegahan.

Diagram dibawah ini menggambarkan proses kejadian penyakit.

Gambar 2.3 Diagram Skematik Patogenesis Penyakit.



Sumber : Ahmadi UF, Manajemen penyakit berbasis wilayah, 2005

Untuk melakukan manajemen pemberantasan penyakit menular (filariasis) dan penyehatan lingkungan secara terintegrasi disetiap wilayah kabupaten atau kota sebagai wilayah otonom, diperlukan sebuah model manajemen. Yaitu kepala dinas

kesehatan dibantu oleh para kasubdin, khususnya kasubdin P2M & PL sebagai manajer kesehatan, mengendalikan penyakit menular (filariasis) secara komprehensif dengan menggunakan fakta informasi yang diperoleh dari survailans epidemiologi.

2.4. Monitoring dan evaluasi program kesehatan

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (Feed back) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. tanpa adanya monitoring dan evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan atau belum. Monitoring adalah kegiatan untuk memantau proses atau jalannya suatu program atau kegiatan. Sedangkan Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai hasil suatu program atau kegiatan.

Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap tiga hal, yakni evaluasi terhadap proses pelaksanaan program, evaluasi terhadap hasil program, dan evaluasi terhadap dampak program.

- a) Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program, yang menyangkut penggunaan sumber daya, sumber tenaga, dana, dan fasilitas lain.
- b) Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, yakni sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya, meningkatnya pendeteksian dini kejadian filariasis, banyaknya jumlah pasien yang memeriksakan darah jari pada malam hari.

kesehatan dibantu oleh para kasubdin, khususnya kasubdin P2M & PL sebagai manajer kesehatan, mengendalikan penyakit menular (filariasis) secara komprehensif dengan menggunakan fakta informasi yang diperoleh dari survailans epidemiologi.

2.4. Monitoring dan evaluasi program kesehatan

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (Feed back) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. tanpa adanya monitoring dan evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan atau belum. Monitoring adalah kegiatan untuk memantau proses atau jalannya suatu program atau kegiatan. Sedangkan Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai hasil suatu program atau kegiatan.

Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap tiga hal, yakni evaluasi terhadap proses pelaksanaan program, evaluasi terhadap hasil program, dan evaluasi terhadap dampak program.

- a) Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program, yang menyangkut penggunaan sumber daya, sumber tenaga, dana, dan fasilitas lain.
- b) Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, yakni sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya, meningkatnya pendeteksian dini kejadian filariasis, banyaknya jumlah pasien yang memeriksakan darah jari pada malam hari.

BAB 3

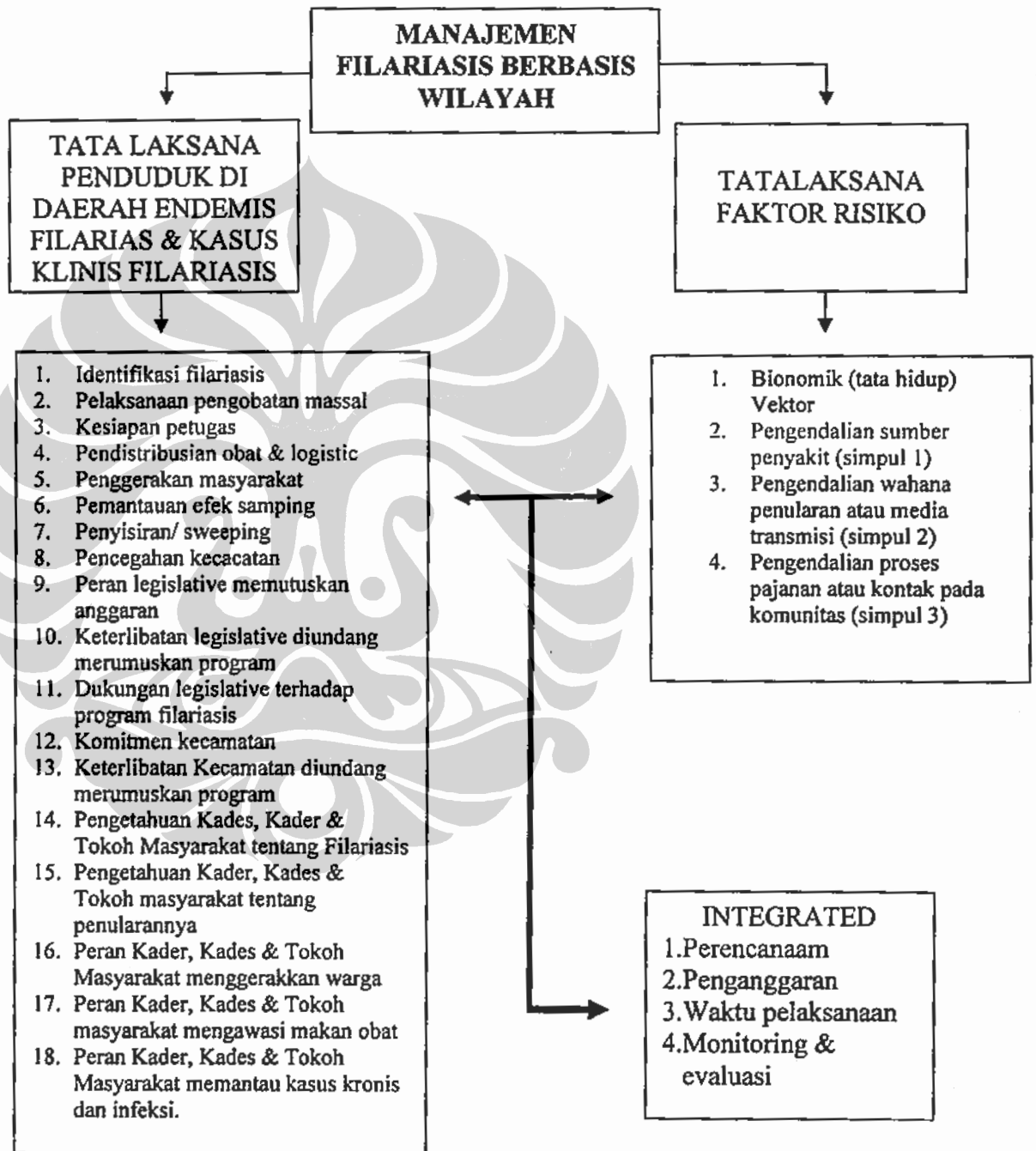
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya yaitu bahwa manajemen penyakit berbasis wilayah adalah manajemen penduduk di daerah endemis filariasis dan kasus klinis yang dilakukan secara *terintegrasi* dengan manajemen faktor risiko atau manajemen kesehatan masyarakat dan menilai apakah manajemen penduduk di daerah endemis, kasus klinis dan manajemen faktor risiko penyakit filariasis itu dilakukan dengan baik atau tidak atau dilakukan secara *terintegratif* atau tidak, perlu dilakukan *audit kegiatan*. Dengan demikian pengertian audit manajemen penyakit berbasis wilayah meliputi 2 jenis audit, yakni audit manajemen penduduk di daerah endemis, kasus klinis dan audit manajemen faktor risiko filariasis. Dan yang paling penting juga adalah apakah ada upaya integratif diantara keduanya atau tidak, baik perencanaan maupun pelaksanaannya (Acmadi U.F, 2008) dalam draft. Berikut kerangka konsep digambarkan pada gambar 3.1.

Penelitian ini akan mengaudit tatalaksana penduduk di daerah endemis, kasus klinis dan tatalaksana faktor risiko yang dilaksanakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, DPRD (komisi yang membidangi kesehatan), Kepala pemerintahan setingkat kecamatan, Kepala Puskesmas, Kepala desa, Kader desa dan Tokoh masyarakat.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

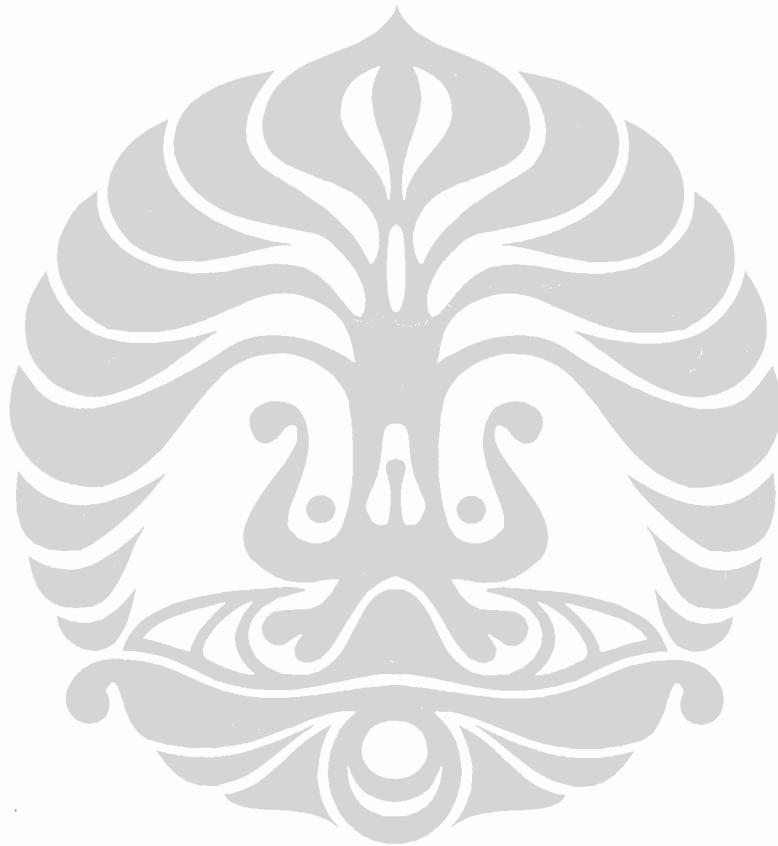


3.2. Defenisi Istilah

Defenisi istilah dari kerangka konsep diatas adalah :

1. Manajemen Filariasis berbasis wilayah adalah Proses perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan monitoring berdasarkan fakta (evidence based) dengan melakukan intervensi pada penduduk di daerah endemis filariasis yang merupakan penduduk yang ada dalam risiko tertular filariasis termasuk kasus kilinis filariasis yang dilakukan secara simultan dan komprehensif dalam satu wilayah.
2. Tata laksana penduduk di daerah endemisfilariasis Kasus klinis Filariasis adalah kondisi sosiodemografi dan upaya penegakan diagnosa, pengobatan, perawatan untuk mencegah atau mengurangi kecacatan.
3. Tatalaksana faktor risiko adalah Semua variabel yang berperan pada kejadian penyakit pada kelompok masyarakat dengan melihat bagaimana pengendalian simpul 1, bagaimana pengendalian simpul 2, serta bagaimana pengendalian simpul 3 yakni semua atribut atau variabel kependudukan
4. Perencanaan adalah Kegiatan manajemen yang digunakan untuk memecahkan masalah dengan mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas dan lainnya untuk mendapat hasil yang maksimal.
5. Penganggaran adalah Suatu kegiatan Manajemen untuk memprediksi besaran biaya yang dibutuhkan untuk melakukan suatu kegiatan baik Operasional maupun
6. Waktu Pelaksanaan adalah Waktu yang dialokasikan untuk melaksanakan kegiatan.

7. Monitoring dan Evaluasi adalah Suatu Kegiatan Manajemen untuk melihat pencapaian kinerja dan mencari solusi untuk di ujicoba lagi pada kegiatan berikutnya



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif, dengan berbagai alasan yaitu alasan konseptual bahwa penelitian ini memberikan informasi yang mendalam tentang pelaksanaan manajemen filariasis yang diteliti, sehingga dapat memberikan pemahaman yang mendalam dan memungkinkan diperolehnya hal-hal yang tersirat (*insight*) mengenai pelaksanaan manajemen filariasis, disamping alasan praktis lainnya yaitu biaya murah, waktu singkat, rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung (Kresno, 2000 dan Krianto, 2005).

Hasil dari wawancara mendalam ini merupakan data primer, pengumpulan data sekunder dilakukan sebelum dilakukan wawancara mendalam dengan tujuan agar semua dokumen-dokumen atau data-data yang berkaitan dengan penelitian dapat dianalisis.

Penelitian kualitatif lebih menekankan perhatian pada proses, bukan hasil atau produk (Cresswell, 2003). Penelitian kualitatif tidak mementingkan besarnya populasi bahkan sangat terbatas, lebih ditekankan kedalaman (kualitas) data, bukan banyaknya (kuantitas). Sifat lebih subjektif dan hasilnya lebih kausatif bukan untuk digeneralisasikan (Hariwijaya, 2007).

4.2. Cara Pengumpulan Data, lokasi dan waktu penelitian

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan dua macam kegiatan yang dilakukan secara bersama, yaitu data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap responden/ informan dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, dan melakukan pengumpulan data sekunder melalui penelaahan dokumen-dokumen atau data-data yang berhubungan dengan filariasis.

Wawancara mendalam dilakukan kepada informan dengan bantuan pedoman wawancara yang telah dibuat dan dilakukan dengan memperhatikan faktor situasional dan kondisional dari informan agar terdapat saling percaya dan pengertian antara informan dengan pewawancara yang bertujuan untuk meminimalisasi potensi bias dari penelitian ini. Dokumen-dokumen atau data-data yang dikumpulkan yang merupakan data sekunder sebagai bahan untuk menggali informasi yang berkaitan dengan penelitian antara lain data filariasis tahun 2006 sampai dengan 2007.

Penelitian ini dilakukan bulan April 2008 di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi dengan melihat rangking berdasarkan banyaknya kasus dan penderita tertinggi setiap tahunnya, dari rangking yang ada diambil sampel kabupaten yang terbanyak kasusnya dalam satu Dinas Kesehatan, sehingga sekaligus terpilih 2 (dua) kabupaten di Propinsi Jambi, yaitu Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur.

4.4. Sumber informasi

4.4.1. Prinsip Pemilihan Informan

Pada penelitian kualitatif, prinsip pemilihan informan ini menurut proses penilaian cepat yaitu sebagai berikut:

1. Kesesuaian (*appropriateness*) yaitu informan dipilih berdasarkan kemampuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian. Apabila belum mempunyai gambaran tentang siapa yang harus dipilih sebagai informan, maka peneliti mencari informan kunci (*key informan*), selanjutnya melalui informan kunci dapat dinyatakan informan selanjutnya sehingga informasi yang diperoleh dapat mencukupi kebutuhan penelitian.
2. Kecukupan (*adequacy*). Data yang diperoleh dari informan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Dengan adanya variasi kategori dapat di harapkan informasi yang dikumpulkan akan bervariasi, sehingga dapat diperoleh gambaran dan fenomena yang sesungguhnya. Dalam penelitian ini jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama, akan tetapi kelengkapan data yang dipentingkan (FKM UI dan CIMU, 2000)

Kabupaten Muaro Jambi yang berjarak 38 km dari Propinsi Jambi dengan 7 Kecamatan yang merupakan pemekaran dari Kabupaten Batang Hari tersebar mulai dari Perbatasan Kota Jambi hingga paling ujung Pantai Barat Propinsi Jambi. Untuk memenuhi kriteria pemilihan sampel maka peneliti mengambil 1 kecamatan

di Kota Muaro Jambi dan Kota Jambi dan 1 lagi paling ujung Pantai Barat pantai Jambi.

Kabupaten Tanjung Jabung Timur yang berjarak 158 km arah Timur dari Propinsi Jambi merupakan pemekaran Tanjung Jabung menjadi Tanjung Jabung Barat dan Tanjung Jabung Timur dengan 11 Kecamatan tersebar mulai dari sebelah Utara dan Timur yaitu laut Cina dan sebelah Selatan dengan Kabupaten Muaro Jambi dan Propinsi Sumatera Selatan. Untuk memenuhi kriteria pemilihan sampel maka peneliti mengambil kecamatan di pusat Kota dan kecamatan kearah Muara Sungai menuju Laut.

4.4.2. Informan Terpilih

Penelitian ini menggunakan informan yang berfungsi sebagai sumber untuk mendapat data dan informasi. Informan tersebut terdiri dari pejabat-pejabat struktural yaitu Kepala Dinas Kesehatan, Dewan Legislatif (komisi yang membidangi kesehatan), Kepala pemerintah setingkat Camat, Kepala Puskesmas, Kepala Desa, Bidan Desa, Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat beserta elemen masyarakat.

Tabel 4.1 Informan kualitatif yang dilakukan wawancara mendalam (InDeep Interview)

Jabatan/ Pekerjaan	Unit Kerja	Metode	Jumlah Informan
Kepala Dinas Kesehatan	Kabupaten	Wawancara mendalam	2
Ketua komisi A Anggota komisi C	Dewan Legislatif	Wawancara Mendalam	2
Kepala Pemerintah setingkat Kecamatan	Camat	Wawancara Mendalam	5
Kepala Puskesmas	Puskesmas	Wawancara Mendalam	5
Kepala Desa	Desa	Wawancara mendalam	4
Bidan Desa	Pustu & Polindes	Wawancara mendalam	4
Kader Kesehatan	Masyarakat	Wawancara mendalam	4
Tokoh Masyarakat	Masyarakat	Wawancara mendalam	4

4.5. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah: pedoman wawancara mendalam (*In Deep Interview*) untuk semua informan. Dimana diharapkan akan diperoleh semua informasi yang dibutuhkan sehingga mencapai validitas dan realibilitas yang adekuat, dengan instrumen yang dibuat oleh peneliti sendiri (Moleong, 2004). Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan bantuan *tape recorder* sebagai alat perekam untuk dokumentasi hasil wawancara.

Pada saat dilakukan wawancara juga perlu diperhatikan faktor-faktor subjektif yang dapat mempengaruhi hasil wawancara, antara lain; kesiapan

pewawancara, situasi wawancara, kemauan dan kemampuan responden/ informan, dan isi dari pedoman wawancara (Bachtiar, 2005)

4.6. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam (*In Deep Interview*) terhadap sumber informasi yaitu Kepala Dinas Kesehatan, Dewan Legislatif, Kepala Pemerintahan setingkat Camat, Kepala Puskesmas, Kepala Desa, Bidan Desa, Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat serta elemen masyarakat.

Pedoman pertanyaan yang sudah disusun yaitu:

Tatalaksana penduduk di daerah endemis filariasis dan kasus klinis filariasis, meliputi :

1. Cara mengidentifikasi filaria (menegakkan diagnosa)
2. Pelaksanaan pengobatan massal (MDA)
3. Kesiapan petugas dilapangan
4. Pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan
5. Penggerakan masyarakat pada tingkat desa
6. Pemantauan efek samping
7. Penyisiran/ sweeping terhadap orang yang tidak minum obat
8. pencegahan kecacatan
9. Peran legislatif memutus anggaran bagi sektor kesehatan pada dinas kesehatan

10. Keterlibatan legislatif di undang merumuskan program filariasis
11. dukungan legislatif terhadap program filariasis
12. Komitmen kecamatan terhadap program pengobatan massal filariasis
13. Keterlibatan Kecamatan di undang merumuskan program
14. Pengetahuan kades. Kader dan tokoh masyarakat tentang filariasis
15. Pengetahuan kader, kades dan tokoh masyarakat tentang penularannya
16. Peran kader, kades dan tokoh masyarakat menggerakkan warga
17. Peran kader, kades dan tokoh masyarakat mengawasi makan obat
18. Peran kader, kades dan tokoh masyarakat memantau kasus kronis dan infeksi

Tatalaksana faktor risiko filariasis meliputi:

1. Tempat perindukan nyamuk penular filariasis
2. Pengendalian sumber penyakit (simpul 1)
3. Pengendalian wahana penularan atau media Transmisi (simpul 2)
4. Proses pajanan atau (kontak) pada komunitas (simpul 3)

Pengintegrasian yaitu pengintegrasian dalam perencanaan, alokasi waktu, penganggaran dana serta monitoring & evaluasi.

Dari susunan pertanyaan diatas diharapkan hasil pengumpulan data dapat mendeskripsikan mengenai pelaksanaan manajemen Filariasis di dua kabupaten endemis Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur di Propinsi Jambi dengan memperhatikan faktor situasional dan kondisional dari informan agar terdapat

saling percaya dan pengertian antara informan dan pewawancara yang bertujuan untuk meminimalisasi potensi bias dalam penelitian ini.

Data sekunder diambil dari laporan bulanan, laporan triwulan, laporan semester, dan laporan tahunan dari survailens epidemiologi (pemegang program filariasis) 2006-2007 serta data-data grafik yang terpampang di tiap-tiap puskesmas atau Dinas Kesehatan. Data sekunder pada penelitian ini dipakai untuk melengkapi data-data tambahan yang diperlukan dalam penelitian ini, juga untuk mengecek ulang data primer yang diperoleh dari wawancara mendalam.

4.7. Pengolahan dan Analisa data

Meskipun prosedur dan hasil akhir dari analisa data kualitatif berbeda dengan kuantitatif, tapi pada prinsipnya tidak begitu berbeda, langkah-langkah dalam pengolahan dan analisis data seperti di bawah ini:

4.7.1. Pengolahan data

Pengolahan data primer dilakukan dengan langkah:

- 1 Mengatur atau membuat urutan data, dalam hubungannya dengan tujuan penelitian
- 2 Kategorisasi atau memberikan tanda pada data yang mempunyai karakteristik atau pola yang sama
- 3 Mengajukan ringkasan data dalam bentuk matriks/ tabel untuk memberikan gambaran yang lebih jelas antara variabel-variabel tertentu
- 4 Mengidentifikasi persamaan, perbedaan dan kecenderungan antara variabel dengan melaksanakan interpretasi data.

5. Membuat transkrip rekaman hasil wawancara mendalam segera setelah wawancara.

Pengolahan data sekunder dilakukan dengan menganalisa dokumen-dokumen atau data-data bulanan, triwulan, semester atau tahunan untuk mendapatkan informasi tentang kecenderungan penyakit filariasis.

4.7.2. Analisa data

Setelah dilakukan pengolahan data lalu dilakukan analisis data. Analisis data yang dilakukan adalah analisis isi atau *content analysis* yaitu suatu teknik mengumpulkan dan menghimpun data dan kemudian dilakukan analisa terhadap hasil data yang diperoleh tersebut (Newman, 2000) dan data tersebut dianalisa secara deskriptif analitik.

4.8. Validasi Data

Validasi /pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi yang meliputi:

1. **Triangulasi Sumber**

Menggunakan sumber berupa informan yang berbeda dengan maksud untuk melakukan cross check data, misalnya menggali informasi dari kepala seksi filariasis atau bahkan masyarakat dibandingkan informasi dari kepala Dinas Kesehatan.

2. **Triangulasi Metode**

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data yaitu dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan melakukan telaah

- 5 Membuat transkrip rekaman hasil wawancara mendalam segera setelah wawancara.

Pengolahan data sekunder dilakukan dengan menganalisa dokumen-dokumen atau data-data bulanan, triwulan, semester atau tahunan untuk mendapatkan informasi tentang kecenderungan penyakit filariasis.

4.7.2. Analisa data

Setelah dilakukan pengolahan data lalu dilakukan analisis data. Analisis data yang dilakukan adalah analisis isi atau *content analysis* yaitu suatu teknik mengumpulkan dan menghimpun data dan kemudian dilakukan analisa terhadap hasil data yang diperoleh tersebut (Newman, 2000) dan data tersebut dianalisa secara deskriptif analitik.

4.8. Validasi Data

Validasi /pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi yang meliputi:

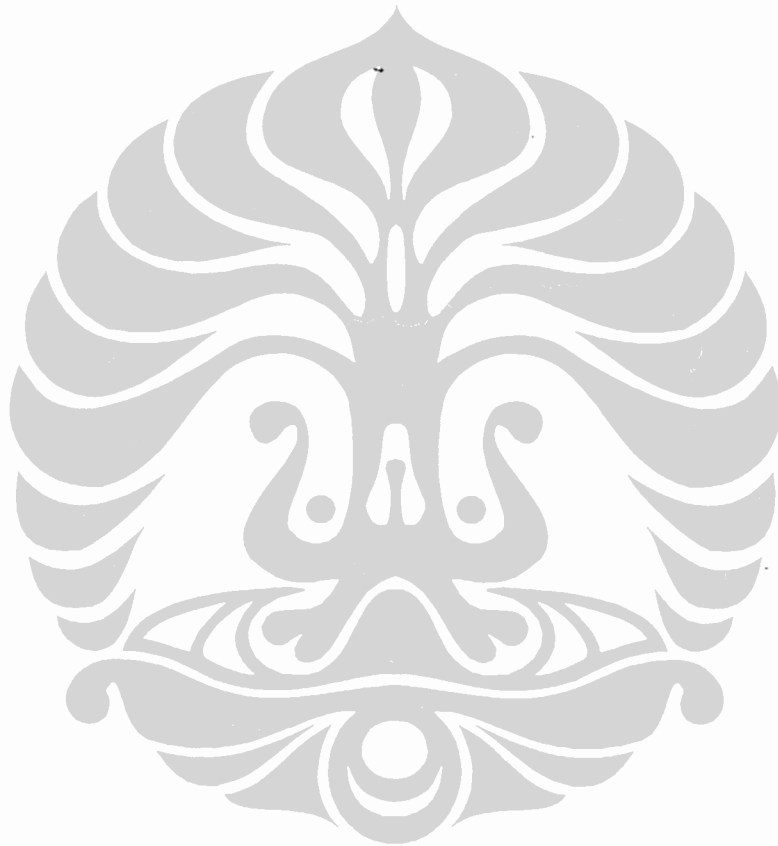
1. **Triangulasi Sumber**

Menggunakan sumber berupa informan yang berbeda dengan maksud untuk melakukan cross check data, misalnya menggali informasi dari kepala seksi filariasis atau bahkan masyarakat dibandingkan informasi dari kepala Dinas Kesehatan.

2. **Triangulasi Metode**

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data yaitu dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan melakukan telaah

dokument-dokumen pendukung lainnya yang berhubungan dengan penelitian.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data sekunder dan data primer, data sekunder diperoleh melalui dokumen-dokumen daerah yang kemudian dilakukan telaah dokumen. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan yang telah ditentukan. Penelitian dilakukan di 2 (dua) kabupaten yaitu Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

5.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam rangka mendapatkan data yang valid, maka penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dan Triangulasi metode. Triangulasi sumber dan triangulasi metode diperoleh dari Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Komisi yang membidangi Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kasubdin P2MPL, Kepala Seksi Filaria, Kepala Puskesmas, Camat, Kepala Desa, Bidan Desa, Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat yang dibagi dalam 2 (dua) Kabupaten yaitu Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Pada penelitian ini peneliti tidak dapat melakukan FGD karena kesibukan dan keterbatasan waktu yang dimiliki oleh para informan sehingga peneliti memutuskan untuk mendapatkan sumber data dengan cara wawancara saja.

Dalam pelaksanaan penelitian ini penulis telah melakukan upaya-upaya untuk menjaga kualitas hasil penelitian, namun dalam penelitian kualitatif ini sangat tergantung dari subjektivitas informan, dimana terdapat unsur kehati-hatian informan dalam memberikan jawaban, khususnya jawaban yang bersifat politis.

5.2. Gambaran Umum Kabupaten Penelitian

5.2.1. Kabupaten Muaro Jambi

Kabupaten Muaro Jambi adalah salah satu Pemerintahan Tingkat II yang terdapat di Propinsi Jambi dengan jarak Ibukota Kabupaten dengan Propinsi Jambi 38 km yang merupakan hasil Pemekaran dari Kabupaten Batang Hari. Secara geografis kabupaten Muaro Jambi terletak di antara $1^{\circ}15'$ - $1^{\circ}20'$ Lintang Selatan dan diantara $103^{\circ}10'$ - $104^{\circ}20'$ Bujur Timur dengan luas wilayah 5.246 km². Secara administratif Kabupaten Muaro Jambi berbatasan dengan :

1. Sebelah Utara Kabupaten Tanjung jabung Timur
2. Sebelah Selatan KabupatenTanjung Jabung Timur
3. Sebelah Timur Propinsi Sumatera Selatan
4. Sebelah Barat Kabupaten Batang Hari dan Tanjung Jabung Barat

Kabupaten Muaro Jambi terdiri dari 7 Kecamatan dan terdiri dari 4 kelurahan dan 126 desa dan 2 Unit Pemukiman Transmigrasi (UPT) dengan jumlah penduduk 294.408 orang yang terdiri dari 153.951 orang laki-laki dan 140.457 orang perempuan dengan tingkat kepadatan penduduk berkisar 56 orang / km². Rata rata Laju Pertumbuhan Penduduk adalah 0,92 % pertahun.

Sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan rakyat sekaligus meningkatkan sumber daya Manusia Kabupaten Muaro Jambi memiliki fasilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari satu buah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) tipe C, Puskesmas 17 buah Puskesmas Pembantu 43 buah Puskesmas keliling 14 buah, Polindes 40 buah Rasio dokter terhadap jumlah penduduk menunjukkan satu dokter berbanding 5.888 orang penduduk.

Bidang pendidikan kabupaten Muaro Jambi memiliki sekolah baik negeri maupun swasta yang terdiri dari TK sebanyak 33 buah, SD sebanyak 280 buah, SLTP sebanyak 32 buah SLTA 20 buah pendidikan setingkat Perguruan tinggi 1 buah.

Tabel 5.1 Banyaknya penduduk Kabupaten Muaro Jambi menurut kecamatan dan jenis kelamin tahun 2006

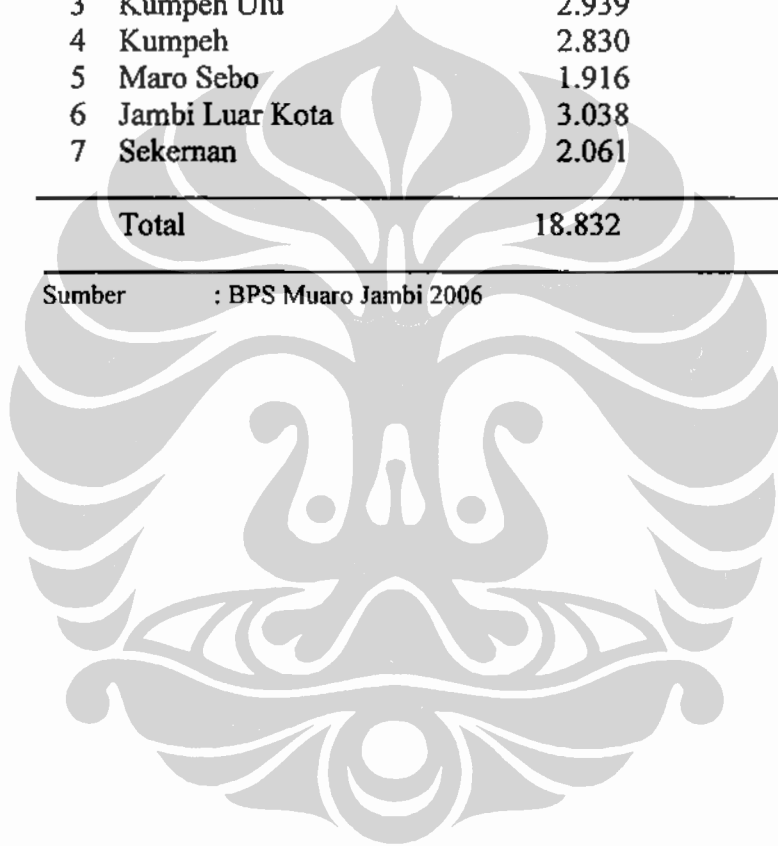
Kecamatan (1)	Laki-laki (2)	Perempuan (3)	Jumlah (4)
1 Mestong	23.273	21.472	44.476
2 Sungai Bahar	25.442	21.825	47.268
3 Kumpeh Ulu	31.657	28.682	60.339
4 Kumpeh	11.739	11.087	22.826
5 Maro Sebo	14.684	13.865	28.549
6 Jambi Luar Kota	29.310	27.517	56.827
7 Sekernan	17.845	16.009	33.854
Total	153.951	140.457	294.408

Sumber : BPS Kabupaten Muaro Jambi 2006

Tabel 5.2 Banyaknya Keluarga Miskin menurut Kecamatan di kabupaten Muaro Jambi tahun 2006

Kecamatan (1)	Keluarga Miskin (2)	Persentase (3)
1 Mestong	3.383	18,0
2 Sungai Bahar	2.665	14,
3 Kumpeh Ulu	2.939	15,6
4 Kumpeh	2.830	15,0
5 Maro Sebo	1.916	10,2
6 Jambi Luar Kota	3.038	16,1
7 Sekernan	2.061	10,9
Total	18.832	100,0 %

Sumber : BPS Muaro Jambi 2006



Tabel 5.3 Banyaknya Tenaga Kesehatan dirinci menurut bidang kesehatan tahun 2006

Tenaga Kesehatan (1)	Tahun 2006 (2)
1 Pasca Sarjana (Kes Mas)	5
2 Dokter Umum	50
3 Dokter gigi	13
4 Farmasi/ Apoteker	3
5 Sarjana (Kes Mas)	15
6 Asisten Apoteker	17
7 Bidan	159
8 Akper	51
9 SPPH/ Sanitasi	14
10 Perawat	83
11 APK-TS	25
12 AKZI	5
13 AKFIS	-
14 SPRG	27
15 SPAG	6
16 LCPK	15
Total	488

Sumber: BPS Muaro Jambi 2006.

5.2.2. Kabupaten Tanjung Jabung Timur

Kabupaten Tanjung Jabung Timur adalah merupakan hasil Pemekaran dari Kabupaten Tanjung Jabung yang berjarak sekitar 158 Km dari Ibukota Propinsi Jambi. Secara geografis kabupaten Tanjung Jabung Timur terletak di antara $0^{\circ}53'1''$ - $1^{\circ}41'1''$ Lintang Selatan dan diantara $103^{\circ}23'1''$ - $104^{\circ}31'1''$ Bujur Timur dengan luas wilayah 5.445 km^2

Secara administratif Kabupaten Tanjung Jabung Timur berbatasan dengan :

1. Sebelah Utara Laut China Selatan
2. Sebelah Selatan Kabupaten Muaro Jambi dan Propinsi Sumatera Selatan
3. Sebelah Timur Laut China Selatan
4. Sebelah Barat Kabupaten Tanjung Jabung Barat dan Propinsi Sumatera Selatan

Kabupaten Tanjung Jabung Timur terdiri dari 11 Kecamatan dan terdiri dari 20 kelurahan dan 73 desa dengan jumlah penduduk 210.821 orang yang terdiri dari 106.722 orang laki-laki dan 104.099 orang perempuan dengan tingkat kepadatan penduduk berkisar 39 orang / Km². Rata rata Laju Pertumbuhan Penduduk adalah 1,10% pertahun

Sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan rakyat sekaligus meningkatkan sumber daya Manusia Kabupaten Tanjung Jabung Timur memiliki fasilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari satu buah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) tipe C, Puskesmas 26 buah, Puskesmas Pembantu 65 buah Puskesmas keliling 14 buah, Polindes 38 buah. Rasio dokter terhadap jumlah penduduk menunjukkan satu orang dokter berbanding 4.685 orang penduduk.

Bidang pendidikan kabupaten Tanjung Jabung Timur memiliki sekolah baik negeri maupun swasta yang terdiri dari TK sebanyak 21 buah, SD sebanyak 211 buah, SLTP sebanyak 27 buah SLTA 14 buah tapi belum memiliki pendidikan setingkat Perguruan tinggi.

Tabel 5.4 Banyaknya penduduk Kabupaten Tanjung Jabung Timur menurut kecamatan dan jenis kelamin tahun 2006

Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)
1 Mendahara	12.677	12.555	25.322
2 Mendahara Ulu	6.018	5.883	11.901
3 Geragai	8.570	8.448	17.018
4 Dendang	8.997	8.636	17.018
5 Muara S Timur	18.514	17.863	36.377
6 Muara S Barat	6.596	6.439	13.035
7 Kuala Jambi	6.479	6.633	13.112
8 Rantau Rasau	11.778	11.635	23.413
9 Berbak	5.232	4.938	10.170
10 Nipah Panjang	14.865	14.470	29.335
11 Sadu	6.906	6.599	13.505
Total	106.722	104.099	210.821

Sumber : BPS Kabupaten Tanjung Jabung Timur 2006

Tabel 5.5 Banyaknya Tenaga Kesehatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur dirinci menurut bidang kesehatan tahun 2006

Tenaga Kesehatan (1)	Tahun 2006 (2)
1 Pasca Sarjana (Kes Mas)	3
2 Dokter Umum	45
3 Dokter gigi	11
4 Farmasi/ Apoteker	3
5 Sarjana (Kes Mas)	10
6 Asisten Apoteker	15
7 Bidan	140
8 Akper	50
9 SPPH/ Sanitasi	15
10 Perawat	84
11 APK-TS	20
12 AKZI	5
13 SPRG	23
14 SPAG	4
15 LCPK	21
Total	449

Sumber : BPS Tanjung Jabung Timur 2006.

Kabupaten Tanjung Jabung Timur dan Kabupaten Muaro Jambi secara umum memiliki kesamaan Topografi yaitu merupakan daerah dataran rendah dengan ketinggian 1 – 15 m diatas permukaan laut. Sebagian besar berada pada Daerah Aliran Sungai (DAS) Batanghari dengan rawa-rawa yang sepanjang tahun tergenang air, sebagian dimanfaatkan sebagai lahan pertanian musiman dan sebagian besar merupakan rawa terlantar atau tidak terawat, sebagian merupakan lahan perkebunan karet dan kelapa sawit Rakyat ditambah lahan yang dikelola Perusahaan swasta dan sebagian besar masih merupakan Hutan. Di sebelah timur Kabupaten Tanjung Jabung timur tepatnya di Kecamatan Berbak terdapat kawasan hutan lindung Berbak seluas 229.323 ha. Sungai

Batanghari yang melewati Kabupaten Muaro Jambi hingga bermuara di Tanjung jabung Timur menjadi sumber kehidupan dan keperluan hidup sehari-hari (sumber air minum, memasak, mencuci, dan buang air besar) kebutuhan air baku dan sumber untuk pertanian sawah juga merupakan sarana transportasi sumber penghasilan ikan sungai, tambang pasir juga batu.

Sumber mata pencaharian sebagian besar penduduk adalah petani, yang bekerja sebagai petani perkebunan karet, ladang berpindah dan hasil hutan. Kebiasaan petani menanam padi sekali setahun yaitu menjelang musim kemarau sehingga rawa menjadi surut dan bisa diolah, panen biasanya dilakukan diakhir musim kemarau atau awal musim hujan dan setelah panen dilakukan lahan kemudian dibiarkan terlantar dan untuk memenuhi kehidupan sehari-hari biasanya mereka mengandalkan hasil dari tanaman karet dan perikanan dari sungai.

5.3. Gambaran Umum Informan.

Wawancara terhadap 30 orang informan yang terdiri dari para pengambil keputusan dan pengambil kebijakan dari Unsur pemerintah (Eksekutif dan Legislatif) dan elemen masyarakat sebagai berikut di bawah ini :

Table 5.6 karakteristik Informan Penelitian

Kode	Jabatan (Pekerjaan)	Unit kerja	Lama kerja (jabatan)	Pendidikan terakhir
1A	Tingkat Kabupaten Kadinkes	Dinkes Muaro Jambi (MJ)	4 th	S2. Kes Mas
1.B		Dinkes Tanjabtim(TT)	1 th	S1 KesMas
2.A		AnggotaKomisi A DPRD (MJ)	1 th	S1 Hukum
2.B		Ketua Komisi C DPRD (TT)	1 th	S1 Ekonomi
3.A.1	Tingkat Kecamatan Camat	Maro Sebo	2 th	S1 Sosial
3. A.2		Kumpeh Ulu	4 th	S2 Hukum
3.A.3		Kumpeh Ilir	4 th	S1 IP
3.B.1	Ka Puskesmas	Muara Sabak	2 th	S1
3.B.2		Dendang	1 th	S1 Sosial
4.A.1	Ka Puskesmas	Jambi Kecil	8 th	S1 Dokter
4.A.2		Kumpeh Ulu	6 th	S1 Kes Mas
4.A.3		Kumpeh Ilir	3 th	S1 Kes Mas
4.B.1		Muara Sabak	4 th	S1 Dokter
4.B.2		Dendang	1 th	S1 Dokter
5.A.1	Tingkat desa Bidan Desa	Pustu Kota Karang	12 th	D3 Akbid
5.A.2	Kepala Desa	Pustu Desa Ramin	4 th	D3 Akbid
5.B.1		Pustu M. Sabak	4 th	D1 Akbid
5.B2		Pustu Dendang	6 th	D3 Akbid
6.A.1		Kader	Kota karang	4 th
6.A.2	Ramin		1 th	SMEA
6.B.1	Tokoh Masyarakat	Tulang babat	3 th	SMEA
6.B.2		Parit Culun	3 th	SMA
7.A.1		Kota Karang	4 th	SMP
7.A.2		Ramin	2 th	SMA
7.B.1	Tokoh Masyarakat	Tulang Babat	5 th	SMEA
7.B.2		Parit Culun	5 th	SMEA
8.A.1	Tokoh Masyarakat	Kota Karang	30 th	SR
8.A.2		Ramin	12 th	SPd
8.B.1		Tulang Babat	10 th	SMA
8.B.2		Parit Culun	10 th	S1 Hukum

Informan dalam penelitian ini adalah para pengambil atau pembuat keputusan di masing-masing instansi yang menunjang program eliminasi filariasis di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi.

5.4. Hasil Penelitian

Hasil penelitian tentang penanganan *filariasis* di kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur baik audit tatalaksana penduduk di daerah endemis dan kasus klinis, maupun audit tatalaksana faktor risiko serta integrasi dalam perencanaan, waktu pelaksanaan, penganggaran dana dan monitoring dan evaluasi yang dilakukan.

5.4.1. Tata Laksana penduduk di daerah endemis filariasis dan Kasus

Klinis.

Penduduk dimana akan dilakukan pengobatan massal sebelumnya harus diadakan rapid mapping dengan tujuan untuk penemuan kasus baru, mengetahui penyebaran kasus dan pemutakhiran data sehingga pada saat program pengobatan *Filariasis* bisa disesuaikan jumlah kebutuhan obat dan logistik dengan tenaga yang dibutuhkan serta gambaran tentang sosiodemografi.

di Indonesia telah menetapkan bahwa mereka yang menderita gejala klinis *filariasis* secara khusus diobati selama 10 hari dengan DEC dosis 100 mg 3x sehari selama 10 hari pada putaran pertama pengobatan massal. Pada tahun kedua mereka akan diberi pengobatan yang sama yang diberikan pada masyarakat lain yaitu dosis tunggal (Depkes RI, 2006)

Tata laksana kasus limfodema bertujuan untuk: mengurangi bau yang tidak sedap, mencegah dan menyembuhkan lesi, seringkali mengurangi ukuran kaki, lengan atau bagian tubuh yang lain yang terkena, meringankan serangan akut yang disebabkan infeksi bakteri terhadap kulit, meningkatkan rasa percaya diri si penderita dan juga meningkatkan kemampuan si penderita untuk bekerja atau sekolah atau kegiatan yang lain.

Penanganan yang berhubungan dengan kasus klinis dijelaskan dengan 18 pertanyaan yaitu:

5.4.1.1. Cara mengidentifikasi filaria (Menegakkan Diagnosa)

Filariasis Limfatik adalah infeksi oleh cacing filaria yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk dan berdampak pada kerusakan sistem limfa ditubuh manusia. Pada saat nyamuk betina menggigit manusia, larva infeksi (L3) keluar dari kelenjar ludah nyamuk masuk kedalam tubuh melalui luka yang dibuat oleh probosis nyamuk. Selanjutnya apabila sudah masuk kedalam tubuh, larva-larva tersebut akan berpindah kedalam sistem limfa yang merupakan sistem pertahanan tubuh manusia. Dalam sistem limfa, selama 3 – 12 bulan larva tumbuh menjadi cacing dewasa jantan dan betina kemudian kawin dalam kelenjar limfa dan menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria. Setiap cacing betina dewasa menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria (Mf) selama hidupnya sekitar 5 tahun atau lebih. Adanya cacing dewasa dan Mf yang dihasilkan dapat mengakibatkan kerusakan pada sistem limfa karena pada awalnya terjadi pelebaran saluran limfa sehingga mengganggu jalannya cairan limfa dan sirkulasi sel-sel kekebalan. Akibatnya, cairan terkumpul dan menyebabkan

odema. Lama kelamaan akan terjadi pembentukan jaringan ikat fibrosis sehingga terjadi limfodema yang berupa pembengkakan pada kaki, lengan, payudara, atau alat kelamin. Kerusakan saluran sistem limfa yang disebabkan cacing dewasa ini bersifat permanen walaupun cacing dewasa sudah mati. Berikut penuturan beberapa informan mengenai bagaimana seseorang teridentifikasi menderita filaria (menegakkan diagnosa).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jamb

" Itu ada dengan dua cara, seperti yang saya katakana tadi itu ee cara pertama dengan survei darah jari.... jadi didalam darahnya kita temukan mikrofilaria yah waktu kita melakukan pemeriksaan darah tadi. Cara yang kedua itu dengan yaaa kita lihat langsung gitu . kalau oooo filariasis itu sendiri telah bermanifestasi didalam tubuhnya, maksudnya sudah nampak gitu, kita tidak perlu lagi melakukan pemeriksaan kita sudah tahu dia itu menderita kaki gajah". 1A)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

" Gejala-gejala filariasis pada tahap awal seperti adanya benjolan dan terasa nyeri disekitar lipat paha, kemudian juga ditandai adanya semacam urat seperti tali yang merah mulai dari pangkal paha atau ketiak sampai ke arah ujung kaki atau tangan dan ada lagi yaitu demam yang berulang-ulang nah kalau kita lakukan pemeriksaan darah ujung jari kemungkinan akan kita temui cacing filaria dalam sediaannya. Lalu pada tahap lanjut terjadi pembesaran pada kaki, tangan dan alat kelamin yang kemungkinan menjadi cacat permanet". (4A1)

"di daerah kita ini kan dulunya lumbung filariasis atau kantong gitulah, kalau ada tanda tanda klinis kita langsung menginstruksikan tenaga eliminasi filarial untuk menindak lanjuti temuan untuk diambil sample darahnya nah dari hasil pemeriksaan darah ujung jari baru kita simpulkan bahwa dia menderita filariasis atau bukan. Jangan menunggu sampai manifestasi atau bertambah parah gitu". 4A2).

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro jambi

"Didaerah ini kasus ini ditemukan pada kelompok umur sudah tua pak sekitar 40 atau 50 tahunan ke atas gitu pak, jadi dari tanda klinisnya kita

sudah melihat bahwa itu adalah kaki gajah tanpa pemeriksaan lagi, kalau yang muda-muda itu dah jarang kasusnya".(5A1.)

"itu di periksa di labornya setelah dilakukan pengambilan darah ujung jari lalu di baca kemudian dinyatakan positif filariasis atau tidak".(5A2).

Pendapat tersebut diatas didukung oleh pendapat informan lain dari Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebagai berikut.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

"Ohhh secara klinis mereka itu maksud saya penderita sudah kelihatan ada pembengkakan dibaik di tangan, kaki,di alat kelamin, payudara nah itu yang pertama,lalu yang kedua melalui hasil pemeriksaan darah ujung jari yang dilakukan pengambilannya malam hari sekita jam 23.00 – 02.00 dini hari dan diperiksa oleh tenaga laboratorium kita. Nah dari situ kan akan kelihatan apakah filariasis atau nggak". (1B).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Dengan dua cara saja yaitu tanda-tanda akut ataupun tanda kronis, kemudian dengan pemeriksaan darahnya, atau ada cara pemeriksaan yang lain?".(4B1).

" Kalau Sudah Kronis itu sudah kelihatan jelas tapi yang masih sehat atau suspekt itu kita lakukan pemeriksaan darah ujung jari". (4B2)

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Dengan melihat aja dah ketahuan pak kalau itu adalah kaki gajah, kebetulan ada program pengobatan massal filariasis jadi mereka itu semuanya diberikan pengobatan baik yang sehat juga yang sakit".(5B1)

" Dengan eeeepemeriksaan darah itu dilakukan di labor tapi pengambilan darahnya dilakukan malam hari sekitar jam 10 malam ke atas pak..... kan disitu keluar cacingnya? ".(5B2).

5.4.1.2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan massal berlangsung (MDA)

Pelaksanaan pengobatan massal biasanya dilakukan pada hari yang sama diseluruh unit pelaksanaan (UI). Biasanya perlu 1-2 hari agar pengobatan

massal menjangkau semua rumah dan daerah di dalam satu unit pelaksanaan. Sebaiknya diadakan satu hari khusus untuk distribusi obat. Ada beberapa kriteria orang yang tidak masuk dalam program pengobatan massal yaitu ibu hamil atau menyusui, bayi dibawah usia dua tahun dan orang yang sakit parah (Tool kit for elimination of limphatic filariasis, 2004) Berikut penuturan informan dilapangan tentang pelaksanaan pengobatan massal sebagai berikut:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Pengobatan sendiri kita lakukan serempak diseluruh kecamatan di kabupaten Muaro Jambi, semua orang kita berikan obat dan kita harapkan mereka makan gitu obat itu,.... jadi kita instruksikan kepada petugas kesehatan atau kader kita kalau bisa obat itu dimakan didepan mereka gitu, tapi..... kalau enggak ya enggak apa asal mereka makan jangan sampai tidak dimakan". (IA)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Berdasarkan koordinasi dari dinkes Kabupaten maka kita di puskesmas dibantu oleh kader, bides, tokoh masyarakat yang sebelumnya telah diumumkan melalui sholat jumat di mesjid-mesjid mengajak kesediaan mereka untuk datang ke posko-posko yang terdekat yang telah ditentukan dan mengajak semua siapapun warga yang ada di posko terdekat agar berpartisipasi dalam menelan obat yang dibagikan oleh para petugas dengan gratis tanpa dipungut bayaran".(4A1)

"karena merupakan program nasional, jadi semua daerah yang dinyatakan endemis filaria, termasuk juga daerah kita ini harus mengikuti program itu yaitu menyiapkan semua obat sarana parasarana dan tenaga kita untuk melakukan pengobatan massal pada hari itu dengan petunjuk depkes lah". (4A2)

"Sehari sebelum pelaksanaan pengobatan massal kita pastikan semua obat dan peralatannya dan petugas kita tersedia di setiap posko posko tempat pelaksanaan pengobatan. Nah melalui sosialisasi dan pengumuman yang telah disampaikan melalui sholat jumat di mesjid-mesjid maka pada hari yang ditentukan kita memberikan pengobatan gratis kepada seluruh masyarakat tanpa kecuali, eee maksud saya ada pengecualian kepada Ibu hamil dan menyusui, Orang sakit parah, dan anak umur dibawah 2 tahun".(4A3).

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

" Karena kita ada dipustu tempat kita bertugas, nah disinilah kita menunggu pada saat hari yang telah ditentukan, tapi sebelumnya kita sudah ada koordinasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Petugas Puskesmas kader dan tokoh masyarakat sehari sebelumnya telah menyiapkan semua keperluan program pengobatan massal. Hanya saja tidak semua warga bisa datang hari pertama itu maka kita lanjutkan hari keduaehh ternyata masih belum balik, barangkali mereka pergi kemana gitu jadi kita petugas didesa ini mengantar kerumah mereka dan memastikan mereka untuk memakan obat itu didepan mata kita".(5A1).

" Karena kita memang sudah menjadi warga desa ramin dipustu tempat kita bertugas, jadi semua perlengkapan untuk program pengobatan massalsudah di drop satu minggu sebelumnya jadi....persiapannya tidak masalah lah begitu pak". (5A2).

Pendapat yang sama juga disampaikan oleh informan lain dari Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebagai berikut:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Pengobatan massal di Tanjung Jabung timur kita lakukan secara serempak diseluruh kecamatan, desa dan kelurahan sampai ke RT-RT di pos – pos yang ada, yang bisa dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan melibatkan, semua stake holder, dan elemen masyarakat. Kita instruksikan juga agar staf kita dilapangan memastikan agar obat yang diterima ditelan secara langsung didepan petugas. Pengobatan massal sebaiknya dilakukan pada sore hari pada waktu mereka sudah selesai makan siang atau makan malam untuk mengurangi efek samping. Selain itu kan efek samping pengobatan kira-kira 6 jam, jadi apabila di berikan pada sore atau malam orang akan ngantuk lalu tidur nah dengan demikian berarti tidak akan banyak menderita karena efek samping kalaupun ada".(1B)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Ini kan merupakan program nasional, aaa jadi semua daerah yang dinyatakan endemis filaria, ya termasuk kita ini mengikuti program itu yaitu menyiapkan semua obat sarana parasarana dan tenaga kita untuk melakukan pengobatan massal pada hari itu, yaitu jumat dan sabtu tapi di hari pertama hampir 90 % warga datang ke posko menerima dan memakan obat yang kita berikan itu ya didepan kita. Pokoknya sesuai dengan petunjuk depkes lah". (4B1)

" Pelaksanaan pengobatan massal filariasis berlangsung lancar, itu semua berkat kerjasama yang baik dari kader, bides Tokoh Masyarakat dan juga tingkat partisipasi masyarakat yang baik dan sosialisasinya melalui pengumuman pada saat sholat jumat. (4B2)

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Karena kita ada dipustu tempat kita bertugas, nah..... disinilah kita menunggu pada saat hari yang telah ditentukan, tapi..... sebelumnya kita sudah menyiapkan semua keperluan program pengobatan massal itu". (5B1).

"Didaerah kami ini pak pengobatan massal sama seperti tahun kemarin jadi masyarakat itu sepertinya sudah sadar sehingga kami dari petugas tidak kesulitan lagi, artinya sukseslah".(5B2).

5.4.1.3.Kesiapan petugas dilapangan.

Untuk menyiapkan pengobatan massal sebelumnya harus dilakukan sensus penduduk dalam unit pelaksanaan guna mengetahui berapa jumlah penduduk. Biasanya sensus dilakukan oleh petugas Puskesmas atau pustu bersama dengan pimpinan desa atau kelurahan dalam daerah mereka sehingga didapatlah jumlah pasti penduduk yang tinggal didaerah itu. Sensus ini menyediakan informasi bagi tingkat kabupaten tentang berapa banyak obat yang perlu dialokasikan oleh Dinkes Kabupaten dan juga menghasilkan denominator untuk jumlah cakupan yang dilaporkan yang akan diperiksa setelah pengobatan massal (Tool kit for the elimination of lymphatic filariasis, 2004).

Persiapan penting lainnya adalah pelatihan petugas kesehatan di tingkat Puskesmas, Pustu atau Polindes termasuk kader dan tokoh masyarakat seperti penuturan para informan di bawah ini.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

" Ya mereka semua staff kita sudah kita perlengkapi dengan pelatihan termasuk kader dan tokoh masyarakat, jadi memang benar-benar sudah siap, begitu pak ahh termasuk pendistribusian logistiknya sudah siap begitu".(1A)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Ya kita sudah siapkan semuanya dilapangan termasuk kader dan tokoh masyarakat". (4A1)

"Ohh sudah siap pak".(4A2)

" Tenaga yang dibutuhkan termasuk kader kesehatan dan Tokoh Masyarakat sudah kita lakukan pelatihan bagaimana agar pada pelaksanaan pengobatan massal nanti bisa siap pakai begitu".(4A3).

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Disini kami siap pak, apa lagi kan hari pertama langsung dipimpin oleh kepala dinkes jadi jangan sampai tidak siap lah apapun kejadiannya kita harus dilapangan pak". (5A1).

" kan tahun-tahun kemarin sudah beberapa kali kita lakukan jadi ini hanya lanjutannya saja"(5A2).

Pendapat ini diungkapkan juga oleh informan yang lain dari Kabupaten Tanjung

Jabung Timur.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Seperti saya sampaikan tadi bahwa ini kan bukan yang pertama kali dilakukan di kabupaten kita jadi petugas kita itu sudah terampil, tinggal pada setiap musim pengobatan massal ya kita latih lagi mereka biar lebih terlatih lagi gitu, aah termasuk obat-obat begitulah".(1B)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"didaerah kami ini pak pengobatan massal sama seperti tahun kemarin jadi masyarakat itu sepertinya sudah sadar sehingga kami dari petugas juga yaa sudap siap juga termasuk kader-kader kita dan tokoh – tokoh masyarakat kita . jadi tidak kesulitan lagilah , artinya sukseslah".(4B1).

"Setelah mendapat pelatihan itu biasanya pada saat sosialisasi kita pastikan petugas kita mampu dan mau bekerja ekstra diluar jam kerja itu yang penting". (4B2).

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Penyakit filariasis ini kan tanggung jawab kita, ya mo tak mo ya kita harus siap, sebab ini kan program nasional"(5B1)

" Pada saat rapat koordinasi di Dinkes Kabupaten Kita yang bertugas dipustu ini harus siap gitu". (5B2).

5.4.1.4. Pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan.

Logistik termasuk didalamnya obat-obatan, dipastikan sudah harus sampai di puskesmas 1-2 minggu sebelum pengobatan massal dimulai. Hal ini memberikan cukup waktu bagi puskesmas untuk mendistribusikan obat-obat kepada fasilitas kesehatan yang berada dibawahnya atau desa/kelurahan. (tool kit for the elimination of limphatic filariasi, 2004). Perencanaan ini harus matang mengingat kondisi geografis atau akses jalan dan iklim. Jadi sebaiknya semua logistik sudah ada di desa/kelurahan tiga hari sebelum pengobatan massal. Seperti diutarakan oleh informan berikut petikannya:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Tidak ada masalah pak karena jauh hari kita sudah ingatkan mereka dan demikian juga obat sudah kita sebar semuanya jangan sampai tidak ada obat. Begitu pak "(1A)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Seminggu sebelum hari pengobatan massal dilakukan, semua logistik sudah sampai disini pak (puskesmas) lalu kemudian kita distribusikan kesemua pustu dan polindes yang ada di desa dan kelurahan. Begitu instruksi yang kita terima begitu juga kita laksanakan begitu pak". (4A1).

"Logistiknya semuanya utuh sampai ditempat sebelum hari pelaksanaannya, jumlah cukup dan kondisinya baik" (4A2).

"Pendistribusian logistic yang sudah sampai dipuskesmas Kumpeh ilir ini langsung kita sebarakan ke Masing Pustu-pustu dan pos -pos tempat dilaksanakan pengobatan missal". (4A3)

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Baik pak semuanya maksudnya jumlahnya cukup kondisinya pun baik juga". (5A1).

" kurang lebih seminggu barang itu sudah sampai disini pak". (5A2)

Demikian penuturan informan dari Tanjung Jabung Timur

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Kita kirim melalui staff dan kita kontak-kontakan dengan petugas dilapangan untuk memastikan semua logistik sudah sampai dilapangan jangan sampai kekurangan sedikit pun itu tidak boleh". (1B).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Logistiknya semuanya utuh kita terima selanjutnya kita distribusikan langsung jangan ditunda gitulah, kemudian kita cek lagi jumlahnya apakah cukup dan kondisinya baik" (4B1).

"Pendistribusiannya berjalan lancar karena persiapannya dan pengkoordinasiannya baik (4B2)

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Baik jumlahnya maupun kondisinya semuanya baik. (5B1)

" Petugas dari puskesmas induk kurang lebih seminggu sudah mengantar barang itu disini pak". (5B2)).

5.4.1.5. Penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan.

Penggerakan masyarakat merupakan unsur penting dari pengobatan massal, yaitu melalui penggerakan masyarakat akan menginformasikan kepada masyarakat tentang distribusi obat yang akan dilakukan dan mengajarkan

kepada mereka tentang filariasis, termasuk alasan mengapa harus minum dua macam obat tersebut, jika masyarakat tidak diinformasikan tentang manfaat obat, maka akan ada risiko orang tidak mau meminumnya karena mereka tidak mengerti apa manfaat obat itu terhadap mereka (Depkes RI, 2006). Betapa akan sangat buang waktu dan tenaga percuma jika hal itu terjadi. Karena itu harus kita pastikan melakukan penggerakan masyarakat untuk daerah perkotaan maupun pedesaan.

Sebaiknya kegiatan menggerakkan masyarakat di lakukan selama dua minggu sampai satu bulan sebelum pelaksanaan pengobatan massal. Para pengambil keputusan perlu memberikan kata-kata sambutan, serta meminum obat tersebut didepan masyarakat pada saat pelaksanaan pengobatan massal dengan maksud menunjukkan dukungan politiknya serta menunjukkan bahwa mereka tidak ragu-ragu terhadap pengobatan tersebut dan dampaknya dan menunjukkan bahwa pengobatan itu penting bagi mereka. Berikut petikan wawancara dengan informan sebagai berikut;

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Melalui kegiatan kemasyarakatan di balai desa, di mesjid dan disekolah kita di fasilitasi oleh kecamatan dan bersama-sama dengan tokoh masyarakat, kader dan seluruh elemen masyarakat memberikan penyuluhan untuk menumbuhkan kesadaran akan pentingnya pengobatan ini". (IA).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Melalui kegiatan sosialisasi pengobatan massal kita ajak warga kita agar pada hari yang ditentukan mendatangi polindes atau pustu terdekat untuk menerima obat dan menelannya". (4A1).

"Setiap kesempatan ada pertemuan di balai desa melalui perangkat desa atau pengurus desa kita selalu mengingatkan agar dibicarakan juga atau.... dibicarakan tentang waktu dan tempat pelaksanaan pengobatan massal itu (4A2).

"Sewaktu staf kita turun ke desa tentang penyluhan filariasis pada kesempatan itu di ingatkan waktu dan tempat pengobatan massal serta mengajak seluruh masyarakat untuk turut berpartisipasi."(4A3)

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Ya kita ajaklah mereka pak tiap tiap hari ketika mereka berobat ketempat kita ya kita selalu ingatkan".(5A1).

" Kita bekerjasama dengan kader kesehatan..... mengajak warga untuk tidak lupa datang ke pos pelayanan pengobatan massal filariasis (5A2)

Demikian juga dengan informan dari Kabupaten Tanjung Jabung Timur memberikan Informasi tentang penggerakan masyarakat sebagai berikut:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Penggerakan masyarakat..... kita upayakan melalui semua elemen masyarakat baik kecamatan, desa bahkan RT termasuk Kader dan Tokoh Masyarakat serta Tokoh Agama kita libatkan karena kedekatan mereka terhadap masyarakat sehingga masyarakat mau mendengar dan melaksanakannya dan kita menjelaskan bahaya akibat filariasis dan kerugian secara ekonomi maupun dampak psikologinya".(1B)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Penggerakan masyarakat melibatkan semua elemen masyarakat jadi setiap ada kesempatan pertemuan yang dilakukan masyarakat di balai pertemuan katakanlah di balai desa mereka akan mengundang kita untuk menyampaikan program pengobatan massal filariasis itu dan juga melalui poster-poster tentang filariasis kan kita tempel itu banyak di tempat umum dan dengan kendaraan operasional dengan menggunakan pengeras suara kita umumkan waktu dan tempat pelaksanaan pengobatan massal".(4B1)

" Memakai ambulan berkeliling desa menggunakan pengeras suara untuk mengumumkan bahwa akan diadakan pengobatan massal filariasis kita umumkan tanggal dan tempat serta menghimbau seluruh masyarakat untuk berpartisipasi". (4B2)

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Sebenarnya petugas dari kecamatan telah mengumumkannya namun kita juga bersama-sama dengan kader kesehatan mensosialisasikan program pengobatan massal itu". (5B1)

" Bersama dengan petugas dari Puskesmas induk menggunakan kendaraan operasional dengan pengeras suara berkeliling desa memberitahukan ke masyarakat tanggal dan tempat pelaksanaan pengobatan massal filariasis itu".(5B2)

5.4.1.6. Pemantauan efek samping.

Dalam pengobatan massal ini kemungkinan terjadi efek samping selalu ada, jika seseorang memiliki mikrofilaria dalam tubuhnya maka pada saat obat membunuh mikrofilaria maka tubuh kadang-kadang bereaksi akibat kematian cacing-cacing tersebut dan efek samping tidaklah mengancam jiwa (Depkes RI, 2007). Jika terjadi efek samping maka yang perlu di pahami adalah bahwa efek samping adalah sesuatu yang baik, dan hal itu berarti bahwa obat yang diminum bekerja dan bahwa mereka mempunyai cacing filaria didalam tubuh mereka. Sebaiknya petugas kesehatan baik dokter atau bidan tinggal didesa atau kelurahan pada saat malam pertama pengobatan. Hal ini memastikan bahwa petugas kesehatan berada didaerah masing-masing untuk membantu masyarakat apabila terjadi efek samping seperti diuraikan oleh informan sebagai berikut.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Pada pertemuan pelatihan kita tekankan betapa pentingnya petugas pengobatan ada ditempat pada saat malam pertama pengobatan massal di lakukan agar masyarakat merasa aman dan tidak ragu-ragu".(1A).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita sebagai petugas dilapangan dan memang tinggal disini ya memantaulah warga kita semuanya, makanya sewaktu pengobatan kemarin kita berikan obat dan kita anjurkan dimakan setelah makan malam jadi walaupun mungkin ada efek samping tapi mereka udah pada tidur jadi hasil pantauan kita sangat sedikit yang melaporkan terjadinya efek samping".(4A1).

" Dari hasil pantauan ada beberapa warga kita yang mengeluh pusing dan mual-mual dan itu sudah kita antisipasi dengan memberikan parasetamol dan antihistamine untuk mengurangi keluhan". (4A2)

" Ohh itu sudah kita siasati dengan menjelaskan dengan memberikan obat untuk dimakan sesudah makan sore atau makan malam menjelang mau tidur sehingga walaupun muncul keluhan itu akan terbantu karena mereka sudah tidur, namun demikian ada juga beberapa ibu-ibu yang melaporkan keluhan pening dan mual-mual (4A3)

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Dari hasil pantauan kita di lapangan tidak ada warga yang melaporkan keluhan sebagai akibat dari makan obat itu, artinya warga kita patuh terhadap petunjuk kita, mudah-mudahanlah kedepan filariasis ditempat kita ini secepatnya bisa dieliminir".(5A1)

"Di desa kita ini warga tidak mau minum DEC kalau tidak diberikan antihistamin buat jaga-jaga kalau terjadi reaksi alergi". (5A2)

Dari informan di kabupaten Tanjung jabung Timur kita mendapatkan informasi sebagai berikut:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Pada pertemuan pelatihan kita tekankan betapa pentingnya petugas pengobatan ada ditempat pada saat malam pertama pengobatan massal di lakukan agar masyarakat merasa aman dan tidak ragu-ragu".(1B).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Dari hasil pantauan ada beberapa warga kita yang mengeluh pusing dan mual-mual lalu kita antisipasi dengan memberikan parasetamol dan antihistamine untuk mengurangi keluhan". (4 B1).

"Kebetulan petugas kita sebagian besar tinggal ditengah masyarakat, jadi pemantauannya bisa 24 jam". (4 B2)

5.4.1.7. Penyisiran/ sweeping terhadap orang yang tidak minum obat (bagaimana menjamin agar obat itu diminum).

Setelah 1 – 2 hari pertama pembagian obat, akan dilakukan penyisiran/sweeping. Penyisiran/sweeping merupakan proses untuk mencari orang yang tidak minum obat pada hari pembagian obat yang telah ditentukan, biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan kader dan tokoh masyarakat dan akan memakan waktu 1 – 2 bulan. Prosedur sweeping bisa dilakukan dari rumah ke rumah dan memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pengobatan. Seperti penuturan yang disampaikan oleh informan kita berikut ini:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita menginstruksikan kepada staff kita yang dilapangan untuk melakukan penyisiran kepada anggota masyarakat yang pada saat pelaksanaan pengobatan massal tidak berada ditempat, sebab rata-rata warga yang menerima obat langsung meminumnya didepan petugas kita".(1A)

Tingkat Kabupaten di Kabupaten tanjung Jabung Timur

"Kita instruksikan kepada staf yang dilapangan untuk melakukan penyisiran kepada anggota masyarakat bersama-sama dengan para kader dan tokoh masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, kita kunjungi dan memastikan mereka meminum obat yang kita berikan".(1B)

5.4.1.8. Pencegahan kecacatan dilakukan.

Salah satu komponen penting dalam program eliminasi filariasis adalah pencegahan kecacatan bagi mereka yang mengalami gejala-gejala kronis filariasis yaitu: limfodema, elefantiasis (Depkes RI, 2006). Karena gejala-gejala kronis ini bisa menyebabkan kecacatan yang lebih parah seiring berjalannya waktu maka penting untuk menjangkau setiap orang yang menunjukkan gejala kronis dan memberi penyuluhan mengenai langkah-langkah yang mereka dapat lakukan untuk mengurangi kecacatan dan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut pada masa yang akan datang. Seperti penuturan informan berikut ini :

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Perawatan mereka ini mencakup kebersihan diri atau higiene secara umum, mencegah infeksi bakteri sekunder dan perawatan kulit. Lalu yang kedua kita anjurkan agar sipenderita melakukan gerakan-gerakan alami secara berulang-ulang dan selalu melakukan pengangkatan (elevasi) terhadap bagian yang mengalami pembengkakan sesering mungkin. Dan tidak lupa kepada keluarganya sipenderita kita anjurkan untuk memberikan bantuan perawatan dirumah". (1A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

" Bahwa langkah yang di ambil staf tenaga kesehatan terhadap penderita yang sudah kronis yaitu pemberian obat dan menganjurkan agar menjaga daerah yang bengkak tersebut tidak sampai pecah, yang lebih penting adalah tindakan perawatan diri sendiri yang dilakukan oleh diri sendiri dan anggota keluarga termasuk membantu mengurangi beban pengucilan sosial".(1B).

5.4.1.9. Peran Legislatif memutuskan anggaran bagi sektor kesehatan pada Dinas Kesehatan.

Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) saat ini melibatkan dan menjangkau aspirasi masyarakat (tokoh masyarakat, pemuka agama, LSM dan sektor swasta) melalui forum musyawarah rencana pembangunan (musrenbang) mulai tingkat desa, kecamatan, sampai dengan tingkat kabupaten. Musrenbang kabupaten ini merupakan wahana untuk memaduserasikan aspirasi masyarakat dengan visi misi pemerintah daerah yang tertuang dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD). Jadwal dari penyelenggaraan musrenbang terdapat dalam lampiran 2 SEB MPPN/ kepala Bappenas dan Mendagri tentang petunjuk teknis penyelenggaraan Musrenbang.

Kepala Daerah berdasarkan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) kemudian menyusun rancangan kebijakan umum (KU) APBD. Rancangan KU APBD sebagai landasan penyusunan RABPBD disampaikan oleh Kepala Daerah kepada DPRD. KU APBD selain didasari oleh RKPD juga memperhatikan pokok-pokok pikiran DPRD, data historis dan kebijakan pemerintah atasan dalam hal ini Pemerintah Propinsi dan Pemerintah Pusat. Rancangan KU APBD yang telah dibahas oleh Kepala Daerah bersama DPRD selanjutnya disepakati menjadi kebijakan umum APBD.

Dibawah ini penuturan informan mengenai peran legislatif dalam memutuskan anggaran bagi sektor kesehatan di Dinas Kesehatan.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Forum musrembang ini kan melibatkan seluruh elemen yang ada di masyarakat yang mengakomodir aspirasi rakyat nah sepanjang tersedia dana APBD dan di gunakan untuk kesejahteraan rakyat berapapun jumlahnya kita akan tetap mendukung sepenuhnya". (2A)

Taingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung jabung Timur

"Berdasarkan KU APBD yang telah disepakati, Pemerintah Daerah menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran sementara (PPAS), setelah PPAS disusun tim anggaran eksekutif, selanjutnya di sampaikan kepada panitia anggaran legislatif untuk konfirmasi kesesuaiannya dengan KU APBD yang telah disepakati sebelumnya. Setelah disepakati maka PPAS kemudian menjadi prioritas dan plafon anggaran (PPA). Kebijakan umum anggaran serta prioritas plafon anggaran (PPA) yang telah disepakati bersama kepala daerah dan DPRD dituangkan dalam nota kesepakatan yang ditandatangani bersama oleh kepala daerah dan pimpinan DPRD". (2B)

5.4.1.10. Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering

Anggota Legislatif komisi yang membidangi kesehatan di undang rapat atau seminar.

Anggota DPRD sering dihubungi pada saat rapat atau seminar dan minta persetujuan atas materi yang dibuat, dengan meminta atau memasukkan saran-saran mereka akan meningkatkan keterlibatan mereka lebih lanjut serta pemberdayaan dalam upaya-upaya pemberantasan filariasis.

Demikian penuturan salah satu informan sebagai berikut.

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Dalam merumuskan program eliminasi filariasis yang dibuat dalam acara semacam seminar kita tidak pernah diundang" hanya pada saat sosialisasi pengobatan massal kita diundang dan kita juga ikut makan obat itu". (2A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Kita akan sangat senang kalau kita dilibatkan dalam hal perumusan program itu tapi kenyataannya tidak, tapi walaupun demikian kita kan menyadari itu untuk kepentingan warga maka usulan yang dialokasikan terhadap kesehatan apalagi filariasis ini penyakit yang membuat orang

tidak produktif dan tidak PD (percaya diri) kita dukung pengalokasian dananya". (2B).

5.4.1.11. Dukungan dari Legislatif (Komisi yang membidangi kesehatan)

terhadap program Eliminasi Filariasis.

Program eliminasi filariasis merupakan program nasional yang artinya merupakan program yang memerlukan dukungan dari berbagai pihak termasuk DPRD memberikan dukungannya. Demikian penuturan informan di DPRD

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Ya karena ini merupakan program nasional dan kita didaerah yang memang endemis filariasis kita memberikan dukungan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah, jadi sepanjang itu adalah untuk keperluan rakyat kita akan memperjuangkannya dirapat panitia anggaran". (2A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Saya disini sebagai ketua komisi C yang membidangi kesehatan berupaya agar alokasi anggaran yang ditujukan untuk program eliminasi filariasis jangan sampai gagal, karena bila tidak didukung oleh dana maka program ini tidak akan bisa menuntaskan kaki gajah itu, maka melalui rapat-rapat panitia anggaran kita selalu vokal memperjuangkannya". (2B).

5.4.1.12. Komitment kepala pemerintahan setingkat kecamatan terhadap

program pengobatan massal filariasis.

Pada saat direncanakan pengobatan massal sebelumnya diadakan pertemuan dengan advokasi kabupaten dan kota yang melibatkan DPRD, Dinas kesehatan, Camat, Kader Tokoh Masyarakat, dan Organisasi Kemasyarakatan, dengan tujuan memperoleh dukungan pelaksanaan pengobatan massal serta dukungan politik dan dana pengobatan massal

massal tahun berikutnya. Berikut petikan wawancara tentang kegiatan seminar atau rapat sehubungan dengan program eliminasi filaria.

Tingkat Kecamatan di kabupaten muaro jambi

"Saya pikir pertemuan yang kita fasilitasi pada awal sebelum pengobatan itu hanya bentuk koordinasi dari kecamatan, tentang bagaimana pelaksanaan teknis itu kan bagiannya departemen kesehatan, tapi kita di daerah ini hanya bersifat koordinasi saja". (3A1)

"Kita dari Kecamatan ini tidak dilibatkan secara teknis, namun kegiatan mereka pada dasarnya kita dukung dan fasilitasi". (3A2)

"Pada waktu di undang rapat hanya bersifat kordinasi bahwa mereka ada kegiatan pengobatan massal di wilayah otoritas kita" (3A3)

"Kita tidak pernah diundang oleh pihak kesehatan untuk menghadiri rapat atau semacam seminar untuk merumuskan program eliminasi filariasis, tapi kita hanya bersifat koordinasi, artinya bagaimana caranya agar program pengobatan massal itu berlangsung lancar ya kita dukung, jadi semacam koordinasi bae" (3B1).

"Kalau di undang semampu kita akan berpartisipasi" (3B2)

5.4.1.14. Pengetahuan kader kesehatan, kades, Tokoh Masyarakat tentang penyakit kaki gajah (filariasis)

Filariasis atau kaki gajah adalah infeksi oleh cacing filaria yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk dan berdampak pada kerusakan sistem limfa ditubuh manusia. Pada saat nyamuk betina menggigit manusia, larva infektif (L3) keluar dari kelenjar ludah nyamuk masuk kedalam tubuh melalui luka yang dibuat oleh probosis nyamuk. Selanjutnya apabila sudah masuk kedalam tubuh, larva-larva tersebut akan berpindah kedalam sistem limfa yang merupakan sistem pertahanan tubuh manusia. Dalam sistem limfa, selama 3 – 12 bulan larva tumbuh menjadi cacing dewasa jantan dan betina kemudian

kawin dalam kelenjar limfa dan menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria (Depkes RI, 2002).

Setiap cacing betina dewasa menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria (Mf) selama hidupnya sekitar 7 tahun atau lebih. Adanya cacing dewasa dan Mf yang dihasilkan dapat mengakibatkan kerusakan pada sistem limfa karena pada awalnya terjadi pelebaran saluran limfa sehingga mengganggu jalannya cairan limfa dan sirkulasi sel-sel kekebalan. Akibatnya, cairan terkumpul dan menyebabkan odema. Lama kelamaan akan terjadi pembentukan jaringan ikat fibrosis sehingga terjadi limfodema yang berupa pembengkakan pada kaki, lengan, payudara, atau alat kelamin. Kerusakan saluran sistem limfa yang disebabkan cacing dewasa ini bersifat permanen walaupun cacing dewasa sudah mati. Berikut penuturan beberapa informan tentang filariasis:

Tingkat Desa di kabupaten Muaro Jambi

"Ya sejak tahun 1970 penyakit itu sudah banyak ditemukan didaerah sini, pada masa itu pengobatan tidak sebaik yang sekarang ini dan pemahaman warga terhadap penderita itu juga bermacam-macam seperti penyakit kutukan tapi syukurlah sekarang pengobatannya sudah canggih ya pak".(6A).

"Ohh kita nyebutnya penyakit untut, bahaso sinilah, adolah kawan-kawan yang besak kakinya, biasonyo mereka banyakan di kebon jadi ketika ada pengobatan terpaksa keluargonyo kita suruh jemputnyo, agar diobati". (7A).

"Penyakit filariasis atau didaerah ini di sebut penyakit untut, sudah lama dikenal sebagai penyakit menular yang disebabkan oleh nyamuk, nyamuk ini berkembang biak di rawa-rawa dan itu banyak ditemukan di daerah kita ini". (8A).

Demikian penuturan informan dari Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Filariasis itu penyakit yang disebabkan oleh nyamuk, apalagi daerah kita ini kan banyak rawa sebagai perindukan nyamuk". (6B).

"Ya didaerah ini yang berada disepanjang sungai Batang hari, banyak juga berawa yang sepanjang tahun meluap sebagai perindukan nyamuk, disamping sosioekonomi disini masih rendah, tingkat pendidikan dan pengetahuan yang relative rendah" (8B).

5.4.1.15. Pendapat Tokoh Masyarakat tentang penularan filariasis

Penularan filariasis dapat terjadi bila ada tiga unsur:

1. Adanya unsur penularan, yakni manusia itu sendiri atau hospes reservoir yang mengandung microfilaria dalam darahnya.
2. Adanya vector, yakni nyamuk yang dapat menularkan filariasis.
3. Manusia yang rentan terhadap vilariasis.

Seseorang dapat tertular filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk infeksi, yaitu nyamuk yang mengandung larva infeksi (Larva stadium 3 L3). Pada saat nyamuk infeksi menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar menuju proboscis dan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju system limfe.

Larva L3 *Brugia Malayi* dan *Brugia Timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu kira-kira 3,5 bulan, sedang *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu kira-kira 9 bulan. Kepadatan vektor, suhu dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis, suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap umur nyamuk, sehingga microfilaria yang ada didalam tubuh nyamuk cukup waktunya untuk tumbuh menjadi larva infeksi L3 (masa

inkubasi ekstrinsik dari parasit *Wuchereria bancrofti* 10 – 14 hari, *brugia malayi* dan *brugia timori* 8 – 10 hari) (Depkes RI, 2001).

Periodisitas mikrofilaria dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap risiko penularan. Disamping faktor-faktor tersebut diatas, mobilitas penduduk dari daerah endemis filariasis kedaerah lain atau sebaliknya, berpotensi menjadi media terjadinya penyebaran filariasis antar daerah.

Demikian penuturan wawancara dengan informan tentang bagaimana cara penularan flariasis sebagai berikut:

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

" Dulu kata orang dusun sini karena guna-guna atau keturunan, karena satu keluarga itulah misal kakeknyo keno kita lihat bapaknyo pasti juga keno nanti kalau udah besak-besak anaknyo ahh pasti keno lagi, tapi sekarang berkat adanya kemajuan teknologi kan ahh ketahuanlah bahwa penyebabnya adalah nyamuk yang ada di air- air tergenang". (8A1)

"Sebagian besar warga kita kan hidupnya dari bertani, berkebun, kadang mereka bermalam dikebun milik mereka jadi kemungkinan mereka digigit oleh nyamuk itu membuat sebagian warga kita dari pekerjaan petani pak yang terkeno penyakit kaki gajah itu pak". (8A2)

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung jabung Timur

"Orang yang hilir mudik di aik itu lah yang kenonyo, jadi mereka yang tiap hari bekerja di aik itu digigit oleh nyamuk yang ada di aik itu"(8B1)

"Filariasis atau kaki gajah itu disebabkan oleh nyamuk makanya kita harus hindari gigitan nyamuk baik nyamuk malaria biar jangan kena malaria atau nyamuk demam berdarah biar jangan kena demam berdarah gitu pak, bahaya pak nyamuk ini".(8B2).

5.4.1.16. Upaya menggerakkan masyarakat agar mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu.

Penggerakan masyarakat merupakan suatu bentuk pendekatan atau alat yang memungkinkan masyarakat untuk terlibat bersama dalam kegiatan. Organisasi masyarakat sektor pemerintah dan non pemerintah, serta individu tergabung dalam suatu upaya untuk berkomunikasi, negosiasi dan kerjasama memaksimalkan potensi-potensi yang ada untuk kegiatan bersama, perbaikan dan perubahan sosial (Tool kit for the elimination of lymphatic filariasis, 2004).

Untuk eliminasi filaria penggerakan masyarakat sangat diperlukan demi keberhasilan program secara keseluruhan, karena untuk kampanye filariasis memerlukan keterlibatan lebih dari 80 % dari jumlah penduduk untuk minum dua macam obat, DEC dan Albendazole, selama jangka waktu paling kurang lima tahun, maka perlu adanya dukungan masyarakat luas bagi proyek dari semua sektor kemasyarakatan. Jika dukungan seperti ini tidak ada ataupun kurang maka keberhasilan program menghadapi bahaya serius seperti diungkapkan informan kita berikut ini:

Tingkat Desa Di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita sebagai kepala desa disini atau orang yang dituakan gitulah memberikan pengertian bagaimana dampak atau kerugian dari kaki gajah itu, jadi oleh karena itu dengan adanya bantuan puskesmas bantuan bidan-bidan kita manfaatkan untuk berobat gratis, alhamdulillah mereka semuanya mau mendengarkan pak dan menuruti apa yang kita anjurkan tadi". (6A).

"Saya pak disini mempunyai group binaan satu RT jadi pada saat arisan di RT ini kebanyakan ikut pak jadi kesempatan itu kita melakukan penyuluhan seperti yang telah dilatih kepada para kader, kita menganjurkan atau

menyarankanlah agar baik bapak-bapak, ibu-ibu bersama-sama membawa anak-anak mereka untuk datang dan meminum obat yang kita berikan". (7A)

"Kita memang disini sebagai yang dianggap tokoh masyarakat selalu mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengobatan massal yang gratis ini jangan sampai dilewatkan sebab kalau sampai lewat maka penyakit ini takutnya muncul lagi lah yang rugi siapa kan kita juga maka, kita gerakkan itu semua baik pemuda-pemudi lewat karang taruna sekolah-sekolah, MTs, Madrasah, dan kelompok pengajian untuk berobat". (8A).

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Berdasarkan petunjuk dari ibu dokter maka kita sebagai pemerintah di tingkat desa menyampaikan saran tersebut agar mereka datang berobat ke pustu-pustu atau polindes-polindes atau puskesmas-puskesmas dan tidak dipungut biaya atau gratis. Disitu juga kita beritahukan bahaya dari penyakit kaki gajah itu nah dengan adanya penyuluhan seperti itu alhamdulillah mereka datang pak berobat gratis tadi". (6B).

"Disetiap kesempatan baik di arisan ibu-ibu pengajian ibu-ibu kita bertahukan akan ada pengobatan massal yang diadakan di pustu, polindes dan puskesmas disana ada pengobatan gratis, maka kita anjurkan untuk membawa seluruh anggota keluarga kecuali yang sakit keras, ibu hamil atau menyusui, dan bayi dibawah dua tahun.". (7B).

"Kita sebagi tokoh masyarakat melalui kesempatan khotbah di mesjid menyampaikan pesan agar semua orang yang ada didesa ini untuk mengikuti pengobatan massal yang diadakan di pustu-pustu, polindes-polindes, puskesmas-puskesmas secara gratis". (8B).

5.4.1.17. Setelah mendapat obat dari petugas kesehatan apakah anda memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.

Setelah 1-2 hari pertama pembagian obat, akan dilakukan penyisiran/sweeping. Penyisiran/sweeping merupakan proses untuk mencari orang yang tidak minum obat pada hari pembagian obat yang telah ditentukan, biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan kader dan tokoh masyarakat dan akan memakan waktu 1-2 bulan. Prosedur sweeping

bisa dilakukan dari rumah ke rumah dan memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pengobatan. Seperti penuturan yang disampaikan oleh *informan* kita berikut ini:

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita bersama-sama dengan para kader dan tokoh masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, kita kunjungi dan memastikan mereka meminum obat yang kita berikan". (6A.)

"Kita sebagai kader yang setiap saat melakukan kontak dengan warga memang dalam setiap kesempatan memantau apakah warga telah memakan obat atau tidak, akan tetapi dengan semakin tingginya kesadaran warga akan bahaya penyakit kaki gajah ini maka cakupannya cukup tinggi kira-kira 90 %"(7A)

"Sebagai tokoh masyarakat kita punya tanggung jawab terhadap kesuksesan pengobatan massal ini yah paling tidak 90 % lah". (8A).

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Kita yang tinggal bersama-sama dengan warga ya terus menerus kan ketemu jadi selama sebulan itu rasanya semuanya minum obatlah, ya ada sih yang karena tugas dan karena dagang mereka tidak bisa pada hari pelaksanaan pengobatan itu tapi kan pada hari selanjutnya mereka sudah ada dirumahnya, jadi disitu kita penjelasan dan kasih obat untuk diminum". (6B).

" Bersama dengan kader dari desa sebelah kita sering melakukan kunjungan memberikan penyuluhan tentang bahaya filariasis" (7B).

"Sebagai orang yang dituakan mereka mau mendengar apa yang kita sampaikan, oleh karena itu secara moral kita terpanggil untuk menyampaikan pesan tentang bahaya penyakit kaki gajah ini kepada masyarakat"(8B)

5.4.1.18. Pemantauan penanganan Infeksi kronis.

Bagi penderita yang sudah memiliki tingkat kecacatan perlu mendapat perhatian ataupun perawatan baik dari anggota keluarga, teman, tetangga, kader

dan siapa saja yang memberikan perhatian. Perlu dipahami bahwa perhatian atau perawatan yang dilakukan secara informal dapat juga membantu penderita untuk mencegah kecacatan lebih lanjut dan mereka juga dapat membantu mengurangi beban pengucilan yang diderita oleh penderita gejala kronis. Sebagaimana diungkapkan oleh informan berikut ini.

Tingkat desa di kabupaten Muaro Jambi

"Kalau hanya untuk membersihkan saya pikir bisalah sipenderita itu sendiri yang penting bagaimana agar dio merawatnya dengan benar" (7A).

Tingkat Desa di kabupaten Tanjung jabung Timur

"Kita sangat menganjurkan kepada keluarga penderita agar membantu membersihkan filariasis anggota keluarganya yang terkena, dan yang lebih utama adalah kepada masyarakat jangan memiliki pengucilan terhadap mereka yang menderita sehingga mereka bisa tampil percaya diri".(7B)

5.4.2. Tatalaksana Faktor Risiko

5.4.2.1. Tempat kebiasaan hidup nyamuk.

Berikut penuturan informan tentang tempat kebiasaan hidup nyamuk yang menularkan kaki gajah.

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Daerah kita ini banyaklah dilalui sungai-sungai kecil dan besar, kalau musim hujan sudah terisi semua palung-palung itu otomatis menjadi tempat bersarang itu nyamuk".(6A)

"Daerah ini banyak dijumpai sungai, disepanjang daerah ini diikuti sungai dan warga kita memanfaatkan juga sungai ini sebagai sarana transportasi keperluan mandi cuci, dan kakus jadi setiap hari warga kita kontak dengan sungai sebagai tempat perindukan nyamuk".(7A)

"Tempat kebiasaan nyamuk penular kaki gajah biasanya di air-air yang tergenang disungai, dirawa, di parit-parit, digot, dan tempat tempat penampungan air kemudian juga di semak-semak belukar". (8A)

Tingkat Desa di Kabupaten tanjung Jabung Timur

" Disini banyak ditemui sungai dengan tumbuhan airnya dan kalau musim hujan daerah rendah terisi air yah sudah menjadi tempat nyamuk bertelur kan, lagian penduduk kita kebanyakan petani jadi di kebun juga mereka digigit nyamuk".(6B)

"Di sungai pak atau dikebun sudah itu masyarakat juga belum menyadari rumah yang didalamnya kumuh, pakaian bekas yang masih bergantung menjadi sarang atau peristirahatan nyamuk juga". (7B)

" Sebagian besar warga kita kan petani yang setiap harinya bekerja di kebun sementara di kebun juga banyak sekali ditemukan nyamuk"(8B)

5.4.2.2. Pengendalian sumber penyakit (simpul 1)

Pengendalian penyakit atau manajemen penyakit secara terpadu berbasis wilayah, dimulai dari pengendalian sumber penyakit. Pengendalian pada sumber penyakit merupakan upaya preventif promotif.

Sumber penyakit menular yaitu penderita penyakit menular itu sendiri. Dengan melakukan pencarian kasus secara aktif dan menetapkan kasus (melakukan diagnosis secara cepat dan tepat terhadap kasus) serta pengobatan hingga sembuh, maka sumber penularan dapat dieliminir bahkan dihilangkan. Manajemen kasus penyakit menular upaya promotif sekaligus preventif, karena mencegah agar tidak timbul penularan lebih lanjut dalam masyarakat (Achmadi, 2005).

Dibawah ini penuturan informan tentang upaya yng dilakukan terhadap pengendalian sumber penyakit (simpul 1)

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita menginstruksikan keseluruhan jajaran kita dibawah termasuk kader dan tokoh masyarakat dan seluruh elemen masyarakat agar kalau menemukan kasus atau penderita segera melaporkan ke petugas kita, nah kalau ketemu kita akan lakukan pengobatan dan itu gratis tidak dipungut biaya khusus filariasis". (1A)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita anjurkan kepada warga kita kalau masih ada anggota keluarga, tetangga atau pengunjung yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah, segera mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pos pelayanan kesehatan". (3A)

"Perlu kita bentuk semacam juru filarial begitu sehingga dengan adanya juru filarial tersebut maka pencarian kasus akan semakin gencar, nah dengan ditemukannya mereka maka setelah pengobatan diharapkan terjadi pemutusan siklus penularannya . (4A).

"Karena sumber penyakit menular adalah si penderita itu sendiri, maka ini menjadi tanggung jawab kita bersama dari pihak kesehatan mengobati dan dari pihak masyarakat mencari dan melaporkan nah itulah kerjasama". (4A).

Tingkat Desa di kabupaten Muaro Jambi

"Kita sebagai bidan terus memantau perkembangan filarial didaerah ini, kita kan tinggal dan bekerja disini, jadi itu merupakan kewajiban kita untuk mencari da mengobatinya, dan yang lebih penting adalah partisipasi anggota keluarga kalau sekiranya ada anggota keluarga yang yang terindikasi filarial segera dibawa ke pustu atau polindes maka kita akan lakukan pengobatan secara gratis". (5A).

"Kita baik sebagai Kades, Kader, dan Tokoh Masyarakat sebagai pelayan di tengah masyarakat, memiliki beban moral terhadap situasi dan kondisi di tengah masyarakat, oleh karena itu apapun persoalan yang menyangkut masalah kesehatan kita memfasilitasi, kita bimbing dan arahkan sehingga cepat ditemukan kasus dan segera dilakukan pengobatan yang tepat maka dengan demikian diharapkan tidak ada lagi penularan penyakit kaki gajah ini". (7A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung timur

"Kita instruksikan dan sosialisasikan pengobatan penyakit kaki gajah secara gratis tidak dipungut biaya" (1B)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Kita sebagai kepala pemerintahan tingkat kecamatan menganjurkan melalui setiap kegiatan kemasyarakatan menyampaikan kepada warga agar kalau masih ada anggota keluarga yang terindikasi penyakit kaki gajah agar segera memeriksakan diri selanjutnya kalau dinyatakan positif kaki gajah akan diobati secara gratis" (3B)

"Dengan melakukan pencaria kasus secara cepat dan aktif serta melakukan diagnosis secara cepat dan tepat dan pengobatan hingga sembuh, maka sumber penularan dapat dieliminir bahkan dihilangkan, inilah tugas dan tanggung jawab kita bersama". (4B)

Tingkat Desa di kabupaten tanjung Jabung Timur

" Bidan sebagai petugas di Pustu dan bertempat tinggal di tengah warga, jadi sebagian besar warga kita terpantau baik pada kesempatan mereka berobat ataupun dalam kehidupan bermasyarakat" (5B)

" Sebagai kader sekaligus sebagai warga masyarakat biasa yang terlatih kita bertanggung jawab terhadap program pengobatan massal filariasis ini" (7B)

5.4.2.3. Pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi

(simpul 2)

Disamping pengendalian sumber penyakit atau (simpul 1) kita akan melakukan pengendalian disimpul 2 atau pada media penularan atau di sebut juga wahana transmisi (Achmadi, 2005). Ada beberapa peluang untuk mengendalikan agen penyakit melalui media transmisi, misalnya: pengendalian vektor atau pada manusia pembawa penyakit (seperti pengobatan atau *containment* penderita)

Pengendalian vektor merupakan salah satu cara mengendalikan penyakit yang ditularkan vektor penyakit, seperti nyamuk penular filariasis, penular malaria, penular demam berdarah dan lain sebagainya.

Berikut di bawah ini penuturan informan tentang bagaimana pengendalian pada media transmisi (wahana penularan)

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

" Pengendalian wahana penularan atau media transmisi kita lakukan melalui berbagai cara salah satunya melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) ini sudah kita jadikan program di Puskesmas, sekolah dan Kantor Camat dan Kantor Kepala Desa. Nah PSN ini di isi dengan berbagai kegiatan mulai dari kebersihan lingkungan dan program pengasapan dan pembubuhan abate dan juga kegiatan gerakan 3D yaitu dikuras, dikubur dan dikeringkan". (1A).

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita gerakkan warga dengan memanfaatkan lahan pekarangan menjadi lahan produktif melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga dan melalui Penyuluh Pertanian Lapangan (PPL) kita maksimalkan penggunaan lahan yang telantar dengan demikian akan mengurangi perindukan nyamuk juga kan". (4A).

Tingkat Desa di Kabupaten Muaro Jambi

"Disamping gerakan PSN perlu juga upaya perbaikan perilaku hidup sehat, termasuk ketaatan penggunaan memakai kelambu yang sudah dibagikan, pokoknya menghindari diri dari gigitan nyamuk". (7A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung jabung Timur

" PSN merupakan program yang tepat untuk pengendalian wahana penularan dan itu telah kita sosialisasikan kesemua instansi dilingkunagn Pemda Tk II Kabupaten Tanjung Jabung Timur"(1B)

Tingkat Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Pemberantasan sarang nyamuk merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan media transmisi". (4A).

Tingkat Desa di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

”Melalui program kelambunisasi kita tekankan agar warga taat menggunakannya untuk menghindari risiko gigitan nyamuk” (7B)

5.4.2.4. Proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3).

Emisi sumber agen penyakit yang berada pada media transmisi (lingkungan) kemudian berinteraksi dengan penduduk atau masyarakat setempat. Intensitas hubungan interaktif antara media transmisi (lingkungan) dengan masyarakat tergantung pola perilaku individu atau kelompoknya, misalnya perilaku menghindar dari gigitan nyamuk, perilaku dari pekerjaan dan sebagainya. Ada beberapa upaya untuk menghindar atau mencegah agar komunitas tertentu tidak kontak dengan komponen yang memiliki potensi membahayakan kesehatan seperti: upaya perbaikan perilaku hidup sehat, penggunaan alat pelindung diri seperti kelambu, obat nyamuk bakar atau semprot, atau cream anti nyamuk, dan memberikan kekebalan dengan imunisasi (Achmadi, 2005).

Untuk memutuskan kontak antara komunitas dengan serangga penular penyakit filariasis yaitu dengan cara memakai kelambu. Tetapi pemakaian kelambu harus disesuaikan, karena tiap wilayah memiliki model transmisi atau penularan yang berbeda satu sama lain. Diperlukan upaya *evidence* untuk mengetahui dimana dan kapan terjadi penularan antara satu dengan yang lainnya.

Informan di bawah ini menjelaskan bagaimana cara pengendalian simpul 3 (proses pajanan kontak) pada komunitas sebagai berikut:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Muaro Jambi

"Kita harapkan melalui program kelambunisasi warga kita rajin memakainya, dan melalui kader kita sudah membagikan bubuk abate untuk dibagi-bagikan ke masyarakat, disamping penyuluhan-penyuluhan yang disampaikan tenaga promkes, kita harapkan mereka ada perubahan pola perilaku hidup sehat yaitu Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)". (1A)

"Dari Dinas Kesehatan kan sudah ada membagi-bagikan kelambu jadi itu yang kita sangat sarankan agar dipatuhi warga guna memutuskan siklus penularannya, lalu melalui kegiatan gotong royong juga yah itu kan bertujuan memusnahkan sarang nyamuk, jadi dengan demikian maka potensi penularannya akan semakin kecil". (2A).

"Melalui penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur atau penggunaan obat anti nyamuk saya pikir merupakan langkah pengendalian simpul 3". (3A).

"Kita sudah bagi-bagikan kelambu dalam rangka kelambunisasi, disamping pemberian bubuk abate merupakan langkah pemutusan mata rantai perkembang biakan dan penularan penyakit bersumber binatang. Kemudian kita juga mengadakan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan luar rumah maupun kebersihan dalam rumah, termasuk memperhatikan penempatan kandang ternak. Apabila warga kita memperhatikan penyuluhan dan saran yang kita sampaikan insya allah angka filariasis dapat ditekan ehh diturunkan gitulah". (4A).

"Kita menundak lanjuti penyuluhan yang disampaikan petugas kesehatan dari Puskesmas lalu kita pantau penggunaannya berapa dosis abatenya perkubik air, bagaimana cara mencelup kelambu kedalam larutan insektisidanya, lalu pakaian-pakaian yang bergantung kita suruh untuk di kumpulkan dan dicuci dan jangan sekali-kali digantung setelah dipakai"(5A).

"Penyuluhan yang telah disampaikan oleh petugas penyuluhan dari kesehatan kita lanjutkan lagi, karena warga kita ini suka lupa atau kurang memperhatikan jadi kita sebagai bagian masyarakat selalu menekankan ini disetiap ada pertemuan, saya pikir ini merupakan upaya pengendalian simpul 3". (7A).

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Melalui program kelambunisasi warga kita rajin memakainya dan melalui kader yang telah membagi-bagikan bubuk abate ke masyarakat disamping penyuluhan-penyuluhan yang disampaikan oleh tenaga promkes"(1B)

"Melalui mebagi-bagikan kelambu sangat disarankan agar dipatuhi warga guna memutus siklus penularannya, lalu melalui kegiatan gotong-royong"(2B)

"Penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur, mengandangkan ternak jauh dari pemukiman atau pemakaian obat anti nyamuk"(3B)

"Program Kelambunisasi pemberian bubuk abate dan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan luar rumah maupun kebersihan dalam rumah, termasuk penempatan kandang ternak"(4B)

"Sebagai petugas Bidan yang tinggal ditengah warga kita selalu menganjurkan pemakaian kelambu dan penutupan lubang udara dengan kawat kasa serta mengurangi kegiatan malam hari di luar rumah"(5B)

"Karena sebagian warga kita tidak terbiasa menggunakan kelambu oleh karena itu kita terus menerus melakukan pengecekan terhadap warga agar taat menggunakan kelambu pada saat tidur"(7B)

5.4.3. Pengintegrasian dalam perencanaan, penganggaran dana, waktu pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi program eliminasi filariasis di lakukan.

Proses perencanaan penting untuk keberhasilan eliminasi filariasis. Rencana tersebut akan memberikan suatu gambaran bagi tim atau *stake holder* atau siapapun yang peduli terhadap filariasis tentang waktu pelaksanaan, anggaran yang diperlukan, dan juga menguraikan kegiatan-kegiatan yang diperlukan termasuk di dalamnya monitoring dan evaluasi, bahkan bisa juga digunakan sebagai proposal untuk mengajukan dana kepada pemerintah atau donatur. Demikian penuturan informan berikut ini:

Tingkat Kabupaten di kabupaten Muaro Jambi

"Sebelum dilakukan program pengobatan terlebih dahulu dilakukan survei berapa jumlah penduduk di tiap desa dan kecamatan menurut golongan umur untuk menghitung jumlah kebutuhan logistiknya, lalu kita

mengadakan pertemuan koordinasi kabupaten yang bertujuan untuk mendapatkan kesepakatan dengan Puskesmas jadwal pelaksanaan program pengobatan filariasis dengan melibatkan Kita Sebagai Kepala Dinas Kesehatan kemudian staf kita dari P2ML, seksi filariasis dan kepala puskesmas dengan materi bahasan meninjau ulang rencana program pengobatan massal filariasis, yaitu berapa jumlah kader, jumlah sasaran, kebutuhan obat. Lalu bagaimana tentang rencana pelatihan kader lalu melatih kader melakukan penyuluhan kepada masyarakat, lalu terakhir bagaimana tindakan advokasi. Dan ini kita lakukan dua bulan sebelum pengobatan massal filariasis.

Alokasi dana didalam pelaksanaan program pengobatan massal ini seperti saya sampaikan tadi yaitu bersumber dari WHO untuk penyediaan obat, HWS untuk biaya operasional, dan apabila salah satu sumber dana atau keduanya berhenti memberikan bantuan dana maka APBD siap menopang baik obat maupun operasionalnya sebesar 11 % dana APBD.

Pelaksanaan Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap puskesmas meliputi; mapping (pemetaan), survei endemisitas, sosialisasi, pelatihan kader, pengobatan dan reaksi pengobatan, perawatan mandiri filariasis, ketersediaan obat dan logistiknya, pencatatan dan pelaporan serta kegiatan yang lain yang mendukung. Dan kita melakukan evaluasi untuk mengetahui pencapaian tujuan kita yaitu dengan evaluasi proporsi penduduk di daerah endemis yang mendapatkan pengobatan massal sesuai dengan program filariasis".(IA).

Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh informan berikut ini:

Tingkat Kabupaten di Kabupaten Tanjung Jabung Timur

"Disini kita melakukan pertemuan koordinasi untuk merencanakan program pengobatan massal dengan mengundang peserta dari kepala pemerintahan setingkat camat, kepala puskesmas, kepala desa, bidan desa, kader desa dan tokoh masyarakat, tujuan pertemuan koordinasi ini yaitu untuk mendapatkan kesepakatan jadwal pelaksanaan program pengobatan massal filariasis, kebutuhan logistik, kesiapan petugas dan jumlah sasaran. Program pengobatan massal ini didukung dana yang bersumber dari WHO untuk pengadaan obat, HWS untuk dana Operasional, pelaksanaan pengobatan massal dilakukan pada bulan Agustus sampai Oktober. Dan kita juga langsung mengadakan monitoring dan evaluasi sebagai dasar tindak lanjut kegiatan berikutnya yaitu dengan mengetahui proporsi penduduk didaerah endemis yang mendapatkan pengobatan massal sesuai dengan program filariasis". (IB).

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu manajemen filariasis berbasis wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur.

Program eliminasi Filariasi di Indonesia telah menetapkan bahwa mercka yang menderita gejala klinis filariasis secara khusus dirawat dan diobati dengan DEC dosis 100 mg 3X sehari selama 10 hari. Pada putaran pertama pengobatan massal. Pada tahun kedua mereka akan diberi pengobatan yang sama yang diberikan pada masyarakat lain yaitu dosis tunggal (Depkes RI, 2006).

Tata laksana kasus limfodema bertujuan untuk: mengurangi bau yang tidak sedap, mencegah dan menyembuhkan lesi, seringkali mengurangi ukuran kaki, lengan atau bagian tubuh yang lain yang terkena, mengurangi serangan akut yang disebabkan infeksi bakteri terhadap kulit, meningkatkan rasa percaya diri si penderita dan juga meningkatkan kemampuan si penderita untuk bekerja atau sekolah atau kegiatan yang lain seperti yang dilakukan tenaga kesehatan mengenai tata laksana kasus di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur.

Dasar tata laksana kasus klinis filariasis adalah tindakan sederhana yaitu berupa pencucian pada anggota tubuh yang bengkak secara seksama menggunakan air bersih dan sabun minimal 1 x sehari sebelum tidur

Kalau penderita telah cacat dan tidak mampu mencapai beberapa bagian kaki, maka mereka harus mencari bantuan pada teman atau anggota keluarga. Para petugas harus pula mengetahui kapan harus merujuk penderita ke fasilitas kesehatan khususnya pada saat penderita mengalami atau membutuhkan antibiotia sistemik. Secara standart sudah ada protap mengenai tata laksana kasus tinggal diikuti saja oleh petugas kesehatan, kader, anggota keluarga dan sipenderita itu sendiri.

Di tingkat puskesmas di Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur tindakan tatalaksana kasus tergantung tingkatan berat ringannya kasus tahap 1- tahap 7 mulai dari perawatan terhadap gejala, kebersihan diri (membersihkan dan mengeringkan), perawatan terhadap lesi, gerak badan, gerakan mengangkat kaki, pemberian krim propilastik dan pemberian antibiotika sistemik propilastik. Lalu penderita limfodema kita anjurkan untuk memakai sepatu yang tidak terlalu sempit untuk menghindari luka lecet, ini terhadap penderita limfodema ringan tahap 1 atau tahap 2, mereka yang menderita limfodema tahap 2 – tahap 7 harus sering mengangkat kaki setiap ada kesempatan. Hal ini sebaiknya dilakukan pada siang dan malam hari pada saat tidur, meninggikan kaki dan latihan-latihan seperti ini harus sesering mungkin dilakukan.

6.1. Tata Laksana penduduk didaerah endemis filariasis dan Kasus Klinis.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa manajemen filariasis berbasis wilayah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur pada dasarnya adalah pengintegrasian antara manajemen kasus (penyakit) dengan manajemen faktor risiko atau manajemen kesehatan masyarakat dan sebaliknya. Untuk menilai apakah manajemen kasus dan manajemen faktor risiko filariasis dilakukan dengan baik atau tidak atau dilakukan secara terintegratif atau tidak, perlu dilakukan audit kegiatan. Dan yang paling penting juga adalah apakah ada upaya integratif diantara ke 2 nya atau tidak, baik perencanaan maupun pelaksanaannya.

Audit Manajemen penyakit berbasis wilayah adalah proses sistematis, periodik dan atau sewaktu, yang dilakukan untuk mengukur kinerja suatu kegiatan dibandingkan dengan standard dan tujuan yang telah ditetapkan untuk menemukan adanya penyimpangan atau kekurangan dan mencari penyebabnya sehingga dapat segera dilakukan perbaikan (Achmadi. 2008 draft).

Manajemen Kasus adalah suatu kegiatan tatalaksana penderita penyakit tertentu yang meliputi upaya penegakan diagnosa, pengobatan, rujukan, perawatan untuk kesembuhan, menghindarkan kematian dan kecacatan (Achmadi, 2008 draft).

6.1.1. Menetapkan seseorang teridentifikasi filaria (Menegakkan Diagnosa)

Informan yang lebih tepat memberikan jawaban atas pertanyaan tentang cara menetapkan seseorang teridentifikasi filariasis lebih diarahkan kepada petugas

kesehatan seperti Kepala Dinas Kesehatan Kepala Puskesmas dan Bidan. Dan dari kedua kabupaten tersebut tidak ada yang mengetahui cara identifikasi filaria dengan teknik Immuno Chromatographic Test. (ITC).

Kabupaten Muaro Jambi hampir semuanya informan memberikan penjelasan tentang upaya menegakkan diagnosa dengan dua cara yaitu: pertama dengan survei darah jari kemudian cara yang kedua yaitu dengan melihat gejala klinis bahwa filariasis itu sendiri telah bermanifestasi didalam tubuhnya baik di tangan ,kaki, di alat kelamin dan payudara.

Dan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur juga melakukan hal yang sama terhadap upaya menegakkan diagnosa, pertama dengan survei darah jari dengan lebih spesifik menggambarkan pengambilan darah jari itu dilakukan malam hari sekitar jam 23.00 – 02.00 dini hari. Cara yang kedua yaitu dengan melihat gejala klinis bahwa filariasis itu sendiri telah bermanifestasi didalam tubuhnya baik di tangan ,kaki, di alat kelamin dan payudara.

6.1.2. Pelaksanaan pengobatan massal (MDA).

Pelaksanaan pengobatan massal biasanya dilakukan pada hari yang sama diseluruh unit pelaksanaan (UI). Biasanya perlu 1 - 2 hari agar pengobatan massal menjangkau semua rumah dan daerah di dalam satu unit pelaksanaan. Sebaiknya diadakan satu hari khusus untuk distribusi obat. Ada beberapa kriteria orang yang tidak masuk dalam program pengobatan massal yaitu ibu hamil atau menyusui,

bayi dibawah usia dua tahun dan orang yang sakit parah (*Tool kit for the elimination of filariasis, 2004*).

Pelaksanaan pengobatan massal dilakukan serentak diseluruh kecamatan (3 Kecamatan) di kabupaten Muaro Jambi, semua orang diberikan obat DEC (100) mg dan Albendazole (400 mg) sesuai dengan golongan umur. seperti dalam tabel berikut ini.

Berdasarkan koordinasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi maka petugas di puskesmas dibantu oleh kader desa, bidan desa, tokoh masyarakat yang sebelumnya telah diumumkan melalui sholat jumat di mesjid-mesjid mengajak kesediaan warga untuk datang ke posko-posko yang terdekat agar berpartisipasi dalam menelan obat yang dibagikan oleh para petugas dengan gratis tanpa dipungut bayaran. Dalam pengobatan massal yang dilakukan ditemukan sejumlah warga tidak bisa mengikuti pada hari pertama dan hari kedua berhubung karena keanekaragaman aktifitas warga seperti petani yang pulang kampung sekali seminggu atau pedagang yang sedang keluar daerah. Oleh karena itu diupayakan selama satu bulan penuh Bidan desa maupun Kader desa mengunjungi dari rumah kerumah memastikan agar warga itu terjaring sebagai peserta pengobatan massal untuk mencapai cakupan pengobatan massal 90 %, hasil dari observasi laporan dari Dinas kesehatan cakupan pengobatan massal rata-rata didapatkan > 90 %.

Di Kabupaten Tanjung Jabung Timur pelaksanaan pengobatan massal dilakukan di 2 Kecamatan dengan menyiapkan semua obat sarana parasarana dan

tenaga untuk melakukan pengobatan massal pada hari jumat dan sabtu. . Pengobatan massal dilakukan pada sore hari pada waktu mereka sudah selesai makan siang atau makan malam untuk mengurangi efek samping. Selain itu efek samping pengobatan kemungkinan muncul kira-kira 6 jam setelah meminumnya jadi apabila di berikan pada sore atau malam hari orang akan ngantuk lalu tidur dengan demikian berarti tidak akan banyak menderita karena efek samping Hari pertama hampir 90 % warga datang ke posko menerima dan memakan obat didepan petugas.

Tingginya angka cakupan pengobatan massal adalah karena keterpaduan kerjasama para pengambil kebijaksanaan atau stake holder dimasing-masing institusi, serta program sosialisasi dan advokasi yang berdampak terhadap rangsangan kesadaran dan partisipasi warga untuk turut serta dalam pengobatan massal.

Tanjung Jabung Timur ada dua puskesmas yang sudah memasuki tahun kelima pengobatan massal jadi sama seperti tahun kemarin masyarakat itu sepertinya sudah sadar sehingga petugas tidak mengalami kesulitan lagi. Berikut ini petunjuk pemberian obat DEC dan Albendazole yang disesuaikan dengan golongan umur .

6.1.3. Kesiapan petugas dilapangan.

Untuk menyiapkan pengobatan massal sebelumnya dilakukan sensus penduduk dalam unit pelaksanaan guna mengetahui berapa jumlah penduduk. Biasanya sensus dilakukan oleh petugas Puskesmas atau pustu bersama dengan

pimpinan desa atau kelurahan dalam daerah mereka sehingga didapatlah jumlah pasti penduduk yang tinggal di daerah itu. Sensus ini menyediakan informasi bagi tingkat kabupaten tentang berapa banyak obat yang perlu dialokasikan oleh Dinkes Kabupaten dan juga menghasilkan denominator untuk jumlah cakupan yang dilaporkan yang akan diperiksa setelah pengobatan massal. Persiapan penting lainnya adalah pelatihan petugas kesehatan di tingkat Puskesmas, Pustu atau Polindes termasuk kader dan tokoh masyarakat.

Di Kabupaten Muaro Jambi, petugas kesehatan termasuk kader desa, kepala desa, tokoh masyarakat sudah dibekali dengan pelatihan bagaimana melakukan penyuluhan ke masyarakat, termasuk pendistribusian logistik dan obat-obatnya.

Demikian juga dengan Kabupaten Tanjung Jabung Timur dengan pengalaman pengobatan massal filariasis tahun sebelumnya jadi tidak ada masalah dengan persiapan petugas kesehatan, kepala desa, kader desa dan tokoh masyarakat.

6.1.4. Pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan

Logistik termasuk didalamnya obat-obatan, dipastikan sudah harus sampai di puskesmas 1-2 minggu sebelum pengobatan massal dimulai. Hal ini memberikan cukup waktu bagi puskesmas untuk mendistribusikan obat-obat kepada fasilitas kesehatan yang berada dibawahnya atau desa/kelurahan. Perencanaan ini harus matang mengingat kondisi geografis atau akses jalan dan iklim. Jadi sebaiknya

semua logistik sudah ada di desa/kelurahan tiga hari sebelum pengobatan massal. Seperti yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dimana, seminggu sebelum hari pengobatan massal dilakukan, semua logistik sudah sampai di puskesmas lalu distribusikan ke semua puskesmas dan polindes yang ada di desa dan kelurahan, dan dipastikan logistiknya semuanya utuh sampai ditempat sebelum hari pelaksanaannya, baik jumlah dan kondisinya harus cukup dan baik.

Demikian juga dengan pendistribusian logistik yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, dimana pengkoordinasiannya melibatkan semua petugas dari Dinas Kesehatan, Aparat Kecamatan, Puskesmas, Kepala desa, Bidan desa, Kader dan tokoh masyarakat. Dengan terkoordinasinya pendistribusian logistik di Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur menjadi salah satu penentu suksesnya pengobatan massal yang terbukti dengan tingginya cakupan pengobatan massal di semua daerah tempat berlangsungnya program pengobatan massal.

6.1.5. Penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan atau tingkat RT (perkotaan)

Penggerakan masyarakat merupakan unsur penting dari pengobatan massal, yaitu melalui penggerakan masyarakat akan menginformasikan kepada masyarakat tentang alasan mengapa harus minum dua macam obat tersebut, jika masyarakat tidak diinformasikan tentang manfaat obat, maka akan ada risiko orang tidak mau

meminumnya karena mereka tidak mengerti apa manfaat obat itu terhadap mereka. Betapa akan sangat buang waktu dan tenaga percuma jika hal itu terjadi. Karena itu harus di pastikan melakukan penggerakan masyarakat untuk daerah perkotaan maupun pedesaan. Seperti di ungkapkan Dr Moh. Sudomo pada saat pidato pengukuhan Guru Besar Risert bahwa pemberantasan infeksi parasitik harus melibatkan semua pihak dan pemberdayaan masyarakat menjadi terpenting karena tanpa kesadaran masyarakat tentang bahaya infeksi parasitik yang mengancam mereka maka program pemberantasannya tidak akan berhasil.

Sebaiknya kegiatan menggerakkan masyarakat di lakukan selama dua minggu sampai satu bulan sebelum pelaksanaan pengobatan massal. Para pengambil keputusan perlu memberikan kata-kata sambutan, serta meminum obat tersebut didepan masyarakat pada saat pelaksanaan pengobatan massal dengan maksud menunjukkan dukungan politiknya serta menunjukkan bahwa mereka tidak ragu-ragu terhadap pengobatan tersebut dan dampaknya dan menunjukkan bahwa pengobatan itu penting bagi mereka. Seperti instruksi yang di berikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur melalui kegiatan kemasyarakatan di balai desa, di mesjid dan di Sekolah di fasilitasi oleh kecamatan dan bersama-sama dengan tokoh masyarakat, kader dan seluruh elemen masyarakat memberikan penyuluhan untuk menumbuhkan kesadaran akan pentingnya pengobatan ini.

6.1.6. Pemantauan efek samping.

Dalam pengobatan massal ini kemungkinan terjadi efek samping selalu ada, jika seseorang memiliki mikrofilaria dalam tubuhnya maka pada saat obat membunuh mikrofilaria maka tubuh kadang-kadang bereaksi akibat kematian cacing-cacing tersebut dan efek samping tidaklah mengancam jiwa. Jika terjadi efek samping maka yang perlu di pahami adalah bahwa efek samping adalah sesuatu yang baik, dan hal itu berarti bahwa obat yang diminum bekerja dan bahwa mereka mempunyai cacing filaria didalam tubuh mereka. Sebaiknya petugas kesehatan baik dokter atau bidan tinggal didesa atau kelurahan pada saat malam pertama pengobatan. Hal ini bermaksud bahwa petugas kesehatan berada didaerah masing-masing untuk membantu masyarakat apabila terjadi efek samping.

Kepala Dinas Kesehatan Muaro Jambi dan Kepala Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur menyampaikan pada pertemuan pelatihan tentang betapa pentingnya petugas pengobatan ada ditempat pada saat malam pertama pengobatan massal di lakukan agar masyarakat merasa aman dan tidak ragu-ragu. Demikian juga seperti yang dijelaskan oleh Kepala Puskesmas bahwa sebagai petugas dilapangan dan memang tinggal bersama warga memantau warga semuanya, dan untuk menyiasatnya obat di anjurkan dimakan setelah makan malam jadi walaupun mungkin ada efek samping tapi mereka udah pada tidur. Ini merupakan langkah yang dilakukan untuk meminimalkan efek samping walaupun sebenarnya masih ditemukan efek samping akan tetapi sudah diminimalkan.

6.1.7. Penyisiran/ sweeping dilakukan terhadap orang yang tidak minum obat (bagaimana menjamin agar obat itu diminum)

Setelah 1 – 2 hari pertama pembagian obat, akan dilakukan penyisiran/ sweeping. Penyisiran/ sweeping merupakan proses untuk mencari orang yang tidak minum obat pada hari pembagian obat yang telah ditentukan, biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan kader dan tokoh masyarakat dan akan memakan waktu 1 – 2 bulan. Prosedur sweeping bisa dilakukan dari rumah ke rumah dan memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pengobatan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur menginstruksikan kepada staff yang dilapangan untuk melakukan penyisiran kepada anggota masyarakat bersama-sama dengan para kader dan tokoh masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, maksud dari kunjungan ini adalah memastikan mereka meminum obat yang di berikan.

Pendapat ini dibenarkan juga oleh Kepala Puskesmas yang tinggal bersama-sama dengan warga yang terus menerus bertemu dengan warga baik pada saat kunjungan berobat maupun dalam lingkungan sehari-hari termasuk kader dan tokoh masyarakat yang merupakan petugas ujung tombak dalam masyarakat terus malakukan pemantauan melalui kegiatan sosial mengajak warga untuk menerima obat dan menelannya seperti yang dilakukan oleh bidan juga ketika mereka berobat selalu diingatkan.

6.1.8. Pencegahan kecacatan .

Salah satu komponen penting dalam program eliminasi filariasis adalah pencegahan kecacatan bagi mereka yang mengalami gejala-gejala kronis filariasis yaitu: limfodema, elefantiasis. Karena gejala-gejala kronis ini bisa menyebabkan kecacatan yang lebih parah seiring berjalannya waktu maka penting untuk menjangkau setiap orang yang menunjukkan gejala kronis dan memberi penyuluhan mengenai langkah-langkah yang mereka dapat lakukan untuk mengurangi kecacatan dan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut pada masa yang akan datang.

Tindakan pencegahan terhadap mereka yang telah teridentifikasi kasus klinis kronis yang menderita limfodema atau elefantiasis mencakup kebersihan diri atau higiene secara umum, mencegah infeksi bakteri sekunder dan perawatan kulit. Lalu yang kedua dianjurkan agar sipenderita melakukan gerakan-gerakan alami secara berulang-ulang dan selalu melakukan pengangkatan (elevasi) terhadap bagian yang mengalami pembengkakan sesering mungkin. Dan tidak lupa kepada keluarga sipenderita juga dianjurkan untuk memberikan bantuan perawatan di rumah (Depkes RI Dirjen P2PL, 2006). Perawatan dan pencegahan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Muaro Jambi dan Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur terhadap penderita yang sudah kronis yaitu pemberian obat dan menganjurkan agar menjaga daerah yang bengkak tersebut tidak sampai pecah, yang lebih penting adalah tindakan perawatan diri sendiri yang dilakukan oleh diri sendiri dan anggota

keluarga termasuk membantu mengurangi beban pengucilan sosial. Kalau kondisinya sudah sangat parah maka akan dirujuk ke RSUD untuk dilakukan tindakan perawatan lebih intensive. Jadi kalau masih belum parah atau hanya bengkak diketiak yang hilang timbul, secara intensive terus dipantau pengobatannya sampai benar-benar sembuh.

6.1.9. Peran Legislatif memutuskan anggaran bagi sektor kesehatan pada Dinas Kesehatan.

Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) saat ini melibatkan dan menjangkau aspirasi masyarakat (tokoh masyarakat, pemuka agama, LSM dan sektor swasta) melalui forum musyawarah rencana pembangunan (musrembang) mulai tingkat desa, kecamatan, sampai dengan tingkat kabupaten. Musrembang kabupaten ini merupakan wahana untuk memaduserasikan aspirasi masyarakat dengan visi misi pemerintah daerah yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).

Kepala Daerah berdasarkan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) kemudian menyusun rancangan kebijakan umum (KU) APBD. Rancangan KU APBD sebagai landasan penyusunan RABPBD disampaikan oleh Kepala Daerah kepada DPRD. KU APBD selain didasari oleh RKPD juga memperhatikan pokok-pokok pikiran DPRD, data historis dan kebijakan pemerintah atasan dalam hal ini Pemerintah Propinsi dan Pemerintah Pusat. Rancangan KU APBD yang telah

dibahas oleh Kepala Daerah bersama DPRD selanjutnya disepakati menjadi kebijakan umum APBD.

Berikut peran komisi A Kabupaten Muaro Jambi dan Komisi C Kabupaten Tanjung Jabung Timur didalam memutuskan anggaran bagi sektor Kesehatan yaitu melalui forum musrembang yang melibatkan seluruh elemen yang ada di masyarakat yang mengakomodir aspirasi rakyat. Berdasarkan Kebijakan Umum (KU) APBD yang telah disepakati, Pemerintah Daerah menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran sementara (PPAS), setelah PPAS disusun tim anggaran eksekutif, selanjutnya di sampaikan kepada panitia anggaran legislatif untuk konfirmasi kesesuaiannya dengan KU APBD yang telah disepakati sebelumnya. Setelah disepakati maka PPAS kemudian menjadi prioritas dan plafon anggaran (PPA). Kebijakan umum anggaran serta prioritas plafon anggaran (PPA) yang telah disepakati bersama kepala daerah dan DPRD dituangkan dalam nota kesepakatan yang ditandatangani bersama oleh kepala daerah dan pimpinan DPRD.

6.1.10. Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering Anggota Legislatif komisi yang membidangi kesehatan di undang rapat atau seminar

Anggota DPRD harus di hubungi pada saat rapat atau seminar dan minta persetujuan atas materi yang dibuat, dengan meminta atau memasukkan saran-saran mereka akan meningkatkan keterlibatan mereka lebih lanjut serta pemberdayaan dalam upaya-upaya pemberantasan filariasis. Komisi yang

membidangi kesehatan didalam merumuskan program eliminasi filariasis yang dibuat dalam acara semacam seminar tidak pernah diundang karena memang ternyata tidak pernah ada seminar. Dinas Kesehatan hanya mengadakan pelatihan dan hanya melibatkan petugas kesehatan dan kader serta kepala desa dan tokoh masyarakat mereka diundang hanya pada saat sosialisasi pengobatan massal dan mereka berpartisipasi juga makan obat.

6.1.11. Dukungan Legislatif terhadap Program Eliminasi Filaria

Program eliminasi filariasis merupakan program nasional yang artinya merupakan program yang memerlukan dukungan dari berbagai pihak termasuk DPRD. Dukungan yang diberikan komisi A di DPRD yaitu sesuai dengan kemampuan keuangan daerah, jadi sepanjang itu adalah untuk keperluan rakyat akan memperjuangkannya dirapat panitia anggaran dengan mencari dukungan dari fraksi-fraksi sama seperti yang disebutkan ketua komisi C yang membidangi kesehatan berupaya agar alokasi anggaran yang ditujukan untuk program eliminasi filariasis jangan sampai gagal, karena bila tidak didukung oleh dana maka program ini tidak akan bisa menuntaskan kaki gajah itu, maka melalui rapat-rapat panitia anggaran ketua komisi C selalu vokal memperjuangkannya.

6.1.12. Komitment kepala pemerintahan setingkat kecamatan terhadap program pengobatan massal filariasis.

Pada saat direncanakan pengobatan massal sebelumnya diadakan pertemuan dengan advokasi kabupaten dan kota yang melibatkan DPRD, Dinas kesehatan,

Camat, Kader Tokoh Masyarakat, dan Organisasi Kemasyarakatan, dengan tujuan memperoleh dukungan pelaksanaan pengobatan massal serta dukungan politik dan dana pengobatan massal tahun berikutnya. Dal hal ini kepala pemerintahan setingkat kecamatan di kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur berkomitmen terhadap program kesehatan bahwa masalah kesehatan tetap menjadi prioritas dalam menunjang program pembangunan, sehingga tercapai keadaan masyarakat yang sejahtera sehat jasmani dan rohani, sehingga apa yang menjadi program Dinkes Kabupaten, Puskesmas, pusku atau polindes dai tingkat Kecamatan akan tetap di fasilitasi.

6.1.13. Keterlibatan Kepala pemerintahan setingkat Kecamatan di undang rapat atau seminar Filariasis.

Pertemuan dengan advokasi kabupaten dan yang melibatkan DPRD, Dinas kesehatan, Camat, Kader Tokoh Masyarakat, dan Organisasi Kemasyarakatan, dengan tujuan memperoleh dukungan pada pelaksanaan pengobatan massal serta dukungan politik dan dana pengobatan massal tahun berikutnya. Sebenarnya para kepala pemerintahan setingkat kecamatan di Kabupaten Muaro Jambi bukan diundang dalam rapat untuk merumuskan program pengobatan massal filariasis tapi justru lembaga kecamatan (pemerintah setingkat kecamatan memfasilitasi saja dan atas rencana kegiatan yang akan dilaksanakan sifatnya hanya koordinasi dari kecamatan. Tentang bagaimana pelaksanaan teknis itu adalah bagiannya Departemen Kesehatan artinya bagaimana caranya agar

program pengobatan massal itu berlangsung lancar perlu dukungan dan tindakan advokasi dari kepala pemerintahan setingkat Kecamatan.

Kepala pemerintahan setingkat kecamatan di Tanjung Jabung Timur memang diundang pada pertemuan advokasi kabupaten akan tetapi tentang bagaimana merumuskan strategi itu sepenuhnya bersifat teknis dan merupakan keahlian atau beban kerja dinas Kesehatan dan camat hanya bersifat koordinasi saja atau mengetahui sebagai kepala pemerintahan setingkat Kecamatan.

6.1.14. Pengetahuan Kades tentang penyakit kaki gajah (filariasis)

Filariasis atau kaki gajah adalah infeksi oleh cacing parasit yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk dan berdampak pada kerusakan sistem limfa ditubuh manusia. Pada saat nyamuk betina menggigit manusia, larva infeksi (L3) keluar dari kelenjar ludah nyamuk masuk kedalam tubuh melalui luka yang dibuat oleh probosis nyamuk. Selanjutnya apabila sudah masuk kedalam tubuh, larva-larva tersebut akan berpindah kedalam sistem limfa yang merupakan sistem pertahanan tubuh manusia. Dalam sistem limfa, selama 3 – 12 bulan larva tumbuh menjadi cacing dewasa jantan dan betina kemudian kawin dalam kelenjar limfa dan menghasilkan berjuta –juta mikrofilaria. Setiap cacing betina dewasa menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria (Mf) selama hidupnya sekitar 7 tahun atau lebih. Adanya cacing dewasa dan Mf yang dihasilkan dapat mengakibatkan kerusakan pada sistem limfa karena pada awalnya terjadi pelebaran saluran limfa sehingga mengganggu

jalannya cairan limfa dan sirkulasi sel-sel kekebalan. Akibatnya, cairan terkumpul dan menyebabkan odema. Lama kelamaan akan terjadi pembentukan jaringan ikat fibrosis sehingga terjadi limfodema yang berupa pembengkakan pada kaki, lengan, payudara, atau alat kelamin. Kerusakan saluran sistem limfa yang disebabkan cacing dewasa ini bersifat permanen walaupun cacing dewasa sudah mati.

Pada dasarnya kepala desa di daerah endemis sudah mengetahui dengan baik informasi tentang filariasis, mulai dari pergeseran pemahaman warga terhadap penderita seperti penyakit kutukan atau guna-guna sampai pada akhirnya mengetahui bahwa Filariasis itu penyakit yang disebabkan cacing filarial yang ditularkan melalui gigitan nyamuk yang didalam kelenjar liurnya mengandung larva L3 dan mengetahui tempat-tempat perkembang biakannya.

6.1.15. Pendapat Tokoh Masyarakat tentang penularan filariasis (kaki gajah).

Penularan filariasis dapat terjadi bila ada tiga unsur:

1. Adanya unsur penularan, yakni manusia itu sendiri atau hospes reservoir yang mengandung microfilaria dalam darahnya.
2. Adanya vector, yakni nyamuk yang dapat menularkan filariasis.
3. Manusia yang rentan terhadap vilariasis.

Seseorang dapat tertular filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk infeksi, yaitu nyamuk yang mengandung larva infeksi (Larva stadium 3 L 3). Pada

saat nyamuk infektif menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar menuju proboscis dan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju system limfe.

Larva L3 *Brugia Malayi* dan *Brugia Timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu kira-kira 3,5 bulan, sedang *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu kira-kira 9 bulan.

Kepadatan vektor, suhu dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis, suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap umur nyamuk, sehingga *microfilaria* yang telah ada didalam tubuh nyamuk tidak cukup waktunya untuk tumbuh menjadi larva infektif L3 (masa inkubasi ekstrinsik dari parasit *Wuchereria bancrofti* 10 – 14 hari, *brugia malayi* dan *brugia timori* 8 – 10 hari)

Periodisitas *mikrofilaria* dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap risiko penularan. Disamping faktor-faktor tersebut diatas, mobilitas penduduk dari daerah endemis filariasis kedaerah lain atau sebaliknya, berpotensi menjadi media terjadinya penyebaran filariasis antar daerah (Depkes RI, 2006).

Pada umumnya tokoh masyarakat sudah mengetahui tentang penularan kaki gajah baik topografi daerahnya yang berawa, perilaku penggunaan kelambu dan obat anti nyamuk dan pekerjaan sebagai faktor risiko kejadian filariasis.

6.1.16. Peran Kepala Desa, Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat menggerakkan masyarakat agar mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu.

Penggerakan masyarakat merupakan suatu bentuk pendekatan atau alat yang memungkinkan masyarakat untuk terlibat bersama dalam kegiatan. Organisasi masyarakat sektor pemerintah dan non pemerintah, serta individu tergabung dalam suatu upaya untuk berkomunikasi, negosiasi dan kerjasama memaksimalkan potensi-potensi yang ada untuk kegiatan bersama, perbaikan dan perubahan sosial. Untuk eliminasi filaria penggerakan masyarakat sangat diperlukan demi keberhasilan program secara keseluruhan, karena untuk kampanye filariasis memerlukan keterlibatan lebih dari 80 % dari jumlah penduduk untuk minum dua macam obat, DEC dan Albendazole, selama jangka waktu paling kurang lima tahun, maka perlu adanya dukungan masyarakat luas bagi proyek dari semua sektor kemasyarakatan. Jika dukungan seperti ini tidak ada ataupun kurang maka keberhasilan program menghadapi bahaya.

Kepala desa, Kader kesehatan, dan tokoh masyarakat di dua Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur dalam meggerakkan warga dengan menempuh berbagai cara yaitu memberikan pengertian bagaimana dampak atau kerugian dari kaki gajah itu, jadi dengan adanya bantuan puskesmas-puskesmas, bantuan pustu-pustu atau polindes-polindes dan bidan-bidan harap dimanfaatkan untuk berobat gratis.

Demikian juga dengan dengan kader yang mempunyai group binaan satu RT, jadi pada saat arisan di RT kader tersebut melakukan penyuluhan seperti yang telah dilatih kepada para kader agar baik bapak-bapak, ibu-ibu bersama-sama membawa anak-anak seluruh anggota keluarga datang dan meminum obat yang diberikan kecuali yang sakit keras, ibu hamil atau menyusui dan bayi di bawah lima tahun.

Demikian juga tokoh masyarakat selalu mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengobatan massal dan jangan sampai dilewatkan sebab kalau sampai lewat maka pengobatan ini tidak tuntas akibatnya penyakit ini akan muncul lagi, oleh karena itu maka digerakkan semua baik pemuda-pemudi lewat karang taruna sekolah-sekolah, MTs, Madrasah, dan kelompok pengajian untuk berobat

6.1.17. Setelah mereka mendapat obat dari petugas kesehatan apakah anda memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.

Setelah 1-2 hari pertama pembagian obat, akan dilakukan penyisiran/sweeping. Penyisiran/sweeping merupakan proses untuk mencari orang yang tidak minum obat pada hari pembagian obat yang telah ditentukan, biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan kader dan tokoh masyarakat dan akan memakan waktu 1-2 bulan. Prosedur sweeping bisa dilakukan

dari rumah ke rumah dan memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pengobatan. Baik Kepala desa, kader desa dan Tokoh masyarakat, mereka secara bersama-sama mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, dikunjungi lagi keesok harinya dan memastikan mereka meminum obat yang diberikan. Apalagi tinggal bersama-sama dengan warga ya terus menerus ketemu jadi selama sebulan itu semuanya meminum obat walaupun ada juga olehkarena tugas dan karena dagang mereka tidak bisa pada hari pelaksanaan pengobatan itu tapi pada hari selanjutnya mereka sudah ada dirumahnya, jadi disitu di jelaskan dan diberikan obat untuk diminum”.

6.1.18. Pemantauan penanganan infeksi kasus kronis di tingkat desa.

Bagi penderita yang sudah memiliki tingkat kecacatan yang parah perlu mendapat perhatian ataupun perawatan baik dari anggota keluarga, teman, tetangga, kader dan siapa saja yang memberikan perhatian. Perlu dipahami bahwa perhatian atau perawatan yang dilakukan secara informal dapat juga membantu penderita untuk mencegah kecacatan lebih lanjut dan mereka juga dapat membantu mengurangi beban pengucilan yang diderita oleh penderita gejala kronis.

Kapasitas kepala desa, kader desa, atau tokoh masyarakat hanya sebatas memantau dan menganjurkan kepada penderita dan keluarga penderita agar membersihkan luka atau pembengkakan akibat filariasis dan yang lebih utama

adalah kepada masyarakat jangan ada pengucilan terhadap mereka yang menderita sehingga mereka bisa tampil percaya diri

6.2. Tata Laksana Faktor Risiko.

Manajemen Faktor Risiko adalah tatalaksana suatu kegiatan yang meliputi semua variabel yang berperan pada kejadian penyakit pada kelompok masyarakat dengan mengikuti standar yang telah ditetapkan. Secara rinci bagaimana manajemen faktor risiko penyakit tersebut dilaksanakan dilihat dengan cara bagaimana pengendalian simpul 1, bagaimana pengendalian simpul 2, serta bagaimana pengendalian simpul 3 yakni semua atribut atau variabel kependudukan, dilakukan dengan baik atau tidak. Salah satu acuan apakah pengendalian simpul 1,2,3, dilakukan dengan baik atau tidak, maka dapat merujuk kepada pertanyaan apakah pengendalian faktor risiko tersebut dikendalikan dengan pendekatan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat atau tidak (Achmadi, 2008 draft).

6.2.1. Kebiasaan hidup nyamuk (Vektor) yang menularkan kaki gajah.

Untuk melaksanakan pemberantasan vektor filariasis, perlu mengetahui bionomik (tata hidup) vektor yang mencakup tempat berkembang biak, perilaku menggigit (mencari darah) dan tempat istirahat. Tempat perindukan nyamuk berbeda-beda tergantung jenisnya, umumnya nyamuk beristirahat ditempat-tempat teduh, seperti semak-semak disekitar perindukan dan didalam rumah pada tempat-tempat gelap.

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap distribusi kasus filariasis dan mata rantai penularannya. Biasanya daerah endemis *Brugia malayi* adalah daerah dengan hutan berawa, sepanjang sungai atau badan air yang ditumbuhi tanaman air, sedangkan daerah endemis *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan adalah daerah-daerah perkotaan yang kumuh, padat penduduknya dan banyak genangan air kotor sebagai habitat dari vektor, sedangkan daerah endemis *Wuchereria bancrofti* pedesaan secara umum kondisinya sama dengan daerah endemis *Brugia malayi*.

Secara umum lingkungan dapat dibedakan menjadi lingkungan fisik, lingkungan biologik dan lingkungan sosial, ekonomi dan budaya.

a. Lingkungan fisik.

Lingkungan fisik mencakup antara lain keadaan iklim, keadaan geografis, struktur geologi. Lingkungan fisik erat kaitannya dengan kehidupan vektor, sehingga berpengaruh terhadap munculnya sumber-sumber penularan filariasis. Lingkungan fisik dapat menciptakan tempat-tempat perindukan dan beristirahatnya nyamuk. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap pertumbuhan, masa hidup serta keberadaan nyamuk. Lingkungan dengan tumbuhan air dirawa-rawa dan adanya hospes reservoir (kera, lutung dan kucing) berpengaruh terhadap penyebaran *Brugia malayi* sub periodik nokturna dan non periodik.

b. Lingkungan Biologik.

Lingkungan biologik dapat menjadi rantai penularan filariasis. Contoh lingkungan biologik adalah adanya tanaman air sebagai tempat pertumbuhan nyamuk *Mansonia spp.*

c. Lingkungan Sosial, Ekonomi dan Budaya.

Lingkungan sosial ekonomi dan budaya adalah lingkungan yang timbul sebagai akibat adanya interaksi antar manusia, termasuk perilaku, adat istiadat, budaya, kebiasaan, dan tradisi penduduk. Kebiasaan bekerja dikebun pada malam hari, atau kebiasaan tidur perlu di perhatikan karena berkaitan dengan intensitas kontak dengan vektor. Insiden filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada insiden filariasis perempuan karena umumnya laki-laki lebih sering kontak dengan vektor karena pekerjaannya.

Baik Kepala Desa, Kader desa dan Tokoh Masyarakat sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang tempat atau kebiasaan nyamuk penular kaki gajah seperti yang ada di daerah atau tempat tinggal mereka yang dilalui sungai-sungai kecil dan besar dan kalau musim hujan maka semua palung-palung tergenang, sosio ekonomi yang sebagian besar petani kemudian pemanfaatan sungai sebagai sarana transportasi keperluan mandi cuci, dan kakus lalu kebersihan lingkungan dalam rumah yang didalamnya kumuh, pakaian bekas yang masih bergantung dan lingkungan luar rumah seperti air-air yang tergenang disungai, dirawa, di parit-

parit, digot, dan tempat tempat penampungan air kemudian juga di semak-semak belukar menjadi tempat atau kebiasaan nyamuk tinggal atau berkembang biak.

6.2.2. Pengendalian sumber penyakit (simpul 1).

Pengendalian penyakit atau manajemen penyakit secara terpadu berbasis wilayah, dimulai dari pengendalian sumber penyakit. Pengendalian pada sumber penyakit merupakan upaya preventif promotif. Sumber penyakit menular yaitu penderita penyakit menular itu sendiri. Pencarian kasus dilakukan secara aktif dan melakukan diagnosis secara cepat dan tepat terhadap kasus serta pengobatan hingga sembuh, maka sumber penularan dapat dieliminir bahkan dihilangkan. Manajemen kasus penyakit menular adalah upaya promotif sekaligus preventif, karena mencegah agar tidak timbul penularan lebih lanjut dalam masyarakat.

Beberapa langkah yang dilakukan oleh para stake holder dalam rangka pengendalian sumber penyakit antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten menginstruksikan keseluruhan jajaran dibawah termasuk kader dan tokoh masyarakat dan seluruh elemn masyarakat agar kalau menemukan kasus atau penderita segera melaporkan ke petugas dan kalau ketemu akan diberikan pengobatan gratis tidak dipungut biaya khusus filariasis

Juga saran yang diusulkan oleh Komisi yang membidangi kesehatan menyarankan pemberian insentif kepada petugas yang mencari secara aktif dan upaya menyeluruh dari kepala pemerintahan setingkat kecamatan yang

menganjurkan kepada warga kalau masih ada anggota keluarga, tetangga atau pengunjung yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah, segera ke pos pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan

Kepala Puskesmas *mengandopsi* program Malaria yaitu membentuk semacam juru filariasis sehingga dengan adanya juru filarial tersebut maka pencarian kasus akan semakin gencar dan karena sumber penyakit menular adalah si penderita itu sendiri, maka ini menjadi tanggung jawab segenap petugas kesehatan untuk mengobati dan dari pihak masyarakat mencari dan melaporkan.

Sebagai petugas di ujung tombak bidan terus memantau perkembangan filarial karena tinggal dan bekerja di daerah tersebut, jadi itu merupakan kewajibannya untuk mencari dan mengobatinya, dan yang lebih penting adalah partisipasi anggota keluarga kalau sekiranya ada anggota keluarga yang terindikasi filarial segera dibawa ke puskesmas atau polindes maka akan dilakukan pengobatan secara gratis.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para stake holder di Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur di ambil keputusan mengenai upaya pengendalian sumber penyakit (simpul 1) baik sebagai Kades, Kader, dan Tokoh Masyarakat sebagai pelayan di tengah masyarakat, memiliki beban moral terhadap situasi dan kondisi di tengah masyarakat, oleh karena itu apapun persoalan yang menyangkut masalah kesehatan ada kesiapan memfasilitasi, membimbing dan mengarahkan sehingga cepat ditemukan kasus dan segera dilakukan pengobatan

yang tepat maka dengan demikian diharapkan tidak ada lagi penularan penyakit kaki gajah.

6.2.3. Pengendalian pada Media Transmisi (simpul 2)

Disamping pengendalian sumber penyakit atau (simpul 1) kita akan melakukan pengendalian disimpul 2 atau pada media penularan (Wahana Transmisi). Ada beberapa peluang untuk mengendalikan agent penyakit melalui media transmisi, misalnya: pengendalian vektor atau pada manusia pembawa penyakit (misalnya pengobatan atau *containment* penderita).

Pengendalian vektor merupakan salah satu cara mengendalikan penyakit yang ditularkan vektor penyakit, seperti nyamuk penular filaria, penular malaria, penular demam berdarah dan lain sebagainya.

Dinas kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur melakukan pengendalian pada media transmisi (wahana penularan) melalui berbagai cara salah satunya melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN), ini sudah menjadi program di Puskesmas, sekolah dan Kantor Camat dan Kantor Kepala Desa. Program PSN ini di isi dengan berbagai kegiatan mulai dari kebersihan lingkungan dan program pengasapan dan pembubuhan abate dan juga kegiatan gerakan 3D yaitu dikuras, dikubur dan dikeringkan jadi pemberantasan sarang nyamuk merupakan cara yang tepat untuk untuk mengendalikan media transmisi gerakan memanfaatkan lahan pekarangan menjadi lahan produktif melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga dan melalui Penyuluh Pertanian

Lapangan (PPL) dengan memaksimalkan penggunaan lahan yang telantar dengan demikian akan mengurangi perindukan nyamuk.

Disamping gerakan PSN perlu juga upaya perbaikan perilaku hidup sehat, termasuk ketaatan penggunaan memakai kelambu yang sudah dibagi-bagikan agar terhindar dari gigitan nyamuk.

6.2.4. Proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3).

Emisi sumber agent penyakit yang berada pada media transmisi (lingkungan) kemudian berinteraksi dengan penduduk atau masyarakat setempat. Intensitas hubungan interaktif antara media transmisi (lingkungan) dengan masyarakat tergantung pola perilaku individu atau kelompoknya, misalnya perilaku menghindar dari gigitan nyamuk, perilaku dari pekerjaan dan sebagainya. Ada beberapa upaya untuk menghindar atau mencegah agar komunitas tertentu tidak kontak dengan komponen yang memiliki potensi membahayakan kesehatan seperti: upaya perbaikan perilaku hidup sehat, penggunaan alat pelindung diri seperti kelambu, obat nyamuk bakar atau semprot, atau cream anti nyamuk, dan memberikan kekebalan dengan imunisasi.

Untuk memutuskan kontak antara komunitas dengan serangga penular penyakit filariasis yaitu dengan cara memakai kelambu. Tetapi tidak sekedar pemakaian kelambu karena tiap wilayah memiliki model transmisi atau penularan

yang berbeda satu sama lain. Diperlukan upaya *evidence* untuk mengetahui dimana dan kapan terjadi penularan antara satu dengan yang lainnya.

Pengendalian proses pajanan pada simpul 3 di harapkan melalui program kelambunisasi warga rajin memakainya, dan melalui kader yang sudah membagikan bubuk abate ke masyarakat, disamping penyuluhan-penyuluhan yang disampaikan tenaga promkes di harapkan mereka ada perubahan pola perilaku hidup sehat yaitu Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

6.3. Proses perencanaan, penganggaran dana, waktu pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi program eliminasi filariasis.

Proses perencanaan penting untuk keberhasilan eliminasi filariasis. Rencana tersebut akan memberikan suatu gambaran bagi tim atau stake holder atau siapapun yang peduli terhadap filariasis tentang waktu pelaksanaan, anggaran yang diperlukan, dan juga menguraikan kegiatan-kegiatan yang diperlukan termasuk di dalamnya monitoring dan evaluasi, bahkan bisa juga digunakan sebagai proposal untuk mengajukan dana kepada pemerintah atau donatur

Melalui pertemuan koordinasi di bahas mengenai berapa jumlah penduduk di tiap desa dan kecamatan menurut golongan umur untuk menghitung jumlah kebutuhan logistiknya, lalu dibuat kesepakatan dengan Puskesmas jadwal pelaksanaan program pengobatan filariasis, berapa jumlah kader, jumlah sasaran, kebutuhan obat. Lalu bagaimana tentang rencana pelatihan kader lalu melatih kader

melakukan penyuluhan kepada masyarakat, lalu terakhir bagaimana tindakan advokasi. Dan ini kita lakukan dua bulan sebelum pengobatan massal filariasis.

Alokasi dana di Kabupaten Muaro Jambi bersumber dari WHO untuk penyediaan obat, HWS untuk biaya operasional, dan apabila salah satu sumber dana atau keduanya berhenti memberikan bantuan dana maka APBD siap menopang baik obat maupun operasionalnya sebesar 11 % dana APBD. Kabupaten Tanjung Jabung timur sepenuhnya menggunakan dana dari WHO dan HWS untuk pelaksanaan pengobatan massal filariasis.

Monitoring dan evaluasi baik di Kabupaten Muaro Jambi maupun Tanjung Jabung Timur dilakukan terhadap puskesmas yang meliputi; mapping (pemetaan), survei endemisitas, sosialisasi, pelatihan kader, pengobatan dan reaksi pengobatan, perawatan mandiri filariasis, ketersediaan obat dan logistiknya, pencatatan dan pelaporan serta kegiatan yang lain yang mendukung. Dan kita melakukan evaluasi untuk mengetahui pencapaian tujuan kita yaitu dengan evaluasi proporsi penduduk di daerah endemis yang mendapatkan pengobatan massal sesuai dengan program filariasis.

Puskesmas di Kabupaten Muaro Jambi pada bulan Juli 2007 dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur pada bulan Juni 2007 di undang oleh masing-masing Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten di dalam rapat koordinasi untuk meninjau ulang kesiapan semua petugas dilapangan, termasuk pelatihan kader untuk melakukan

penyuluhan terhadap masyarakat, kecukupan obat-obatan dan logistik maupun jumlah sasaran.

Penganggaran dana seperti disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten untuk pengadaan obat oleh WHO, dan operasional dari HWS. Kegiatan program pengobatan massal ini dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan Oktober tahun 2007 yang lalu dan rencananya pengobatan akan dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan Oktober tahun 2008.

Monitoring dilakukan terhadap pelaksanaan dan kejadian reaksi pengobatan massal, menghitung persediaan, pemakaian dan sisa obat.

Evaluasi dilakukan terhadap keberhasilan program pengobatan massal yaitu cakupan pengobatan massal dan cakupan survei.

Bidan Desa juga di undang mengikuti rapat koordinasi di Dinas Kesehatan Kabupaten untuk berpartisipasi dalam program pengobatan massal filariasis dan ditugasi agar mempunyai kesiapan sebelum pelaksanaan program pengobatan dimulai dengan menghitung jumlah penduduk sasaran pengobatan sehingga petugas kabupaten dapat menghitung kebutuhan obat dan logistik yang dibutuhkan. Penganggaran dana seperti telah dijelaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan bahwa untuk pengadaan obat disediakan oleh WHO dan untuk kegiatan Operasional disediakan oleh HWS.

Perencanaan dan penganggaran ini di siapkan untuk pelaksanaan program pengobatan massal pada bulan agustus sampai dengan oktober yang akan datang.

Monitoring dilakukan terhadap pelaksanaan dan kejadian reaksi pengobatan massal, menghitung persediaan, pemakaian dan sisa obat.

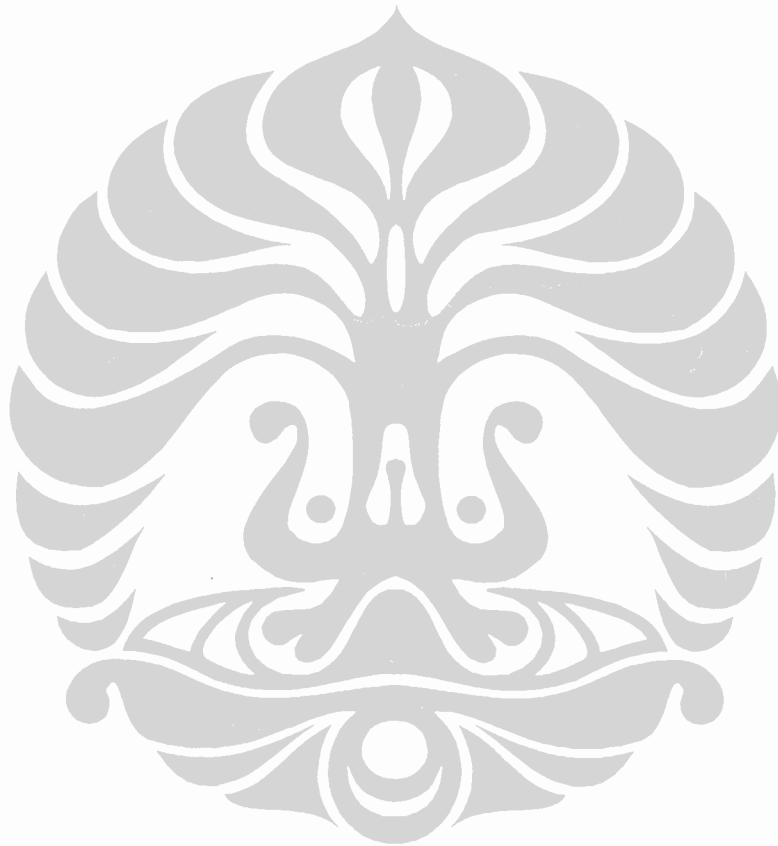
Evaluasi dilakukan terhadap keberhasilan program pengobatan massal yaitu cakupan pengobatan massal dan cakupan survei

Komisi A di Kabupaten Muaro Jambi dan Komisi C di Kabupaten Tanjung Jabung Timur mengakui bahwa perencanaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan jajarannya, akan tetapi penganggaran dana yang perjuangan dirapat panitia anggaran, agar kebutuhan program ini jangan sampai tersendat atau macet. Jadwal pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi, secara teknis Dinas Kesehatan juga yang melaksanakannya.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Camat sebagai pemerintah setingkat kecamatan bahwa baik perencanaan, penganggaran, jadwal pelaksanaan program pengobatan massal filariasis hingga tindakan monitoring dan evaluasi itu dilaksanakan secara teknis oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, jadi pemerintahan Kecamatan hanya bersifat koordinasi saja.

Kader desa, Kepala desa dan tokoh masyarakat mengikuti saja instruksi yang di sampaikan pada saat rapat koordinasi. Tentang perencanaan pada dasarnya itu Kepala Dinas Kesehatan bersama jajarannya yang merancang termasuk didalamnya kapan waktu pelaksanaannya, dan besaran anggarannya, secara teknis mereka hanya bersifat memantau hasil kegiatan pengobatan massal, berupa berapa

jumlah warga yang makan obat (cakupan pengobatan massal) dan melaporkan berapa jumlah obat yang terpakai dan logistiknya.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Penelitian tentang manajemen filariasis berbasis wilayah di dua Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur dapat disimpulkan menjadi beberapa hal antara lain:

Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah melaksanakan Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah sehubungan dengan adanya kasus filariasis di dua kabupaten endemis tersebut.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bagaimana gambaran pelaksanaan manajemen filariasis berbasis wilayah dilakukan di:

Kabupaten Muaro Jambi adalah sebagai berikut:

1. Tatalaksana Kasus klinis di Muaro Jambi dilaksanakan sesuai dengan standart operasional prosedur yang di terbitkan oleh Depkes RI dan dilaksanakan dengan baik.
2. Tatalaksana Faktor risiko terhadap tempat kebiasaan hidup nyamuk dan simpul 1 maupun simpul 2 dan simpul 3 sudah dilakukan dengan baik
3. Baik pelaksanaan Tatalaksana kasus dan tatalaksana factor risiko sudah dilakukan dengan baik akan tetapi kegiatan yang sudah di jadwalkan

antara lain berupa sosialisasi dan advokasi, pelatihan, rapid mapping, survei darah jari, pemetaan, pengobatan massal, dan evaluasi monitoring semuanya dilakukan akan tetapi tidak sesuai dengan waktu yang direncanakan, demikian juga penganggaran untuk kegiatan program pengobatan massal di Muaro Jambi bersumber dari WHO melalui APBN untuk pengadaan Obat, HWS mendukung kegiatan yang bersifat Operasional, APBD di siapkan apabila salah satu sumber dana atau keduanya berhenti mensupport kegiatan program pengobatan massal maka APBD Jambi disiapkan dengan Besaran 11%.

Walaupun demikian dijelaskan sumber dananya namun tidak ada rincian besaran alokasi dari masing-masing sumber.

4. Kabupaten Muaro Jambi mengalami penurunan akan tetapi masih lebih baik keberhasilan Kabupaten Tanjung Jabung Timur setelah dilihat dari formulir rekapitulasi survei darah jari (SDJ) filariasis tahun 2004-2006 ternyata Kabupaten Tanjung Jabung Timur pada tahun 2004 hingga 2006 di desa Air itam mengalami penurunan sebesar 18,5 % dan di desa Seirindit dari tahun 2004-2006 mengalami penurunan sebesar 33,33 %, sementara di Kabupaten Muaro jambi tepatnya didesa Sekumbang pada 2004 hingga 2006 mengalami penurunan sebesar 11,11 % (data terlampir)

Kabupaten Tanjung jabung Timur

1. Tata laksana Kasus klinis di Tanjung Jabung Timur juga dilaksanakan sesuai dengan standart operasional prosedur yang di terbitkan oleh Depkes RI dan dilaksanakan dengan baik.
2. Tatalaksana faktor risiko terhadap tempat kebiasaan hidup nyamuk dan simpul 1 maupun simpul 2 dan simpul 3 sudah dilakukan dengan baik
3. Baik tatalaksana kasus klinis maupun tatalaksana faktor risiko sudah dilaksanakan dengan baik.akan tetapi sama seperti di kabupaten Muaro Jambi kegiatan yang sudah di jadwalkan antara lain berupa sosialisasi dan advokasi, pelatihan, rapid mapping, survei darah jari, pemetaan, pengobatan massal, dan evaluasi monitoring tidak sesuai dengan waktu yang direncanakan, demikian juga penganggaran untuk kegiatan program pengobatan massal di Muaro Jambi bersumber dari WHO melalui APBN untuk pengadaan Obat, HWS mendukung kegiatan yang bersifat Operasional, APBD di siapkan apabila salah satu sumber dana atau keduanya berhenti mensupport kegiatan program pengobatan massal
4. Diantara kedua Kabupaten yaitu Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur setelah dilihat dari formulir rekapitulasi survei darah jari (SDJ) filariasis tahun 2004-2006 ternyata Kabupaten Tanjung Jabung Timur lebih berhasil dilihat dari penurunan kasus yaitu SDJ pada tahun 2004 hingga 2006 di desa Air itam mengalami penurunan sebesar 18,5

% dan di desa Seirindit dari tahun 2004-2006 mengalami penurunan sebesar 33,33 %, sementara di Kabupaten Muaro Jambi tepatnya di desa Sekumbang pada 2004 hingga 2006 mengalami penurunan sebesar 11,11 % (data terlampir)

7.2. **Saran**

Kabupaten Muaro Jambi

1. Perencanaan dibuat diawal tahun sehingga apabila ada hal-hal yang menyebabkan kendala dapat terkejar pada pertengahan tahun
2. Anggaran dana sebaiknya dirinci sumber dan besarnya sehingga bisa di perkirakan kesesuaian jumlah dana dan volume kegiatan.
3. Waktu pelaksanaan sebaiknya dilakukan sesuai jadwal yang direncanakan yaitu bulan juli sehingga bisa dilakukan monitoring dan evaluasi pada akhir tahun.

Kabupaten Tanjung Jabung Timur

1. Perencanaan dibuat diawal tahun sehingga apabila ada hal-hal yang menyebabkan kendala dapat terkejar pada pertengahan tahun
2. Anggaran dana sebaiknya dirinci sumber dan besarnya sehingga bisa di perkirakan kesesuaian jumlah dana dan volume kegiatan.
3. Waktu pelaksanaan sebaiknya dilakukan sesuai jadwal yang direncanakan yaitu bulan juli sehingga bisa dilakukan monitoring dan evaluasi pada akhir tahun.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, UF, 2008, Manajemen Penyakit berbasis Wilayah edisi 2 (darff)
- Ahmadi. U.F, 2005, Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah, Kompas, Jakarta.
- Adisasmito W, 2007, Sistem Kesehatan, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1999, Beberapa kebijaksanaan pokok pemerintahan dalam bidang kesehatan,;Ditjen P2MPL; Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2007), Pedoman Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Pengobatan Filariasis. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2006), Pedoman Pengobatan Massal Filariasis. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2006), Buku Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis . Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2006), Pedoman Program Eliminasi Filariasis di Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2006), Pedoman Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2002), Buku 7 Desaku bebas Penyakit Kaki Gajah (Filariasis). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PP&PL (2007), Pedoman Integrasi Pelaksanaan Kegiatan Program Eliminasi Filariasis. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2001), Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2001), Buku 3 Pedoman Penentuan Daerah Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia. Jakarta.
- _____ Tool Kit For Elimination of Lymphatic Filariasis, (2004)
Dinkes Propinsi Jambi, 2006
- Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2004), Modul 12 Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Keluarga. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2004), Modul 1 Manajemen P2MPL Terpadu Jakarta.

Byong seo seo, (2006) Unesco WTA Cooperative Project

Brown, (1983), Qualitative methode in Environmental Health Research.

Beaver, (1984), Clinical Parasitologi.

Joesoef, (1978), Infeksi Wuchereria Brancrofti Di soukorem dan Wefiani Kabupaten Manokwari Irian Jaya.

Partono, (1976), Biotechnology of Filariasis of Indonesia.

Kresno, (2000), Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam pencegahan dan pemberantasan Penyakit Menular.

Krianto, (2005), Laporan Magang Promkes Bidang Teknologi dan Sarana Promkes

Hariwijaya, M, 2007, Metodologi dan Teknik Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi, Imatera Publishing, Yogyakarta.

Cresswell, John W, 2003, Research Design, Klik Press, Jakarta

Moloeng Lexy, 2004, Metodologi Penelitian Kualitatif, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.

Bachtiar, Adang Dkk, 2005, Metodologi Penelitian Kesehatan, paket Mata ajaran, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta

Bungin, Burhan 2007, Metodologi penelitian kualitatif, PT Rajagrafindo Persada, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2004), Pedoman Ekologi dan Aspek perilaku Vektor

Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2003) Prosedur kerja surveilens faktor risiko penyakit menular dalam intensifikasi pemberantasan penyakit menular berbasis wilayah,

Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2003) Modul Entomologi Malaria 3

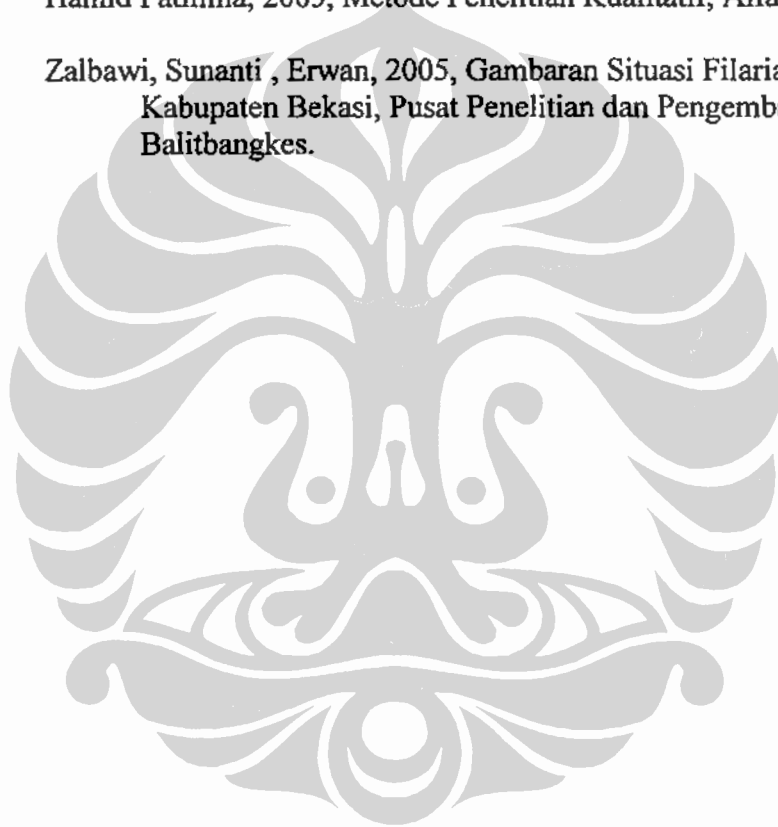
Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM&PL (2006) Pedoman pemberantasan vektor Gebrak malaria.

David. R Fred, 2006. Manajemen Strategis edisi 10, penerbit salemba empat, Jakarta.

Gani, Ascobat, 2001, Konsep dan Klasifikasi Biaya, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Hamid Patilima, 2005, Metode Penelitian Kualitatif, Alfabeta, Bandung.

Zalbawi, Sunanti , Erwan, 2005, Gambaran Situasi Filariasis (Kaki Gajah) di Kabupaten Bekasi, Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi Kesehatan Balitbangkes.





PEMERINTAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Komplek Perkantoran Pemkab Tanjab Timur Desa Rano Telp. / Fax. (0740) 7370055

MUARA SABAK

REKOMENDASI MENGADAKAN RISET / PENELITIAN

Nomor : 070/28 / BKBP-PM/2008

- Membaca : Surat Wakil Dekan Bidang Akademik Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Nomor : 1428/PT.02.H5.FKMUI/2008 tanggal 2 April 2008 tentang Izin Penelitian dan Menggunakan Data.
- Mengingat : 1. Peraturan Mendagri Nomor 9 Nopember 1963 tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Pembangunan
2. Keputusan Bupati Tanjung Jabung Timur Nomor 02 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
- Memperhatikan : **Proposal yang bersangkutan**
- Memberikan Rekomendasi Kepada : Nama : **JEPAN MANURUNG**
NPM : **0606020455**
Tahun Angkatan : **2006/2007**
- Untuk : **Mengadakan Riset / Penelitian dengan Judul " Manajemen Filariasis di Dua Kabupaten (Muaro Jambi dan Tanjung Timur) Provinsi Jambi Tahun 2008 " Sebagai Bahan untuk Penyusunan Tesis**
- Tempat Penelitian : **Di Kabupaten Tanjung Jabung Timur**
- Waktu : **Dari Tanggal 28 April s/d 28 Juni 2007**
- Dengan Ketentuan : 1. Sebelum melakukan Riset / Penelitian terlebih dahulu melapor kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapatkan petunjuk dan informasi yang diperlukan
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat daerah setempat.
3. Tidak dibenarkan melakukan Riset/ Penelitian yang tidak sesuai / tidak ada kaitannya dengan riset / Penelitian tersebut
4. Melaporkan hasil Riset / Penelitian kepada Bupati Tanjab Timur cq. Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kab. Tanjab Timur serta Balitbangda Kab. Tanjab Timur
5. Surat ini bukan sebagai Izin Penelitian, tetapi hanya sebagai Rekomendasi Saja
6. Surat Rekomendasi ini dicabut kembali apabila pemegangnya tidak mentaati ketentuan – ketentuan tersebut diatas.

Demikian untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Muara Sabak, Mei 2008
An. BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR
KEPALA BADAN KESBANG, POL. DAN LINMAS
Sekretaris



Tembusan di sampaikan kepada Yth :

1. Bapak Bupati Tanjung Jabung Timur (Sebagai Laporan)
2. Sdr. Kepala Bappeda Kab. Tanjung Jabung Timur di Muara Sabak
3. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Tanjung Jabung Timur di Muara Sabak
4. Sdr. Camat
5. Sdr. Kepala Puskesmas
6. Yang Bersangkutan.
7. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN MUARO JAMBI
KANTOR SATUAN POLISI PAMONG PRAJA
BINA KESBANG DAN LINMAS
Komplek Perkantoran Bukit Cinto Kenang
SENGETI

REKOMENDASI MENGADAKAN RISET / PENELITIAN
NOMOR : 070 / 21 / SATPOL PP - BKL

- Membaca : Berdasarkan Surat Dekan Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : 1437/PT.02.H5.FKMUI/I/2008 tanggal 02 April 2008 Perihal Mohon Izin Rekomendasi Mengadakan Riset / Penelitian An. JEPAN MANURUNG
- Mengingat : 1. Peraturan Mendagri Nomor : 9 Tahun 1983 tanggal 9 November tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Pembangunan.
2. Keputusan Bupati Muaro Jambi Nomor : 33 Tahun 2001 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Tehnis Daerah di Wilayah Kab. Muaro Jambi.
- Memperhatikan : Proposal yang bersangkutan
- Memberikan Izin Kepada : - Nama : **JEPAN MANURUNG**
- NPM : 0606020455
- Tahun Angkatan : 2006/2007
- Untuk : Mengadakan Izin Penelitian dengan judul " Manajemen Filariasis di Dua Kabupaten (Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur) Provinsi Jambi Tahun 2008 " Sebagai bahan penyusunan Tesis.
- Tempat Penelitian : Di Kab. Muaro Jambi
- Waktu : 28 April s.d 28 Juni 2008
- Dengan Ketentuan : 1. Sebelum melakukan Riset/penelitian terlebih dahulu melapor kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapat petunjuk dan informasi tentang daerah yang bersangkutan.
2. Wajib menjaga Tata Tertib dan mentaati ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
3. Tidak dibenarkan melakukan riset/penelitian yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan maksud penelitian tersebut.
4. Apabila masa berlaku Surat Izin Penelitian tersebut berakhir, sedangkan penelitian belum selesai untuk perpanjangan harus diajukan melalui Instansi Pemohon.
5. Melaporkan hasil Penelitian Kepada Bupati Muaro Jambi melalui Kepala Kantor Satpol PP Bina Kesbang dan Linmas Kabupaten Muaro Jambi dan Ketua Bapelitbangda Kabupaten Muaro Jambi.
6. Surat Rekomendasi ini dicabut kembali apabila pemegangnya tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut di atas.

Demikian untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sengeti, 28 April 2008
KEPALA KANTOR SATPOL PP BINA KESBANG DAN LINMAS
KABUPATEN MUARO JAMBI



Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Bapak Ka. Badan Kesbang dan Linmas Propinsi Jambi di Jambi
2. Bapak Ka. Balitbangda Propinsi di Jambi
3. Bapak Bupati Muaro Jambi di Bukit Cinto Kenang (Sebagai Laporan)
4. Bapak Bapelitbangda Muaro Jambi di Bukit Cinto Kenang
5. Sdr. Dekan Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di Jakarta
6. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Ma. Jambi
7. Yang bersangkutan Manajemen filariasis..., Jepang Manurung, FKM UI, 2008
8. Arsip.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA DINAS KESEHATAN
--

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

I. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

II. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

III. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : KEPALA DINAS
KESEHATAN .**

**A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen
Kasus.**

1. Bagaimana menetapkan seseorang teridentifikasi filaria
2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan massal berlangsung?
3. Bagaimana kesiapan petugas dilapangan ?
4. Bagaimana pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan ?
5. Bagaimana penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan?
6. Bagaimana pemantauan efek samping?
7. Bagaimana Penyisiran/ sweeping dilakukan terhadap orang yang tidak minum obat (bagaimana menjamin agar obat itu diminum)?
8. Bagaimana pencatatan dan pelaporan pengobatan massal (MDA)?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

9. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
10. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
11. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

C PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI

12. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
13. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarannya?
14. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK ANGGOTA DPR KOMISI BIDANG KESEHATAN**

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

IV. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

V. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

VI. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : DPRD KOMISI
BIDANG KESEHATAN.**

**A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen
Kasus.**

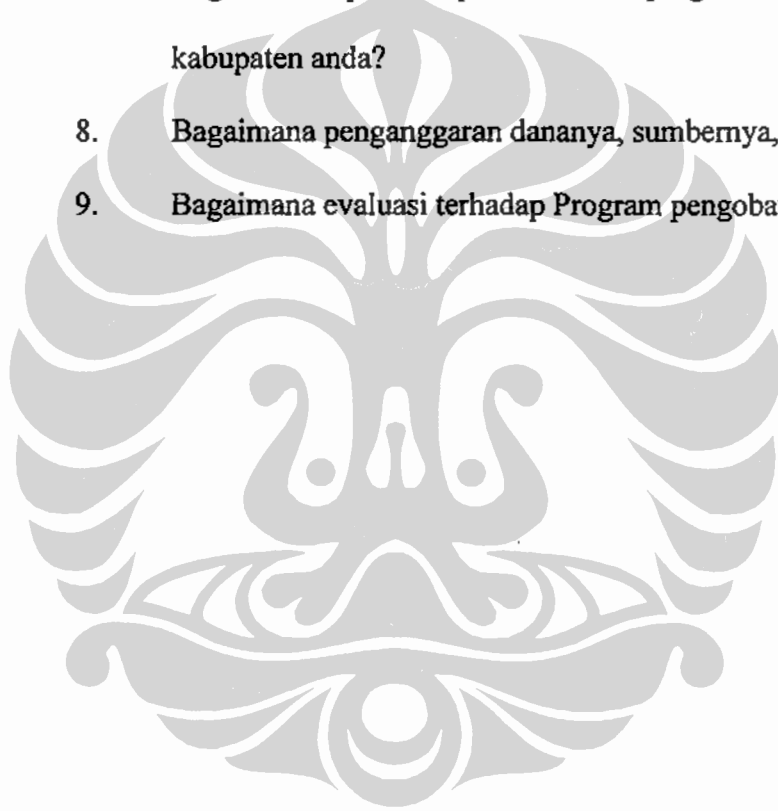
1. Bagaimana peran Legislatif memutuskan anggaran bagi sektor kesehatan pada Dinas Kesehatan
2. Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering Anggota Legislatif komisi yang membidangi kesehatan di undang rapat atau seminar ?
3. Sejauh mana Program Eliminasi Filaria mendapat dukungan dari Legislatif (Komisi yang membidangi)?

**B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen
faktor risiko.**

4. Bagaimana upaya pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
5. Bagaimana upaya pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
6. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada kelompok masyarakat atau komunitas (simpul 3)?

**B. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA
PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN
MONITORING DAN EVALUASI**

7. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
8. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
9. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK CAMAT

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

VII. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

VIII. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

IX. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : CAMAT

A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen Kasus.

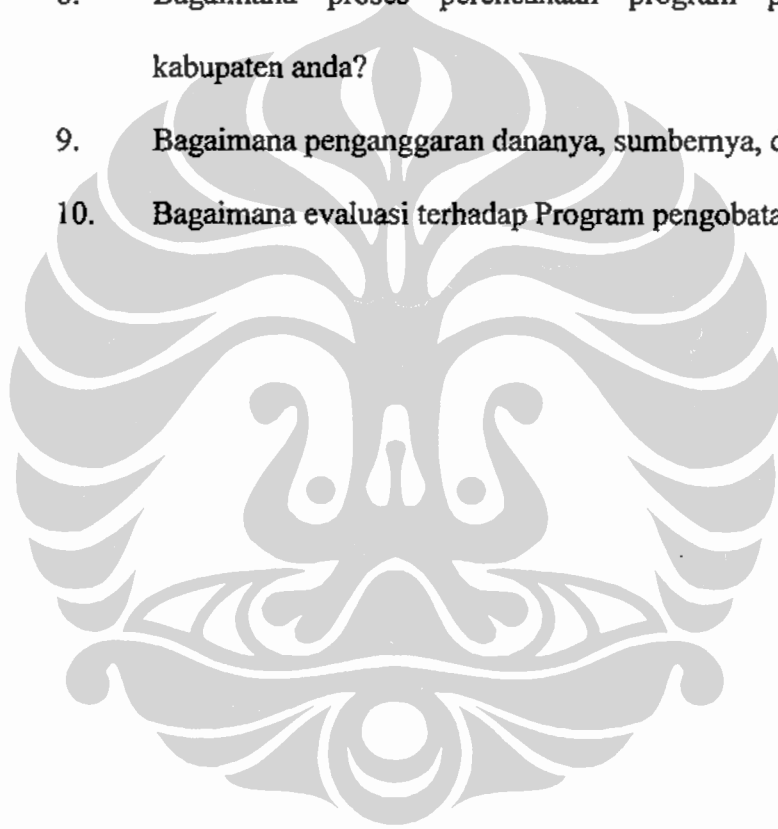
1. Bagaimana komitmen kepala pemerintahan setingkat kecamatan terhadap program Pengobatan massal filariasis di tahun yang akan datang?
2. Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering kepala pemerintahan setingkat Kecamatan di undang rapat atau seminar ?

1. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

3. Bagaimana upaya pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
4. Bagaimana upaya pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
5. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada kelompok masyarakat atau komunitas (simpul 3)?

C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI

8. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
9. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
10. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?



**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK KEPALA PUSKESMAS**

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

X. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

XI. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

XII. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : KEPALA
PUSKESMAS**

**A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen
Kasus.**

1. Bagaimana menetapkan seseorang teridentifikasi filaria
2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan massal berlangsung?
3. Bagaimana kesiapan petugas dilapangan ?
4. Bagaimana pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan ?
5. Bagaimana penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan?
6. Bagaimana pemantauan efek samping?
7. Bagaimana Penyisiran/ sweeping dilakukan terhadap orang yang tidak minum obat (bagaimana menjamin agar obat itu diminum)?
8. Bagaimana pencatatan dan pelaporan pengobatan massal (MDA)?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

9. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
10. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
11. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI

12. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
13. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
14. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK BIDAN

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

XIII. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

XIV. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

XV. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : BIDAN

A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen Kasus.

1. Bagaimana menetapkan seseorang teridentifikasi filaria
2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan massal berlangsung?
3. Bagaimana kesiapan petugas dilapangan ?
4. Bagaimana pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan ?
5. Bagaimana penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan?
6. Bagaimana pemantauan efek samping?
7. Bagaimana Penyisiran/ sweeping dilakukan terhadap orang yang tidak minum obat (bagaimana menjamin agar obat itu diminum)?
8. Bagaimana pencatatan dan pelaporan pengobatan massal (MDA)?
9. Bagaimana pencegahan kecacatan dilakukan?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO *Pertanyaan manajemen faktor risiko.*

10. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
11. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
12. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI

13. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
14. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
15. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA DESA

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

XVI. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

XVII. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

XVIII. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : KEPALA DESA

A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen Kasus.

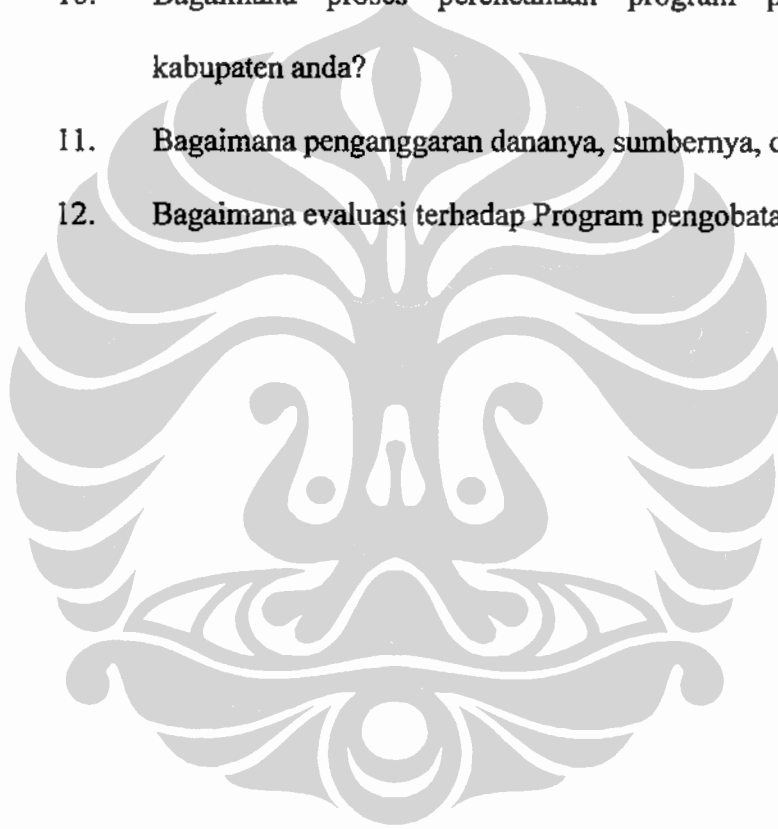
1. Apakah Kades mengetahui penyakit kaki gajah (filariasis)
2. Bagaimana pendapat kades seseorang itu tertular filariasis (kaki gajah)?
3. Bagaimana kepala pemerintahan di tingkat desa menggerakkan masyarakat agar mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pusku
4. Setelah mereka mendapat obat dari petugas kesehatan apakah bapak memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.
5. Terhadap kasus kronis bagaimana penanganan lukanya di tingkat desa?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

6. Dimana kebiasaan hidup nyamuk yang menularkan kaki gajah itu ditemukan?
7. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
8. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
9. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

**C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA
PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN
MONITORING DAN EVALUASI**

10. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
11. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
12. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK TOKOH MASYARAKAT
--

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

XIX. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

XX. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

XXI. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : TOKOH MASYARAKAT

A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen Kasus.

1. Apakah Tokoh Masyarakat mengetahui penyakit kaki gajah (filariasis)
2. Bagaimana pendapat Tokoh Masyarakat tentang penularan filariasis (kaki gajah)?
3. Bagaimana Tokoh Masyarakat menggerakkan masyarakat agar memiliki kesadaran membersihkan lingkungan sebagai upaya memutus mata rantai penularan dan mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu.
4. Setelah mereka mendapat obat dari petugas kesehatan apakah Tokoh Masyarakat memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.
5. Terhadap kasus kronis bagaimana Tokoh Masyarakat memantau penanganan Infeksinya tingkat desa?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

6. Dimana kebiasaan hidup nyamuk yang menularkan kaki gajah itu ditemukan?
7. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
8. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
9. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI

10. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
11. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
12. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KADER KESEHATAN

Nama Pewawancara	
Tempat Wawancara	
Tanggal Wawancara	
Nama Informan	
Pendidikan terakhir/th Riwayat Pekerjaan	

XXII. PETUNJUK UMUM

1. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

XXIII. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan sendiri oleh si pewawancara
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai

4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada nilai.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Wawancara ini akan direkam dalam tape recorder, untuk membantu pada waktu pencatatan kembali.

XXIV. PELAKSANAAN WAWANCARA

A. Perkenalan.

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Perkenalan dari informan dengan menyebutkan nama, umur pendidikan, Lama bekerja (menjabat), pekerjaan, jabatan/ kedudukan dalam masyarakat.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA : KADER DESA

A TATA LAKSANA KASUS (PENYAKIT) Pertanyaan Manajemen Kasus.

1. Apakah Kader mengetahui penyakit kaki gajah (filariasis)
2. Bagaimana pendapat Kader tentang penularan filariasis (kaki gajah)?
3. Bagaimana Kader menggerakkan masyarakat agar memiliki kesadaran membersihkan lingkungan sebagai upaya memutus mata rantai penularan dan mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu
4. Setelah mereka mendapat obat dari petugas kesehatan apakah Kader memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.
5. Terhadap kasus kronis bagaimana Kader memantau penanganan Infeksinya tingkat desa?

B. TATA LAKSANA FAKTOR RISIKO Pertanyaan manajemen faktor risiko.

6. Dimana kebiasaan hidup nyamuk yang menularkan kaki gajah itu ditemukan?
7. Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?
8. Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?
9. Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?

C. PERTANYAAN TENTANG INTEGRATED ANTARA PERENCANAAN, PENGANGGARAN, WAKTU PELAKSANAAN DAN MONITORING EVALUASI

10. Bagaimana proses perencanaan program pengobatan massal di kabupaten anda?
11. Bagaimana penganggaran dananya, sumbernya, dan besarnya?
12. Bagaimana evaluasi terhadap Program pengobatan massal dilakukan?

MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA DINAS KESEHATAN

VARIABEL	I A	I B
A. Audit Tata Laksana Kasus Klinis.		
Menetapkan seseorang teridentifikasi filaria? (Menegakkan Diagnosis)	Itu ada dengan dua cara, pertama dengan survei darah jari yang kedua di lihat langsung filariasis itu sendiri telah bermanifestasi didalam tubuhnya,	Penderita sudah kelihatan ada pembengkakan dibaik di tangan, kaki,di alat kelamin, yang kedua melalui hasil pemeriksaan darah ujung jari yang dilakukan pengambilannya malam hari sekita jam 23.00 – 02.00.
Pelaksanaan pengobatan massal (MDA)?	Pengobatan dilakukan serempak 3 kecamatan di kabupaten Muaro Jambi, semua orang di berikan obat dan kita harapkan mereka makan obat itu, jadi kita instruksikan kepada petugas kesehatan atau kader kita kalau bisa obat itu dimakan didepan mereka.	Pengobatan massal di Tanjung Jabung timur di lakukan secara serempak diseluruh kecamatan, desa dan kelurahan sampai ke RT-RT di pos – pos yang ada, yang bisa dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan melibatkan, semua stake holder, dan elemen masyarakat. Kita instruksikan juga agar staf kita dilapangan memastikan agar obat yang diterima ditelan secara langsung didepan petugas. Pengobatan massal sebaiknya dilakukan pada sore hari pada waktu mereka sudah selesai makan siang atau makan malam untuk mengurangi efek samping
Kesiapan petugas dilapangan.	Staff sudah di lengkapi dengan pelatihan termasuk kader dan tokoh masyarakat, jadi memang benar-benar sudah siap.	Petugas kita itu sudah terampil, tinggal pada setiap musim pengobatan massal ya kita latih lagi mereka biar lebih terlatih lagi
Pendistribusian logistik dari kabupaten	Tidak ada masalah karena jauh hari sudah diingatkan mereka dan demikian juga obat sudah sebar	Dikirim melalui staff dan dipastikan semua logistik sudah sampai dilapangan jangan sampai kekurangan

ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan	semuanya jangan sampai tidak ada obat.	sedikit pun itu tidak boleh.
Penggerakan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan	Melalui kegiatan kemasyarakatan di balai desa, di mesjid dan disekolah kita di fasilitasi oleh kecamatan dan bersama-sama dengan tokoh masyarakat, kader dan seluruh elemen masyarakat memberikan penyuluhan untuk menumbuhkan kesadaran akan pentingnya pengobatan ini”	Penggerakan masyarakat..... kita upayakan melalui semua elemen masyarakat baik kecamatan, desa bahkan RT termasuk Kader dan Tokoh Masyarakat serta Tokoh Agama kita libatkan karena kedekatan mereka terhadap masyarakat sehingga masyarakat mau mendengar dan melaksanakannya dan kita menjelaskan bahaya akibat filariasis dan kerugian secara ekonomi maupun dampak psikologinya
Pemantauan efek samping?	Pada pertemuan pelatihan kita tekankan betapa pentingnya petugas pengobatan ada ditempat pada saat malam pertama pengobatan massal di lakukan agar masyarakat merasa aman dan tidak ragu-ragu.	Pada pertemuan pelatihan kita tekankan betapa pentingnya petugas pengobatan ada ditempat pada saat malam pertama pengobatan massal di lakukan agar masyarakat merasa aman dan tidak ragu-ragu.
Penyisiran/ sweeping terhadap orang yang tidak minum obat	Kita menginstruksikan kepada staff kita yang dilapangan untuk melakukan penyisiran kepada anggota masyarakat yang pada saat pelaksanaan pengobatan massal tidak berada ditempat, sebab rata-rata warga yang menerima obat langsung meminumnya didepan petugas kita.	Kepala Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur menginstruksikan kepada staff yang dilapangan untuk melakukan penyisiran kepada anggota masyarakat bersama-sama dengan para kader dan tokoh masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, maksud dari kunjungan ini adalah memastikan mereka meminum obat yang di berikan.
Pencegahan kecacatan	perawatan mereka ini mencakup kebersihan diri atau hygiene secara umum, mencegah infeksi bakteri sekunder dan perawatan kulit. Lalu yang kedua kita anjurkan agar sipenderita melakukan gerakan-gerakan alami secara berulang-ulang dan selalu melakukan pengangkatan (elevasi) terhadap bagian	Bahwa langkah yang di ambil staf tenaga kesehatan terhadap penderita yang sudah kronis yaitu pemberian obat dan menganjurkan agar menjaga daerah yang bengkok tersebut tidak sampai pecah, yang lebih penting adalah tindakan perawatan diri sendiri yang dilakukan oleh diri sendiri dan anggota keluarga termasuk

	yang mengalami pembengkakan sesering mungkin.	membantu mengurangi beban pengucilan sosial..
B. Audit Tatalaksana Faktor Risiko		
Pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?	Kita menginstruksikan keseluruhan jajaran kita dibawah termasuk kader dan tokoh masyarakat dan seluruh elemen masyarakat agar kalau menemukan kasus atau penderita segera melaporkan ke petugas kita, nah kalau ketemu kita akan lakukan pengobatan dan itu gratis tidak dipungut biaya khusus filariasis.	laporkan ke petugas dan kita akan lakukan pengobatan dan itu gratis tidak dipungut biaya khusus filariasis.
Pengendalian Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?	Pengendalian wahana penularan atau media transmisi kita lakukan melalui berbagai cara salah satunya melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) ini sudah kita jadikan program di Puskesmas, sekolah dan Kantor Camat dan Kantor Kepala Desa. Nah PSN ini di isi dengan berbagai kegiatan mulai dari kebersihan lingkungan dan program pengasapan dan pembubuhan abate dan juga kegiatan gerakan 3D yaitu dikuras, dikubur dan dikeringkan.	Dilakukan melalui berbagai cara salah satunya melalui program pemberantasan sarang nyamuk.
Proses pajakan pada komunitas (simpul 3)?	Kita harapkan melalui program kelambunisasi warga kita rajin memakainya, dan melalui kader kita sudah membagikan bubuk abate untuk dibagi-bagikan ke masyarakat, disamping penyuluhan-penyuluhan yang disampaikan tenaga promkes, kita harapkan mereka ada perubahan pola perilaku hidup sehat yaitu Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).	Kita harapkan melalui program kelambunisasi warga kita rajin memakainya, dan melalui kader kita sudah membagikan bubuk abate untuk dibagi-bagikan ke masyarakat, disamping penyuluhan-penyuluhan yang disampaikan tenaga promkes.
Perencanaan,	Sebelum dilakukan program pengobatan terlebih	Disini kita melakukan pertemuan koordinasi untuk

<p>penganggaran dana, waktu pelaksanaan dan monitoring & evaluasi program eliminasi filiarisis di lakukan?</p>	<p>dahulu dilakukan survei berapa jumlah penduduk di tiap desa dan kecamatan menurut golongan umur untuk menghitung jumlah kebutuhan logistiknya, lalu kita mengadakan pertemuan koordinasi kabupaten yang bertujuan untuk mendapatkan kesepakatan dengan Puskesmas jadwal pelaksanaan program pengobatan filiarisis dengan melibatkan Kita Sebagai Kepala Dinas Kesehatan kemudian staf kita dari P2ML, seksi filiarisis dan kepala puskesmas dengan materi bahasan meninjau ulang rencana program pengobatan massal filiarisis, yaitu berapa jumlah kader, jumlah sasaran, kebutuhan obat. Lalu bagaimana tentang rencana pelatihan kader lalu melatih kader melakukan penyuluhan kepada masyarakat, lalu terakhir bagaimana tindakan advokasi. Dan ini kita lakukan dua bulan sebelum pengobatan massal filiarisis.</p> <p>Alokasi dana didalam pelaksanaan program pengobatan massal ini seperti saya sampaikan tadi yaitu bersumber dari WHO untuk penyediaan obat, HWS untuk biaya operasional, dan apabila salah satu sumber dana atau keduanya berhenti memberikan bantuan dana maka APBD siap menopang baik obat maupun operasionalnya sebesar 11 % dana APBD.</p> <p>Pelaksanaan Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap puskesmas meliputi; mapping (pemetaan), survei endemisitas, sosialisasi, pelatihan kader, pengobatan dan reaksi pengobatan, perawatan mandiri filiarisis, ketersediaan obat dan logistiknya, pencatatan dan pelaporan serta kegiatan yang lain</p>	<p>merencanakan program pengobatan massal dengan mengundang peserta dari kepala pemerintahan setingkat camat, kepala puskesmas, kepala desa, bidan desa, kader desa dan tokoh masyarakat, tujuan pertemuan koordinasi ini yaitu untuk mendapatkan kesepakatan jadwal pelaksanaan program pengobatan massal filiarisis, kebutuhan logistik, kesiapan petugas dan jumlah sasaran. Program pengobatan massal ini didukung dana yang bersumber dari WHO untuk pengadaan obat, HWS untuk dana Operasional, pelaksanaan pengobatan massal dilakukan pada bulan Agustus sampai Oktober. Dan kita juga langsung mengadakan monitoring dan evaluasi sebagai dasar tindak lanjut kegiatan berikutnya yaitu dengan mengetahui proporsi penduduk didaerah endemis yang mendapatkan pengobatan massal sesuai dengan program filiarisis.</p>
--	--	--

<p>yang mendukung. Dan kita melakukan evaluasi untuk mengetahui pencapaian tujuan kita yaitu dengan evaluasi proporsi penduduk di daerah endemis yang mendapatkan pengobatan massal sesuai dengan program filariasis</p>	
--	--

Matrik Hasil Wawancara Mendalam Dengan DPRD Komisi Bidang Kesehatan

VARIABEL	2 A	2 B
<p>2A. Audit Tata Laksana Kasus Klinis.</p> <p>Bagaimana peran Legislatif memutuskan anggaran bagi sektor kesehatan pada Dinas Kesehatan?</p>	<p>Forum musrembang ini kan melibatkan seluruh elemen yang ada di masyarakat yang mengkomodir aspirasi rakyat nah sepanjang tersedia dana APBD dan di gunakan untuk kesejahteraan rakyat berapapun jumlahnya kita akan tetap mendukung sepenuhnya.</p>	<p>Berdasarkan KU APBD yang telah disepakati, Pemerintah Daerah menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran sementara (PPAS), setelah PPAS disusun tim anggaran eksekutif, selanjutnya di sampaikan kepada panitia anggaran legislatif untuk konfirmasi kesesuaiannya dengan KU APBD yang telah disepakati sebelumnya. Setelah disepakati maka PPAS kemudian menjadi prioritas dan plafon anggaran (PPA). Kebijakan umum anggaran serta prioritas plafon anggaran (PPA) yang telah disepakati bersama kepala daerah dan DPRD dituangkan dalam nota kesepakatan yang ditandatangani bersama oleh kepala daerah dan pimpinan DPRD.</p>
<p>Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering Anggota Legislatif yang membidangi kesehatan di undang rapat atau seminar?</p>	<p>Dalam merumuskan program eliminasi filariasis yang dibuat dalam acara semacam seminar kita tidak pernah diundang" hanya pada saat sosialisasi pengobatan massal kita diundang dan kita juga ikut makan obat itu.</p>	<p>Kita akan sangat senang kalau kita dilibatkan dalam hal perumusan program itu tapi kenyataannya tidak, tapi walaupun demikian kita kan menyadari itu untuk kepentingan warga maka usulan yang dialokasikan terhadap kesehatan apalagi filariasis ini penyakit yang membuat orang tidak produktif dan tidak PD (percaya diri) kita dukung pengalokasian dananya.</p>
<p>Sejauh mana Program</p>	<p>Ya karena ini merupakan program nasional dan kita</p>	<p>Saya disini sebagai ketua komisi C yang</p>

<p>Eliminasi Filaria mendapat dukungan dari Legislatif (Komisi yang membidangi)?</p>	<p>Didaerah yang memang endemis filariasis kita memberikan dukungan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah, jadi sepanjang itu adalah untuk keperluan rakyat kita akan memperjuangkannya dirapat panitia anggaran.</p>	<p>membidangi kesehatan berupaya agar alokasi anggaran yang ditujukan untuk program eliminasi filariasis jangan sampai gagal, karena bila tidak didukung oleh dana maka program ini tidak akan bisa menuntaskan kaki gajah itu, maka melalui rapat-rapat panitia anggaran kita selalu vokal memperjuangkannya.</p>
<p>B. Audit Tatalaksana Faktor Risiko</p>		
<p>Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?</p>	<p>Kalau bisa saya menyarankan agar pencarian aktif kasus mendapat semacam insentiflah sehingga penuntasan ini cepat dan ini harus menjadi perhatian pemerintah kita.</p>	<p>Mebutuhkan kesediaan secara sukarela dari semua kita disini agar melakukan pencarian aktif kasus sehingga penuntasan ini cepat dan ini harus menjadi perhatian pemerintah kita.</p>
<p>Pengendalian Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?</p>	<p>Pemberantasan sarang nyamuk merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan media transmisi.</p>	<p>Pemberantasan sarang nyamuk dan perindukan merupakan cara yang tepat untuk mengendalikan media transmisi.</p>
<p>Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?</p>	<p>Dari Dinas Kesehatan kan sudah ada membagi-bagikan kelambu jadi itu yang kita sangat sarankan agar dipatuhi warga guna memutuskan siklus penularannya, lalu melalui kegiatan gotong royong juga yah itu kan bertujuan memusnahkan sarang nyamuk, jadi dengan demikian maka potensi penularannya akan semakin kecil.</p>	<p>Melalui membagi-bagikan kelambu sangat di sarankan agar dipatuhi warga guna memutuskan siklus penularannya, lalu melalui kegiatan gotong royong</p>

Matrik Hasil Wawancara Mendalam Dengan Camat

VARIABLE	3 A 1	3 A 2	3 A 3	3 B 1	3 B 2
A. Laksana Kasus Klinis. Tata					
Bagaimana komitmen kepala pemerintahan setingkat kecamatan terhadap program pengobatan massal filariasis di tahun yang akan datang?	Kita berkomitmen kedepan bahwa masalah kesehatan tetap menjadi prioritas dalam menunjang pembangunan, sehingga tercapai keadaan masyarakat yang sejahtera dan rohani, sehingga apa yang menjadi program Dinkes Kabupaten, Puskesmas, atau polindes di tingkat Kecamatan kita akan fasilitasi	Kita berkomitmen bahwa masalah kesehatan tetap menjadi prioritas dalam menunjang program pembangunan	Kita berkomitmen bahwa masalah kesehatan tetap menjadi prioritas sehingga tercapai keadaan masyarakat yang sejahtera dan rohani.	Kita berkomitmen bahwa kesehatan menjadi prioritas, sehingga apa yang menjadi program Dinkes Kabupaten, Puskesmas, atau polindes di Kecamatan kita akan fasilitasi	Yang menjadi prioritas dalam menunjang pembangunan kesehatan yaitu tercapai keadaan masyarakat yang sejahtera dan rohani.
Dalam merumuskan program (eliminasi filaria) seberapa sering kepala pemerintahan setingkat Kecamatan di undang rapat atau seminar?	Saya pikir pertemuan yang kita fasilitasi pada awal sebelum pengobatan itu hanya bentuk koordinasi dari kecamatan, tentang bagaimana pelaksanaan teknis itu kan bagiannya	Kita dari kecamatan ini tidak dilibatkan secara teknis, namun kegiatan mereka pada dasarnya kita dukung dan fasilitasi	Pada waktu diundang hanya bersifat kordinasi saja bahwa mereka ada kegiatan pengobatan missal di wilayah otoritas kita	Kita tidak pernah diundang oleh pihak kesehatan untuk menghadiri rapat seminar untuk merumuskan program eliminasi	Kalau di undang semampu kita akan berpartisipasi.

	departemen kesehatan, tapi kita di daerah ini hanya bersifat koordinasi saja.			filariasis, tapi kita hanya bersifat koordinasi, artinya bagaimana caranya agar program pengobatan massal itu berlangsung lancar ya kita dukung, jadi semacam koordinasi.	
B. Audit Tatalaksana Faktor Risiko					
Bagaimana pengendalian sumber penyakit (simplu 1)?	Kita anjurkan kepada warga kita kalau masih ada anggota keluarga, tetangga atau pengunjun yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah, segera mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pos pelayanan kesehatan.	Semua warga kita tanpa terkecuali kalau teridentifikasi kasus kaki gajah, segera mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pos pelayanan kesehatan.	Kita anjurkan kepada warga kita kalau masih ada anggota keluarga, tetangga atau pengunjun yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah, segera mendapatkan dan tidak ada dipungut biaya.	Kita anjurkan kepada warga kita agar mengajak anggota keluarga, tetangga atau pengunjun yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah untuk segera mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pos pelayanan kesehatan dan itu gratis.	Kita anjurkan kepada warga kita kalau masih ada anggota keluarga, tetangga atau pengunjun yang ada di daerah ini teridentifikasi kasus kaki gajah, segera mendapatkan pengobatan di puskesmas atau pos pelayanan kesehatan.
Bagaimana pengendalian pada Wahana penularan atau Media Transmisi	Kita gerakkan warga dengan memanfaatkan lahan pekarangan menjadi lahan produktif	Kita gerakkan warga agar rajin memanfaatkan lahan pekarangan menjadi lahan produktif	Melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga dan melalui Penyuluh	Melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga dan melalui Penyuluh	Memanfaatkan lahan pekarangan menjadi lahan produktif dengan demikian

(simpul 2)?	melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga dan melalui Pertanian Lapangan (PPL) kita maksimalkan penggunaan lahan yang telantar demikian mengurangi perindukan nyamuk juga kan.	lahan melalui gerakan toga yaitu tanaman obat keluarga akan mengurangi perindukan nyamuk juga kan.	Pertanian Lapangan (PPL) kita maksimalkan penggunaan lahan yang telantar demikian akan mengurangi perindukan nyamuk.	Pertanian Lapangan (PPL) kita maksimalkan penggunaan lahan yang telantar demikian akan mengurangi perindukan nyamuk.	akan mengurangi perindukan nyamuk.
Bagaimana proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3)?	Melalui penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur atau penggunaan obat anti nyamuk saya pikir merupakan langkah pengendalian simpul 3.	Pemakaian kelambu pada saat tidur atau penggunaan obat anti nyamuk.	Melalui penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur, menghindari kegiatan malam hari di luar rumah, atau penggunaan obat anti nyamuk.	Penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur, mengandangkan ternak jauh dari pemukiman atau penggunaan obat anti nyamuk	Melalui penyuluhan tentang pemakaian kelambu pada saat tidur atau penggunaan obat anti nyamuk

Matrik Hasil Wawancara Mendalam Dengan Kepala Puskesmas

VARIABEL	4 A 1	4 A 2	4 A 3	4 B 1	4 B 2
A. Audit Tata Laksana Kasus Klinis. Menetapkan seseorang teridentifikasi filaria? (Menegakkan Diagnosis)	Gejala-gejala filiarisis pada tahap awal seperti adanya benjolan dan terasa nyeri disekitar lipat paha, kemudian juga ditandai adanya semacam urat seperti tali yang merah mulai dari pangkal paha atau ketiak sampai ke arah ujung kaki atau tangan dan ada lagi yaitu demam yang berulang pemeriksaan darah ujung jari Lalu pada tahap lanjut pembesaran pada kaki, tangan dan alat kelamin kemungkinan menjadi cacat permanet.	Dari pemeriksaan hasil darah kita simpulkan penderita filiarisis atau bukan.	Dengan dua cara saja yaitu tanda-tanda akut ataupun tanda kronis, kemudian dengan pemeriksaan darahnya, atau ada cara pemeriksaan yang lain.	Dengan dua cara saja yaitu tanda-tanda akut ataupun tanda kronis, kemudian dengan pemeriksaan darahnya, atau ada cara pemeriksaan yang lain.	Kalau sudah kronis itu sudah kelihatan jelas tapi yang masih sehat atau suspek itu kita lakukan pemeriksaan darah ujung jari.

<p>Pelaksanaan pengobatan massal (MDA)?</p>	<p>Berdasarkan koordinasi dari dinkes Kabupaten maka kita di puskesmas dibantu oleh kader, bides, tokoh masyarakat yang sebelumnya telah diumumkan melalui sholat jumat di mesjid-mesjid mengajak kesediaan mereka untuk datang ke posko-posko yang terdekat yang telah ditentukan dan mengajak semua siapapun warga yang ada di posko terdekat agar berpartisipasi dalam menelan obat yang dibagikan oleh para petugas dengan gratis tanpa dipungut bayaran</p>	<p>Karena merupakan program nasional, jadi semua daerah yang dinyatakan endemis termasuk juga daerah kita ini harus mengikuti program itu yaitu menyiapkan semua obat sarana parasarana dan tenaga kita untuk melakukan pengobatan massal pada hari itu dengan petunjuk depkes lah.</p>	<p>Sehari sebelum pelaksanaan pengobatan massal kita pastikan semua obat dan peralatannya dan petugas kita tersedia di setiap posko tempat pelaksanaan pengobatan. Nah sosialisasi melalui pengumuman yang disampaikan melalui sholat jumat di mesjid-mesjid maka pada hari yang kita memberikan pengobatan gratis kepada seluruh masyarakat tanpa kecuali, eee maksud saya ada pengecualian kepada Ibu hamil dan menyusui, Orang sakit parah, dan anak umur dibawah 2 tahun.</p>	<p>Ini kan merupakan program nasional, aaa jadi semua daerah yang dinyatakan endemis filaria, ya termasuk kita ini mengikuti program itu yaitu menyiapkan semua obat sarana parasarana dan tenaga kita untuk melakukan pengobatan massal pada hari itu, yaitu jumat dan sabtu tapi di hari pertama hampir 90 % warga datang ke posko menerima dan memakan obat yang kita berikan itu ya didepan kita. Pokoknya sesuai dengan petunjuk depkes lah.</p>	<p>Pelaksanaan pengobatan massal filariasis berlangsung lancar, itu semua berkat kerjasama yang baik dari kader, Tokoh Masyarakat dan juga tingkat partisipasi masyarakat yang baik dan sosialisasinya melalui pengumuman pada saat sholat jumat.</p>
---	--	---	---	---	---

<p>Kesiapan petugas dilapangan.</p>	<p>Ya kita sudah siapkan semuanya dilapangan termasuk kader dan tokoh masyarakat</p>	<p>Ohh sudah siap pak.</p>	<p>Tenaga yang dibutuhkan termasuk kader kesehatan dan Tokoh Masyarakat sudah kita lakukan pelatihan bagaimana agar pelaksanaan pengobatan nanti bisa siap pakai begitu</p>	<p>Didaerah kami ini pak pengobatan massal sama seperti tahun kemarin jadi masyarakat itu seperti sudah sadar sehingga kami dari petugas juga yaa sudah siap juga termasuk kader-kader kita dan tokoh -- tokoh masyarakat kita . jadi tidak kesulitan lagilah , artinya sukseslah</p>	<p>Setelah mendapat pelatihan itu biasanya pada saat sosialisasi kita pasikan petugas kita mampu dan mau bekerja ekstra diluar jam kerja itu yang penting.</p>
<p>Pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga ke desa atau kelurahan ?</p>	<p>"Seminggu sebelum hari pengobatan massal dilakukan, semua logistik sudah sampai disini pak (puskesmas) lalu kita kemudian distribusikan kesemua pustu dan polindes yang ada di desa dan kelurahan. Begitu instruksi yang kita terima begitu juga kita laksanakan begitu pak.</p>	<p>"Logistiknya semuanya utuh sampai ditempat hari sebelumnya, dan jumlah cukup dan kondisinya baik.</p>	<p>"Pendistribusian logistic yang sudah sampai dipuskesmas Kumpoh ilir ini kita sebar ke Masing Pustu-pustu dan pos - pos tempat dilaksanakan pengobatan missal.</p>	<p>"Logistiknya semuanya utuh kita terima selanjutnya kita distribusikan langsung jangan ditunda gitulah, kemudian kita cek lagi jumlahnya apakah cukup dan kondisinya baik.</p>	<p>"Pendistribusiannya berjalan lancar karena persiapannya dan pengkoordinasiannya baik.</p>

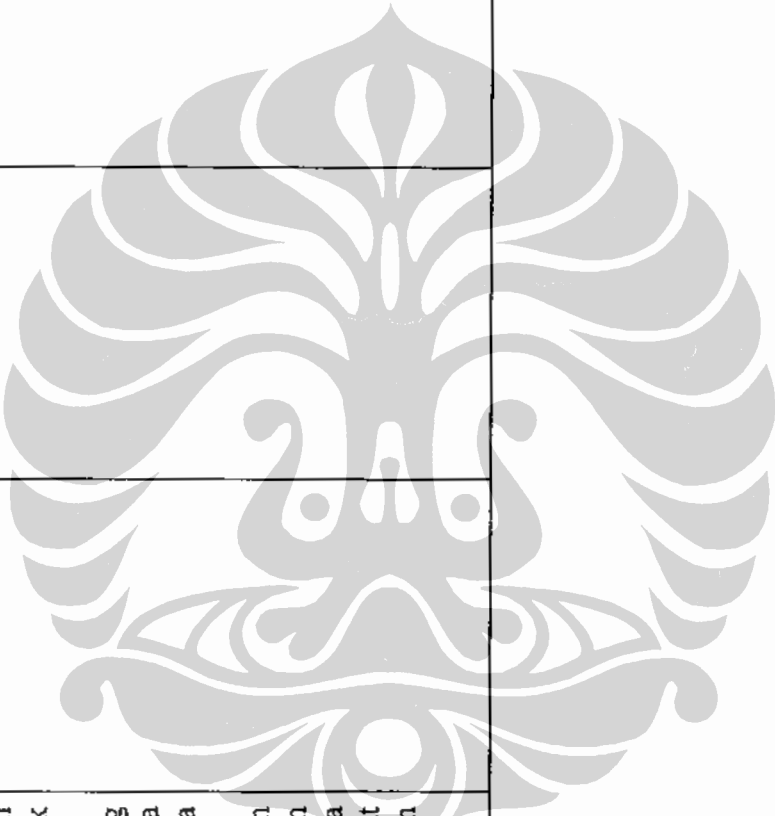
<p>Penggerakkan masyarakat pada tingkat desa/ kelurahan</p>	<p>"Melalui kegiatan sosialisasi pengobatan massal kita ajak warga kita agar pada hari yang ditentukan mendatangi polindes atau pustu terdekat untuk menerima obat dan menelannya.</p>	<p>" Setiap kesempatan ada pertemuan di balai desa melalui perangkat desa atau pengurus desa kita selalu mengingatkan agar dibicarakan juga atau.... dibicarakan tentang waktu dan tempat pelaksanaan pengobatan massal itu .</p>	<p>"Sewaktu staf kita turun ke desa tentang penyuluhan filariasis pada kesempatan itu di ingatkan waktu dan tempat pengobatan massal serta mengajak masyarakat seluruh untuk berpartisipasi.</p>	<p>poster-poster tentang filariasis kan kita tempel itu banyak di tempat umum dan dengan kendaraan operasional dengan menggunakan pengeras suara kita umumkan waktu dan tempat pelaksanaan pengobatan massal.</p>	<p>" Memakai ambulan berkeliling desa menggunakan pengeras suara untuk mengumumkan bahwa akan diadakan pengobatan massal filariasis kita umumkan tanggal dan tempat serta menghimbau seluruh masyarakat untuk berpartisipasi.</p>
<p>Pemantauan efek samping?</p>	<p>Kita sebagai petugas dilapangan dan memang tinggal disini ya memantaulah warga kita semuanya, makanya sewaktu pengobatan kemarin kita berikan obat dan kita anjurkan dimakan setelah makan malam jadi walaupun mungkin ada efek samping tapi mereka udah pada tidur jadi hasil pantauan kita sangat</p>	<p>Dari hasil pantauan ada beberapa warga kita yang mengeluh pusing dan mual-mual dan itu sudah kita antispasi dengan memberikan parasetamol dan antihistamine untuk mengurangi keluhan</p>	<p>Ohh itu sudah kita siasati dengan menjelaskan dengan memberikan obat untuk dimakan sesudah makan sore atau makan malam menjelang mau tidur sehingga kalaupun muncul keluhan itu akan terbanu karena mereka sudah tidur, namun demikian ada juga beberapa ibu-ibu yang melaporkan keluhan pening dan mual-mual.</p>	<p>Dari hasil pantauan ada beberapa warga kita yang mengeluh pusing dan mual-mual lalu kita antispasi dengan memberikan parasetamol dan antihistamine untuk mengurangi keluhan</p>	<p>Kebetulan petugas kita sebagian besar tinggal ditengah masyarakat, jadi pemantauannya bias 24 jam.</p>

				<p>sedikit yang melaporkan terjadinya efek samping.</p>	
			<p>”Kita bersama-sama dengan para kader dan masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, kita kunjungi dan memastikan mereka meminum obat yang kita berikan.</p>	<p>” Kalau kondisinya sudah sangat parah maka kita akan merujuk ke RSU untuk dilakukan tindakan perawatan lebih intensive. Jadi kalau masih belum parah katakanlah masih bengkok diketiak yang hilang timbul secara intensive terus kita</p>	
					<p>Penyisiran/ sweeping terhadap orang yang tidak minum obat</p> <p>Pencegahan kecacatan</p>

	<p>pantau pengobatannya sampai benar-benar sembuh, kira-kira.</p>				
<p>B. Audit Tatalaksana Pengendalian sumber penyakit (simpul 1)?</p>	<p>Perlu kita bentuk semacam juru filarial begitu dengan adanya juru filarial tersebut maka pencarian kasus akan semakin gencar, nah dengan ditemukannya mereka maka setelah pengobatan diharapkan terjadi pemutusan siklus penularannya.</p>	<p>Semua instansi baik pemerintah maupun swasta menerapkan pesan PSN</p>	<p>Karena sumber penyakit adalah si penderita itu sendiri, maka ini menjadi tanggung jawab kita bersama dari pihak kesehatan mengobati dan dari pihak masyarakat mencari dan melaporkan itulah kerjasama</p>	<p>“Dengan melakukan pencarian kasus secara cepat dan aktif serta melakukan diagnosis secara cepat dan tepat dan pengobatan hingga sembuh, maka sumber penularan dapat dieliminir bahkan dihilangkan, inilah tugas dan tanggung jawab kita bersama.</p>	
<p>Pengendalian Wahana penularan atau Media Transmisi (simpul 2)?</p>	<p>Pengendalian wahana penularan atau media transmisi kita lakukan melalui berbagai cara salah satunya melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) ini sudah kita jadikan program</p>	<p>Melalui gerakan 3D</p>	<p>Kita lakukan melalui fogging secara berkala, pemberian bubuk abate dan gerakan 3 D</p>	<p>Kita lakukan melalui fogging secara berkala, pemberian bubuk abate dan gerakan 3 D</p>	<p>Kita lakukan melalui fogging secara berkala, pemberian bubuk abate dan gerakan 3 D</p>

<p>Proses pajakan pada (kontak) komunitas (simpul 3)?</p>	<p>Puskesmas, sekolah dan Kantor Camat dan Kantor Kepala Desa. Nah PSN ini di isi dengan berbagai kegiatan mulai dari kebersihan lingkungan dan program pengasapan dan pembubuhan abate dan juga kegiatan gerakan 3D yaitu dikuras, dikubur dan dikeringkan.</p>	<p>Melalui pembagian kelambu, abate dan penyuluhan</p>	<p>Melalui program kelambu, abate dan penyuluhan kegiatan gotong royong.</p>	<p>Ada melalui kelambunisasi, fogging pemberian bubuk abate</p>	<p>Program kelambunisasi, pemberian bubuk abate dan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan luar rumah maupun kebersihan dalam rumah, termasuk memperhatikan penempatan kandang ternak.</p>
---	--	--	--	---	--

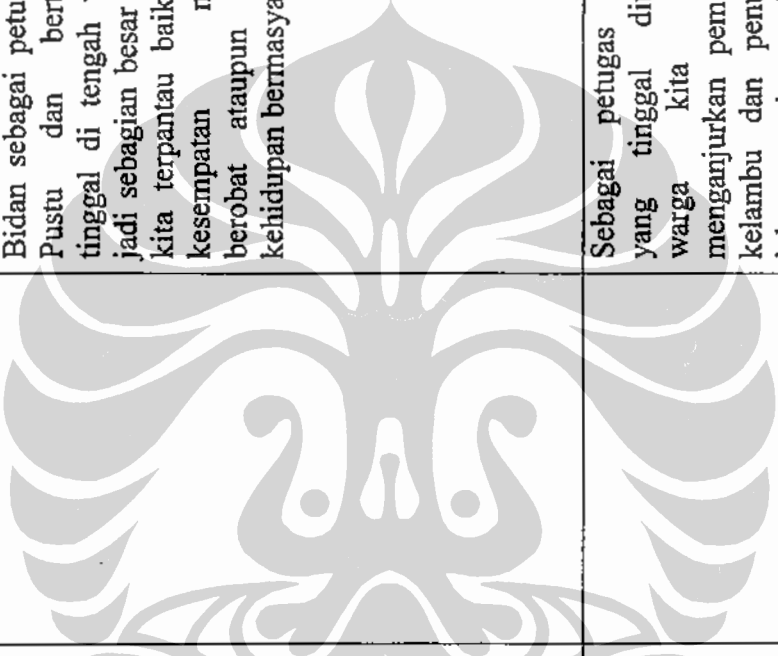
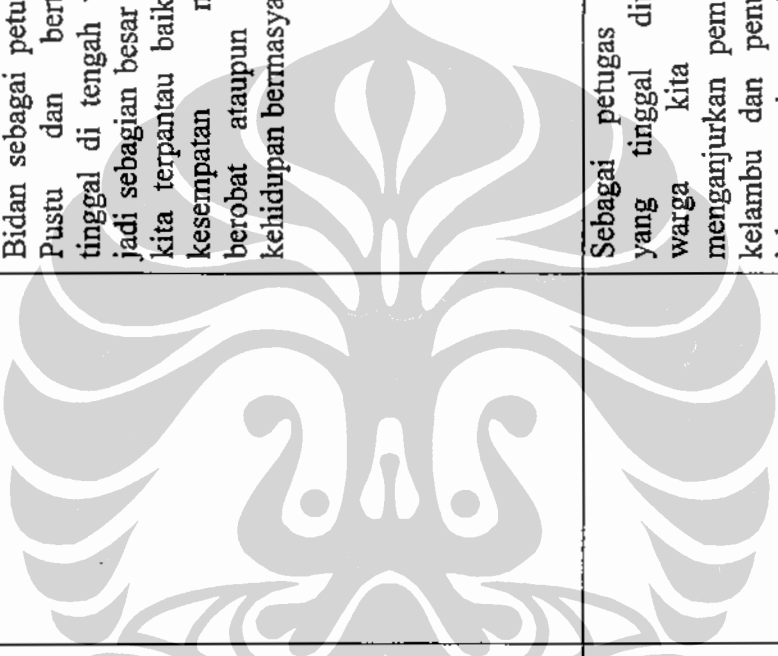
	<p>rumah maupun kebersihan dalam rumah, termasuk memperhatikan penempatan kandang ternak. Apabila warga kita memperhatikan penyuluhan dan saran yang kita sampaikan insya allah angka filariasis dapat ditekan ehh diturunkan gitulah.</p>				
--	--	--	--	--	--



Matrik Hasil Wawancara Mendalam Dengan Bidan

VARIABEL	5A1	5A2	5B1	5B2
A. Audit tatalaksana kasus klinis				
Menetapkan seseorang teridentifikasi filaria (menegakkan diagnosa)	Didaerah ini kasus ini ditemukan pada kelompok umur sudah tua sekitar 40 atau 50 tahunan ke atas jadi dari tanda klinisnya sudah kelihatan bahwa itu adalah kaki gajah tanpa pemeriksaan lagi, kalau yang muda-muda itu dah jarang kasusnya	Di periksa di labornya setelah dilakukan pengambilan darah ujung jari lalu di baca kemudian dinyatakan positif filariasis atau tida	Dengan melihat aja dah ketahuan pak kalau itu adalah kaki gajah, kebetulan ada program pengobatan massal filariasis jadi mereka itu semuanya diberikan pengobatan baik yang sehat juga yang sakit	Dengan pemeriksaan darah itu dilakukan di labor tapi pengambilan darahnya dilakukan malam hari sekitar jam 10 malam ke atas pak..... kan disitu keluar cacingnya
Pelaksanaan pengobatan massal (MDA)	Karena kita ada dipustu tempat kita bertugas, nah disinilah kita menunggu pada saat hari yang telah ditentukan, tapi sebelumnya kita sudah ada koordinasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Perugas Puskesmas kader dan tokoh masyarakat sehari sebelumnya telah menyiapkan semua program pengobatan massal. Hanya saja tidak semua warga bisa datang hari pertama	Karena kita memang sudah menjadi warga desa ramin dipustu tempat kita bertugas, jadi semua perlengkapan program pengobatan massalsudah di drop satu minggu sebelumnya jadi....persiapannya tidak masalah lah begitu pak	Karena kita ada dipustu tempat kita bertugas, nah..... disinilah kita menunggu pada saat hari yang telah ditentukan, tapi..... sebelumnya kita sudah menyiapkan semua keperluan program pengobatan massal itu	Didaerah kami ini pak pengobatan massal sama seperti tahun kemarin jadi masyarakat itu seperti nya sudah sadar sehingga kami dari petugas tidak kesulitan lagi, arlinya sukseslah

	itu maka kita lanjutkan hari keduaehh ternyata masih belum balik, barangkali mereka pergi kemana gitu jadi kita petugas didesa ini mengantar kerumah mereka dan memastikan mereka untuk memakan obat itu didepan mata kita	kan tahun-tahun kemarin sudah beberapa kali kita lakukan jadi ini hanya lanjutannya saja	Penyakit filariasis ini kan tanggung jawab kita, ya mo tak mo ya kita harus siap, sebab ini kan program nasional		Pada saat rapat koordinasi di Dinkes Kabupaten Kita yang bertugas dipustu ini harus siap gitu
Kesiapan dilapangan	Disini kami siap pak, apa lagi kan hari pertama langsung dipimpin oleh kepala dinkes jadi jangan sampai tidak siap lah apapun kejadiannya kita harus dilapangan pak	kurang lebih seminggu barang itu sudah sampai disini pak	Baik jumlahnya maupun kondisinya semuanya baik		Petugas dari puskesmas induk kurang lebih sudah seminggu barang itu disini pak
Pendistribusian logistik dari kabupaten ke masing-masing kecamatan hingga desa atau kelurahan	Baik pak semuanya maksudnya jumlahnya cukup kondisinyaupun baik juga	Kita bekerjasama dengan kader kesehatan.....mengajak warga untuk tidak lupa datang ke pos pelayanan pengobatan massal filariasis	Sebenarnya petugas dari kecamatan telah mengumumkannya namun kita juga bersama-sama dengan kader kesehatan mensosialisasikan program pengobatan massal itu		Bersama petugas Puskesmas menggunakan kendaraan operasional dengan pengeras suara keliling desa memberitahukan ke masyarakat tanggal dan tempat pelaksanaan pengobatan massal filariasis itu
Penggerakan masyarakat pada tingkat desa/kelurahan	Ya kita ajaklah mereka pak tiap tiap hari ketika mereka berobat ketempat kita ya kita selalu ingatkan				

<p>B. Audit Tata Laksana faktor risiko</p>	<p>Pengendalian sumber penyakit (Simpul 1)</p>	<p>Kita sebagai bidan terus memantau perkembangan filarial di daerah ini, kita kan tinggal dan bekerja disini, jadi itu merupakan kewajiban kita untuk mencari da mengobatinya, dan yang lebih penting adalah partisipasi anggota keluarga kalau sekiranya ada anggota keluarga yang yang terindikasi filarial segera dibawa ke pusku atau polindes maka kita akan lakukan pengobatan secara gratis</p>		<p>Bidan sebagai petugas di Pustu dan bertempat tinggal di tengah warga, jadi sebagian besar warga kita terpantau baik pada kesempatan mereka berobat ataupun dalam kehidupan bermasyarakat</p>	
<p>Proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3).</p>	<p>Menindak lanjuti penyuluhan yang disampaikan petugas Puskesmas kita pantau penggunaannya berapa dosis abatnya perkubik air, bagaimana cara mencelup kelambu kedalam larutan insektisidanya, lalu pakaian-pakaian yang bergantung kita suruh untuk di kumpulkan dan dicuci.</p>		<p>Sebagai petugas Bidan yang tinggal ditengah warga kita selalu menganjurkan pemakaian kelambu dan penutupan lubang udara dengan kawat kasa serta mengurangi kegiatan malam hari di luar rumah</p>		

MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA DESA

VARIABEL	6A1	6A2	6B1	6B2
A. Audit tatalaksana kasus klinis				
Pengetahuan kader kesehatan, kepala desa dan tokoh masyarakat tentang filariasis	Ya sejak tahun 1970 panyakit itu sudah banyak ditemukan didaerah sini, pada masa itu pengobatan tidak sebaik yang sekarang ini dan pemahaman warga terhadap penderita itu juga bermacam-macam seperti panyakit kutukan tapi syukurlah sekarang pengobatannya sudah canggih ya pak		Filariasis itu panyakit yang disebabkan oleh nyamuk, apalagi daerah kita ini kan banyak rawa sebagai perindukan nyamuk	
Upaya masyarakat mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu	Kita sebagai kepala desa disini atau orang yang dituakan memberikan pengertian bagaimana dampak atau kerugian dari kaki gajah itu, jadi oleh karena itu dengan adanya bantuan puskesmas bantuan bidan-bidan kita manfaatkan untuk berobat gratis, alhamdulillah mereka mau semuanya		Berdasarkan petunjuk dari ibu dokter maka kita sebagai pemerintah di tingkat desa saran tersebut agar mereka datang berobat ke pustu atau polindes-polindes atau puskesmas-puskesmas dan tidak dipungut biaya atau gratis. Disitu juga kita beritahukan bahaya dari	

<p>Setelah mendapat obat dari petugas kesehatan apakah anda memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.</p>	<p>mendengarkan pak dan menuruti apa yang kita anjurkan tadi</p>	<p>penyakit kaki gajah itu nah dengan adanya penyuluhan seperti itu alhamdulillah mereka datang pak berobat gratis tadi</p>	
<p>B. Audit tatalaksana faktor risiko</p>	<p>Kita bersama-sama dengan para kader dan tokoh masyarakat mendatangi warga yang pada saat pengobatan massal berlangsung tidak berada ditempat, kita kunjungi dan memastikan mereka meminum obat yang kita berikan</p>	<p>Kita yang tinggal bersama-sama dengan warga ya terus meneruskan ketemu jadi selama sebulan itu rasanya semuanya minum obatlah, ya ada sih yang karena tugas dan karena dagang mereka tidak bisa pada hari pelaksanaan pengobatan itu tapi kan pada hari selanjutnya mereka sudah ada dirumahnya, jadi disitu kita penjelasan dan kasih obat untuk diminum</p>	<p>Disini banyak ditemui sungai dengan tumbukan airnya dan kalau musim hujan daerah rendah terisi air yah sudah menjadi tempat nyamuk bertelur kan, lagian penduduk kita kebanyakan petani jadi di kebun juga mereka digigit nyamuk</p>

MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KADER KESEHATAN

VARIABEL	7A1	7A2	7B1	7B2
A. Audit tatalaksana kasus klinis				
Pengetahuan kader, kades, tokoh masyarakat tentang filariasis	<p>Ohh kita nyebutnya penyakit untut, bahaso sinilah, adolah kawan-kawan yang besak kakinya, biasanyo mereka banyakan di kebon jadi ketika ada pengobatan terpaksa keluargonyo kita suruh jemputnyo, agar diobati</p>			
Upaya menggerakkan masyarakat agar mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu.	<p>Saya pak disini mempunyai group binaan satu RT jadi pada saat arisan di RT ini kebanyakan ikut pak jadi kesempatan itu kita melakukan penyuluhan seperti yang telah dilatih kepada para kader, kita menganjurkan atau menyarankanlah agar baik bapak-bapak, ibu-ibu bersama-sama membawa anak-anak mereka untuk datang dan meminim obat</p>		<p>Disetiap kesempatan baik di arisan ibu-ibu pengajian ibu-ibu kita bertahukan akan ada pengobatan massal yang diadakan di pustu, polindes dan puskesmas disana ada pengobatan gratis, maka kita anjurkan untuk membawa seluruh anggota keluarga kecuali yang sakit keras, ibu hamil atau menyusui, dan bayi dibawah dua tahun</p>	

<p>Setelah mendapat obat dari petugas kesehatan apakah anda memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.</p>	<p>yang kita berikan Kita sebagai kader yang setiap saat melakukan kontak dengan warga memang dalam setiap kesempatan memantau apakah warga telah memakan obat atau tidak, akan tetapi dengan semakin tingginya kesadaran warga akan bahaya penyakit kaki gajah ini maka cakupannya cukup tinggi kira-kira 90 %</p>		<p>Bersama dengan kader dari desa sebelah kita sering melakukan kunjungan memberikan penyuluhan tentang bahaya filariasis</p>	
<p>Pemantauan penanganan Infeksi kronis.</p>	<p>Kalau hanya untuk membersihkan saya pikir bisalah sipenderita itu sendiri yang penting bagaimana agar dio merawatnya dengan benar</p>		<p>Kita sangat menganjurkan kepada keluarga penderita agar membantu membersihkan filariasis anggota keluarganya yang terkena, dan yang lebih utama adalah kepada masyarakat jagan memiliki pengucilan terhadap mereka yang menderita sehingga mereka bisa tampil percaya diri</p>	
<p>B. Audit tatalaksana faktor risiko</p>	<p>Daerah ini banyak sungai, disepanjang daerah ini diikuti sungai dan warga</p>		<p>Di sungai pak atau dikebun sudah itu masyarakat juga belum menyadari rumah yang</p>	

	<p>kita memanfaatkan juga sungai ini sebagai sarana transportasi keperluan mandi cuci, dan kakus jadi setiap hari warga kita kontak dengan sungai sebagai tempat perindukan nyamuk</p>		<p>didalamnya kumuh, pakaian bekas yang masih bergantung menjadi sarang atau peristirahatan nyamuk juga</p>	
<p>Pengendalian sumber penyakit (simpul 1)</p>	<p>Kita baik sebagai Kades, Kader, dan Tokoh Masyarakat sebagai pelayan di tengah masyarakat, memiliki beban moral terhadap situasi dan kondisi di tengah masyarakat, oleh karena itu apapun persoalan yang menyangkut kesehatan masalah kita memfasilitasi, kita bimbing dan arahkan sehingga cepat ditemukan kasus dan segera dilakukan pengobatan yang tepat maka dengan demikian diharapkan tidak ada lagi penularan penyakit kaki gajah ini</p>		<p>Sebagai kader sekaligus warga masyarakat biasa yang terlatih kita bertanggung jawab terhadap program pengobatan massal filariasis ini</p>	
<p>Pengendalian Wahana penularan atau Media Transmisi</p>	<p>Disamping gerakan PSN perlu juga upaya perbaikan perilaku hidup</p>		<p>Melalui program kita tekankan agar warga taat</p>	

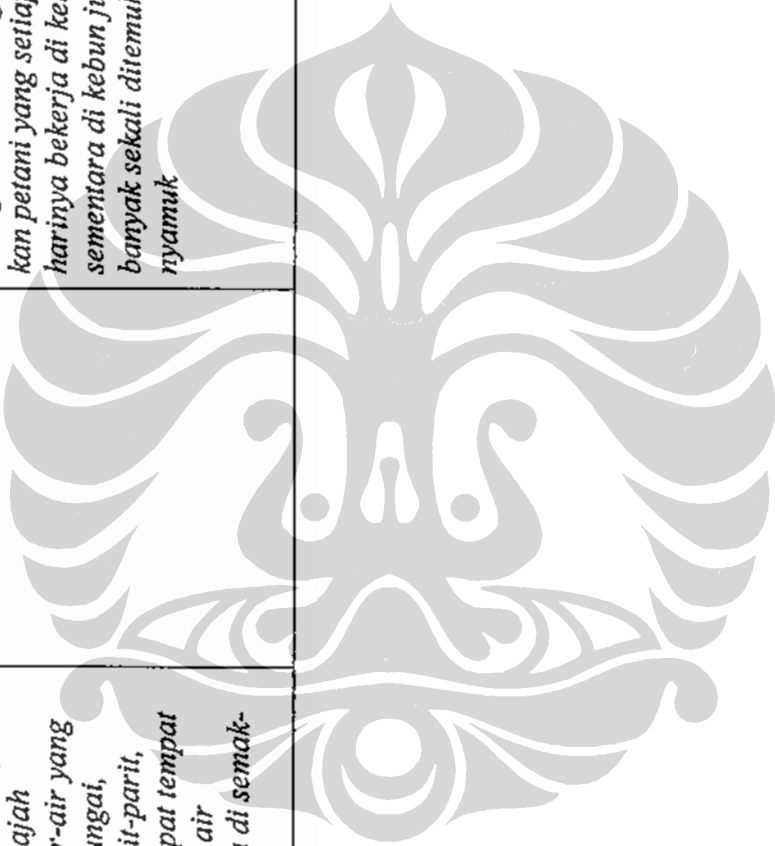
<p>(simpul 2)</p>	<p>sehat, termasuk ketaatan penggunaan memakai kelambu yang sudah dibagi-bagikan, pokoknya menghindari diri dari gigitan nyamuk</p>		<p>menggunakannya untuk menghindari risiko gigitan nyamuk</p>	
<p>Proses pajanan (kontak) pada komunitas (simpul 3).</p>	<p>Penyuluhan yang telah disampaikan oleh petugas kesehatan kita lanjutan lagi, karena warga kita ini suka lupa atau kurang memperhatikan jadi kita sebagai masyarakat selalu menekankan ini disetiap ada pertemuan, saya pikir ini merupakan upaya pengendalian simpul 3</p>		<p>Karena sebagian warga kita tidak terbiasa menggunakan kelambu oleh karena itu kita terus menerus melakukan pengecekan terhadap warga agar taat menggunakan kelambu pada saat tidur</p>	

Matrik Hasil Wawancara Mendalam Dengan Tokoh Masyarakat

VARIABEL	8A1	8A2	8B1	8B2
<p>A. Audit tatalaksana faktor risiko</p> <p>Pengetahuan kades, Tokoh Masyarakat tentang gajah penyakit kaki (filariasis)</p>	<p>Penyakit filariasis atau didaerah ini di sebut penyakit untut, sudah lama dikenal sebagai penyakit menular yang disebabkan oleh nyamuk, nyamuk ini berkembang biak di rawa-rawa dan itu banyak ditemukan di daerah kita ini</p>	<p>Sebagian besar warga kita kan hidupnya dari bertani, berkebun, kadang mereka bermalam dikebun milik mereka jadi kemungkinan mereka digigit oleh nyamuk itu membuat sebagian warga kita dari pekerjaan petani pak yang terkena penyakit kaki gajah itu pak.</p>	<p>Ya didaerah ini yang berada disepanjang sungai Batang hari, banyak juga berawa yang sepanjang tahun meluap sebagai perindukan nyamuk, disamping sosioekonomi disini masih rendah, tingkat pendidikan dan pengetahuan yang relative rendah</p>	
<p>Pendapat Tokoh Masyarakat tentang penularan filariasis (kaki gajah)</p>	<p>Dulu kata orang dusun sini karena guna-guna atau keturunan, karena satu keluarga itulah misal kakeknya keno kita lihat bapaknya pasti juga keno nanti kalau udah besak-besak anaknya ahh pasti keno lagi, tapi sekarang berkat adanya kemajuan teknologi kan ahh ketahuanlah bahwa</p>	<p>Sebagian besar warga kita kan hidupnya dari bertani, berkebun, kadang mereka bermalam dikebun milik mereka jadi kemungkinan mereka digigit oleh nyamuk itu membuat sebagian warga kita dari pekerjaan petani pak yang terkena penyakit kaki gajah itu pak.</p>	<p>Orang yang hilir mudik di aik itu lah yang kenonyo, jadi mereka yang tiap hari bekerja di aik itu digigit oleh nyamuk yang ada di aik itu</p>	<p>Filariasis atau kaki gajah itu disebabkan oleh nyamuk makanya kita harus hindari gigitan nyamuk baik nyamuk malaria biar jangan kena malaria atau nyamuk demam berdarah biar jangan kena demam berdarah gitu pak, bahaya pak nyamuk ini</p>

			<p>penyebabnya adalah nyamuk yang ada di air- air tergenang</p>	<p>Upaya menggerakkan masyarakat agar mendapatkan pengobatan di Puskesmas atau Pustu</p>
	<p>Kita sebagai tokoh masyarakat melalui kesempatan khotbah di mesjid menyampaikan pesan agar semua orang yang ada didesa ini untuk mengikuti pengobatan massal yang diadakan di pustu-pustu, polindes-polindes, puskesmas puskesmas secara gratis</p>		<p>Kita memang disini sebagai yang dianggap tokoh masyarakat selalu mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengobatan massal yang gratis ini jangan sampai dilewatkan sebab kalau sampai lewat maka penyakit ini takutnya muncul lagi lah yang rugi siapa kan kita juga maka, kita gerakkan itu semua baik pemuda-pemudi lewat karang taruna sekolah-sekolah, MTs, Madrasah, dan kelompok pengajian untuk berobat</p>	<p>Setelah mendapat obat dari petugas kesehatan apakah anda memberikan perhatian terhadap mereka dalam arti mengawasi sehingga mereka benar-benar makan obat itu.</p>

<p>B. Audit tatalaksana faktor risiko</p>	<p>Tempat kebiasaan nyamuk penular kaki gajah biasanya di air-air yang tergenang disungai, dirawa, di parit-parit, digot, dan tempat tempat penampungan air kemudian juga di semak-semak belukar</p>		<p>Sebagian besar warga kita kan petani yang setiap harinya bekerja di kebun sementara di kebun juga banyak sekali ditemukan nyamuk</p>	
---	--	--	---	--



**RENCANA KEBUTUHAN OBAT UTAMA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS
KABUPATEN MUARO JAMBI TAHUN 2006**

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	PDDK	KK	SSR	KEBUTUHAN			PERSEDIAN			KEKURANGAN			
						ALB	DEC	PCT	ALB	DEC	PCT	ALB	DEC	PCT	
1	MARO SEBO	Jambi Kecil Kmk. Dalam	17,734	4,417	17,024	17,024	37,453	37,453							
			9,838	2,427	9,421	9,421	20,726	20,726							
2	KUMPEH	Tanjung Puding	14,303	3,570	13,730	13,730	30,206	30,206							
			8,161	2,040	7,834	7,834	17,235	17,235							
3	KUMPEH ULU	Ma. Kumpoh Tangkit	26,231	6,521	25,181	25,181	55,398	55,398							
			34,164	8,525	32,797	32,797	72,153	72,153							
Jumlah.....			110,431	27,500	105,987	105,987	233,171	233,171	94,954	92,100	71,000	11,033	141,071	162,171	

Kasi P2M

Yes Isman, SKM
Nip. 140 165 341

**RENCANA KEBUTUHAN OBAT UTAMA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS
KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR TAHUN 2006**

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	PDDK	KK	SSR	KEBUTUHAN			PERSEDIAN			KEKURANGAN			
						ALB	DEC	PCT	ALB	DEC	PCT	ALB	DEC	PCT	
1	Muara Sabak	Muara Sabak	13,035	3,549	12,912	17,024	33,412	28,406							
2	Dendang	Dendang	17,018	4,471	15,650	13,730	28,440	34,430							
	Jumlah.....		30,053	8,020	28,562	30,754	67,659	62,836	80,550	70,000	88,000				

Kasi P2M

Jaipatul
Nip. 140 338 535

RENCANA KEGIATAN FILARIASIS TAHUN 2007

KABUPATEN : Muaro Jambi

NO	KEGIATAN	JAN	PEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOP	DES	KET
1	Sosialisasi & Advokasi													
2	Pelatihan						xxxxxxxx							
3	Rapid Mapping	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxx						
4	Survei Darah Jari						xxxxxxxx							
5	Pemetaan						xxxxxxxx							
6	Pengobatan Massal							xxxxxxxx						
7	Survei Evaluasi												xxxxxxxx	
8	Lain-lain													

Dinas Kesehatan
Kabupaten Muaro Jambi
Kepala Seksi P2M

YES ISMAN
NIP. 140 165 341

REALISASI KEGIATAN FILARIASIS TAHUN 2007

KABUPATEN : Muaro Jambi

NO	KEGIATAN	JAN	PEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOP	DES	KET
1	Sosialisasi & Advokasi													
2	Belatihan									XXXXXXXXXX				
3	Rapid Mapping													
4	Survei Darah Jari													
5	Pendaftaran/Sosialisasi											XXXXXXXXXX		
6	Pengobatan Massal												XXXXXXXXXX	
7	Survei Evaluasi													
8	Lain-lain													

Dinas Kesehatan
Kabupaten Muaro Jambi
Kepala Seksi P2M

YES ISMAN
NIP. 140 165 341

RENCANA KEGIATAN FILARIASIS TAHUN 2007

KABUPATEN : Tanjung Jabung Timur

NO	KEGIATAN	JAN	PEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOP	DES	KET
1	Sosialisasi & Advokasi		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX							
2	Relatihan													
3	Mappid Mapping		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX						
4	Survei Darah Jari													
5	Demetaan													
6	Pengobatan Massal													
7	Survei Evaluasi												XXXXXXXXXX	
8	Lain-lain													

Dinas Kesehatan
Kabupaten Muaro Jambi
Kepala Seksi P2M

JAIPATUL
NIP. 140 338 535

REALISASI KEGIATAN FILARIASIS TAHUN 2007

: Tanjung Jabung Timur

NO	KEGIATAN	JAN	PEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOP	DES	KET
1	Sosialisasi & Advokasi								██████████	██████████				
2	Pelatihan								XXXXXXXXXX					
3	Rapid Mapping								██████████					
4	Survei Darah Jari									██████████	██████████			
5	Pendaftaran/Sosialisasi									XXXXXXXXXX	██████████			
6	Pengobatan Massal												██████████	
7	Survei Evaluasi												██████████	
8	Lain-lain												██████████	

Dinas Kesehatan
Kabupaten Muaro Jambi
Kepala Seksi P2M

Japiatul
NIP. 140 165 341

FORMULIR REKAPITULASI SURVEI DARAH JARI (SDJ) FILARIASIS
TAHUN 2004 - 2006

KABUPATEN : Muaro Jambi

NO	TAHUN SDJ	NAMA DESA	NAMA PUSKESMAS	NAMA KECAMATAN	JUMLAH PDDK DESA	JUMLAH SAMPLE SURVEI	JUMLAH SLIDE POSITIF	SPESES MIKROFILARIA	JUMLAH MIKROFILARIA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2004	Sekumbung	Kmk. Dalam	Maro Sebo	649	500	3	B. Malayi	27
		Sei. Aur	Jambi Kecil	Maro Sebo	1,113	500	0	B. Malayi	18
2	2005	Sekumbung	Kmk. Dalam	Maro Sebo	979	500	6	B. Malayi	36
		Sei. Aur	Jambi Kecil	Maro Sebo	937	500	4	B. Malayi	18
3	2006	Sekumbung	Kmk. Dalam	Maro Sebo	1,051	500	2	B. Malayi	35
		Sei. Aur	Jambi Kecil	Maro Sebo	1,466	500	2	B. Malayi	16

Kasi P2M

Yes Isman, SKM
Nip. 140 165 341

SDJ di desa Sekumbung pada tahun 2004 ditemukan 27 orang kasus filariasis kemudian pada tahun 2005 mengalami kenaikan sebanyak 9 kasus atau mengalami kenaikan sebesar 33,33 %. kemudian pada tahun 2006 kembali turun menjadi 1 kasus atau mengalami penurunan sebesar 2,7 %

SDJ di desa Sei Aur pada tahun 2004 ditemukan 18 orang kasus filariasis hingga tahun 2005 tidak mengalami perubahan namun pada tahun 2006 mengalami penurunan 2 kasus sebesar 6,25 %. kemudian pada tahun 2006 kembali turun sebanyak 5 kasus atau mengalami penurunan sebesar 11,11 %

**FORMULIR REKAPITULASI SURVEI DARAH JARI (SDJ) FILARIASIS
TAHUN 2004 - 2006**

KABUPATEN : Tanjung Jabung Timur

NO	TAHUN SDJ	NAMA DESA	NAMA PUSKESMAS	NAMA KECAMATAN	JUMLAH PDDK DESA	JUMLAH SAMPLE SURVEI	JUMLAH SLIDE POSITIF	SPESES MIKROFILARIA	JUMLAH MIKROFILARIA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2004	Air itam	Muara Sabak	Muara Sabak	1,006	500	5	B. Malayi	24
		Serindit	Dendang	Dendang	867	500	0	B. Malayi	16
2	2005	Air itam	Muara Sabak	Muara Sabak	1,160	500	6	B. Malayi	27
		Serindit	Dendang	Dendang	889	500	2	B. Malayi	15
3	2006	Air itam	Muara Sabak	Muara Sabak	1,202	500	2	B. Malayi	22
		Serindit	Dendang	Dendang	891	500	3	B. Malayi	10

Kasi P2M

JAPIATUL

Nip. 140 165 341

SDJ di desa air itam pada tahun 2004 ditemukan 24 orang kasus filariasis kemudian pada tahun 2005 mengalami kenaikan sebanyak 3 kasus atau mengalami kenaikan sebesar 12,5 %. namun pada tahun 2006 kembali turun menjadi 5 kasus atau mengalami penurunan sebesar 18,5 %

SDJ di desa Serindit pada tahun 2004 ditemukan 16 orang kasus filariasis kemudian pada tahun 2005 mengalami penurunan sebanyak 1 kasus atau mengalami penurunan sebesar 6,25 %. kemudian pada tahun 2006 kembali turun sebanyak 5 kasus atau mengalami penurunan sebesar 33,33 %