

123 Rat

18760p.05

15/3-02-'06



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 1582/MENKES/SK/XI/2005

**TENTANG
PEDOMAN PENGENDALIAN FILARIASIS (PENYAKIT KAKI GAJAH)**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa filariasis merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena berjangkit di sebagian besar wilayah Indonesia dan dapat menimbulkan kecacatan seumur hidup;

b. bahwa Indonesia telah sepakat untuk melaksanakan eliminasi filariasis Tahun 2020 sesuai ketentuan WHO pada Tahun 2000 WHO tentang Kesepakatan Global Eliminasi Filariasis Tahun 2020 (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*) dan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah);

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);

3. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004 – 2009;

4. Keputusan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementrian Negara Republik Indonesia;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan :
Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENGENDALIAN FILARIASIS (PENYAKIT KAKI GAJAH).**
- Kedua : Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) sebagaimana tercantum dalam Lampiran I, Lampiran II, Lampiran III, Lampiran IV, Lampiran V, Lampiran VI, dan Lampiran VII Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan baik di pusat maupun di daerah dalam pelaksanaan pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah).
- Keempat : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan melibatkan organisasi profesi serta Instansi terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 18 November 2005



MENTERI KESEHATAN,

Dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran I
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN PROGRAM ELIMINASI FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening. Penyakit ini dapat merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae, dan scrotum, menimbulkan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya. Secara tidak langsung, penyakit yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk ini dapat berdampak pada penurunan produktivitas kerja penderita, beban keluarga, dan menimbulkan kerugian ekonomi bagi negara yang tidak sedikit. Hasil penelitian Departemen Kesehatan dan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia Tahun 1998, menunjukkan bahwa biaya perawatan yang diperlukan seorang penderita filariasis per tahun sekitar 17,8% dari seluruh pengeluaran keluarga atau 32,3% dari biaya makan keluarga.

Pada Tahun 2004, filariasis telah menginfeksi 120 juta penduduk di 83 negara di seluruh dunia, terutama negara-negara di daerah tropis dan beberapa daerah subtropis. Di Indonesia, berdasarkan survei yang dilaksanakan pada tahun 2000-2004, terdapat lebih dari 8000 orang menderita klinis kronis filariasis (elephantiasis) yang tersebar di seluruh propinsi. Secara epidemiologi, data ini mengindikasikan lebih dari 60 juta penduduk Indonesia berada di daerah yang berisiko tinggi tertular filariasis, dengan 6 juta penduduk diantaranya telah terinfeksi.

Pada Tahun 1997, World Health Assembly menetapkan resolusi "*Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem*", yang kemudian pada Tahun 2000 diperkuat dengan Keputusan WHO dengan mendeklarasikan "*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*". Indonesia menetapkan Eliminasi Filariasis sebagai salah satu prioritas nasional pemberantasan penyakit menular. Program pemberantasan filariasis sendiri telah dilaksanakan sejak Tahun 1975, terutama di daerah-daerah endemis tinggi. Menteri Kesehatan pada tanggal 8 April 2002, di Desa Mainan, Kecamatan Banyuasin III, Kabupaten Musi Banyuasin, Sumatera Selatan telah mencanangkan dimulainya eliminasi filariasis global di Indonesia, dan menerbitkan surat edaran kepada Gubernur dan Bupati/Walikota di seluruh Indonesia tentang Pelaksanaan Pemetaan Endemisitas Filariasis, Pengobatan Massal Daerah Endemis Filariasis, dan Tatalaksana Penderita



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Filariasis di Semua Daerah (Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 612/MENKES/VI/2004). Disamping itu, Program Penatalaksanaan Kasus Filariasis, yang merupakan salah satu program eliminasi filariasis, ditetapkan menjadi salah satu kewenangan wajib pemerintah daerah, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

II. PROGRAM ELIMINASI FILARIASIS

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Filariasis tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia pada Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Menurunnya angka mikrofilaria (microfilaria rate) menjadi kurang dari 1% di setiap Kabupaten/Kota.
- b. Mencegah dan membatasi kecacatan karena filariasis.

B. Pengertian

1. Eliminasi Filariasis

Adalah tercapainya keadaan dimana penularan filariasis sedemikian rendahnya sehingga penyakit ini tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat.

2. Pengobatan Massal Filariasis

Pemberian obat kepada semua penduduk di daerah endemis filariasis dengan DEC, albendazole dan paracetamol sesuai takaran, setiap tahun sekali minimal selama 5 tahun berturut-turut, yang bertujuan untuk menghilangkan sumber penularan dan memutuskan mata rantai penularan filariasis di daerah ini.

3. Tatalaksana Kasus Filariasis

Pengobatan dan perawatan penderita klinis filariasis yang bertujuan untuk mematikan cacing filaria serta mencegah dan membatasi kecacatan. Perawatan penderita lebih ditekankan pada perawatan mandiri dan seumur hidup.

C. Kebijakan

1. Eliminasi filariasis merupakan salah satu prioritas nasional program pemberantasan penyakit menular.
2. Melaksanakan eliminasi filariasis di Indonesia dengan menerapkan Program Eliminasi Filariasis Limfatik Global dari WHO, yaitu memutuskan rantai penularan filariasis serta mencegah dan membatasi kecacatan.
3. Satuan lokasi pelaksanaan (*implementation unit*) eliminasi filariasis adalah Kabupaten/Kota.
4. Mencegah penyebaran filariasis antar kabupaten, provinsi dan negara.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

D. Strategi

1. Memutuskan rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal di daerah endemis filariasis.
2. Mencegah dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus klinis filariasis.
3. Pengendalian vektor secara terpadu.
4. Memperkuat kerjasama lintas batas daerah dan negara.
5. Memperkuat surveilans dan mengembangkan penelitian.

E. Kegiatan Pokok

Untuk merealisasikan strategi eliminasi filariasis tersebut, maka dilaksanakan berbagai kegiatan :

1. Meningkatkan promosi;
2. Mengembangkan sumberdaya manusia filariasis;
3. Menyempurnakan tata organisasi;
4. Meningkatkan kemitraan;
5. Meningkatkan advokasi;
6. Memberdayakan masyarakat;
7. Memperluas jangkauan program;
8. Memperkuat sistem informasi strategis.

F. Rincian Kegiatan

1. Meningkatkan Promosi

- a. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat, perorangan atau lembaga kemasyarakatan, agar berperan aktif dalam upaya eliminasi filariasis, antara lain :
 - (1) Penderita klinis filariasis bersedia memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan serta mampu merawat anggota tubuh yang sakit.
 - (2) Anggota masyarakat melaksanakan pengobatan massal filariasis secara teratur sekali setahun, minimal selama lima tahun berturut-turut.
 - (3) Anggota masyarakat, perorangan atau berkelompok, berperan aktif dalam upaya eliminasi filariasis di daerahnya. Masyarakat membentuk relawan filariasis di tempat tinggalnya, baik relawan dalam perawatan penderita klinis kronis filariasis, pengobatan massal filariasis, maupun dalam rangka pemantauan kinerja program filariasis di daerahnya.
- b. Pengembangan pesan promosi yang mendukung peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam upaya eliminasi filariasis, antara lain:
 - (1) Mengidentifikasi dan menentukan sasaran promosi;
 - (2) Menentukan metode promosi yang tepat;
 - (3) Merancang dan menggandakan bahan-bahan promosi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Pengembangan Sumber Daya Manusia Filariasis

- a. Memperkuat kemampuan sumber daya manusia dalam penyelenggaraan program eliminasi filariasis, baik melalui pendidikan, pelatihan, sosialisasi, distribusi informasi dan penyelenggaraan seminar eliminasi filariasis.
- b. Prioritas pendidikan dan pelatihan tenaga professional adalah tenaga pelaksana eliminasi filariasis, tenaga epidemiologi, tenaga entomologi, serta tenaga mikroskopis di pusat dan daerah.

3. Menyempurnakan Tata Organisasi

- a. Pembentukan *Task Force* Eliminasi Filariasis dan Kelompok Kerja Eliminasi Filariasis di pusat dan daerah.
- b. Pengembangan jejaring kerja lintas program dan lintas sektor.
- c. Penyempurnaan pedoman pelaksanaan program eliminasi filariasis.
- d. Mendorong terbentuknya lembaga sosial kemasyarakatan (LSM) peduli filariasis.

4. Meningkatkan Kemitraan

- a. Inventarisasi dan merumuskan kerjasama lembaga mitra.
- b. Prioritas kerjasama antara program eliminasi filariasis dengan program pemberantasan kecacingan, kusta, pengendalian vektor dan program lain yang dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas program eliminasi filariasis.
- c. Prioritas kerjasama antar sektor adalah program Usaha Kesehatan Sekolah terutama dalam rangka penemuan kasus dan pengobatan massal, serta lembaga mitra pemerintah, lembaga sosial kemasyarakatan, media massa, dan lain sebagainya.
- d. Kerjasama dengan lembaga donor nasional dan internasional serta dunia usaha.

5. Meningkatkan Advokasi

- a. Meningkatkan advokasi para penentu kebijakan untuk mendapatkan dukungan komitmen, tersusunnya peraturan perundangan, serta terlaksananya program eliminasi filariasis dengan dukungan anggaran, sumber daya manusia, dan sarana penunjang lainnya yang memadai serta penggerakan semua potensi yang ada di pusat dan daerah.
- b. Prioritas advokasi adalah para menteri dan pimpinan lembaga pemerintahan terkait, Gubernur, Bupati, Walikota, DPR, DPRD Propinsi dan DPRD Kabupaten/Kota, badan dan dinas terkait di Propinsi dan Kabupaten/Kota, Komisi Kesehatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota, pimpinan lembaga sosial kemasyarakatan, dunia usaha, media massa, dan lembaga donor.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. Pemberdayaan Masyarakat

- a. Menumbuhkembangkan norma kemasyarakatan yang berdayaguna dan mandiri dalam upaya eliminasi filariasis.
- b. Pemberdayaan masyarakat diutamakan dalam penemuan dan perawatan penderita klinis filariasis serta pelaksanaan pengobatan massal filariasis dengan sasaran prioritas pemberdayaan adalah penderita dan keluarganya, tokoh masyarakat, guru, tenaga kesehatan (medis dan paramedis praktek swasta), penyandang dana lokal dan masyarakat luas.

7. Memperluas Jangkauan Program

- a. Melaksanakan tahapan kegiatan eliminasi filariasis agar tercapai tujuan eliminasi filariasis Tahun 2020.
- b. Perluasan jangkauan program eliminasi filariasis dengan pendekatan kepulauan, pendekatan lintas batas administrasi pemerintahan, dan pendekatan kawasan epidemiologi filariasis.
- c. Melaksanakan upaya pengendalian vektor secara terpadu, terutama dengan program pemberantasan malaria dan demam berdarah dengue.

8. Memperkuat Sistem Informasi Strategis

- a. Mengembangkan Sistem Surveillans Eliminasi Filariasis yang mampu mendukung perencanaan, pengendalian dan evaluasi program eliminasi filariasis.
- b. Mengembangkan Sistem Surveillans Eliminasi Filariasis Kabupaten/Kota yang terintegrasi dalam Sistem Surveillans Eliminasi Filariasis Propinsi dan Nasional serta dalam Sistem Surveillans Epidemiologi Kesehatan.
- c. Peningkatan pemanfaatan teknologi komunikasi informasi elektromedia.

G. Pengorganisasian

Memperkuat kemampuan unit-unit pelaksana program eliminasi filariasis di pusat dan daerah dengan tugas pokok dan fungsi yang jelas.

1. Pengorganisasian di Pusat

Departemen Kesehatan merupakan pengendali utama program eliminasi filariasis di Pusat yang mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Menetapkan kebijakan nasional eliminasi filariasis.
- b. Menetapkan tujuan dan strategi nasional eliminasi filariasis.
- c. Melaksanakan pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program eliminasi filariasis dengan memperkuat komitmen dan mobilisasi sumber daya nasional.
- d. Memperkuat kerjasama antar program di lingkungan Departemen Kesehatan, kerjasama antar Departemen serta kerjasama lembaga mitra lainnya secara nasional, bilateral antar negara dan lembaga Internasional.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- e. Menyediakan obat yang dibutuhkan dalam rangka pengobatan massal filariasis, terutama DEC, albendazole dan parasetamol.
- f. Menyusun dan menetapkan pedoman umum dan teknis program eliminasi filariasis secara nasional.
- g. Melaksanakan pelatihan nasional eliminasi filariasis, terutama pelatihan fasilitator pelatihan teknis operasional eliminasi filariasis.
- h. Melaksanakan pembinaan dan asistensi teknis program eliminasi filariasis di Propinsi.
- i. Melaksanakan penelitian dalam pengembangan metode eliminasi filariasis yang lebih efektif dan efisien.
- j. Membentuk *National Task Force* (NTF) eliminasi filariasis yang bertugas :
 - 1) Memberi masukan kepada pemerintah terhadap aspek kebijakan dan aspek teknis eliminasi filariasis.
 - 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan eliminasi filariasis.
 - 3) Advokasi dan sosialisasi para penentu kebijakan di pusat maupun daerah.
- k. Membentuk Kelompok Kerja Eliminasi filariasis sesuai kebutuhan program eliminasi filariasis.
- l. Unit Pelaksana Teknis Balai Teknis Kesehatan Lingkungan dan Pemberantasan Penyakit Menular (BTKL-PPM) melaksanakan tugas surveillans epidemiologi dan laboratorium eliminasi filariasis regional.

2. Pengorganisasian di Propinsi

Dinas Kesehatan Propinsi merupakan pengendali utama program eliminasi filariasis di Propinsi yang mempunyai tugas sebagai berikut

- a. Menetapkan kebijakan eliminasi filariasis propinsi.
- b. Menetapkan tujuan dan strategi eliminasi filariasis propinsi.
- c. Melaksanakan pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program eliminasi filariasis dengan memperkuat komitmen, mobilisasi sumber daya propinsi.
- d. Memperkuat kerjasama lintas program dan sektor serta kerjasama lembaga mitra lainnya di propinsi.
- e. Melaksanakan pembinaan dan asistensi teknis program eliminasi filariasis di Kabupaten/Kota.
- f. Melaksanakan pelatihan eliminasi filariasis di propinsi, terutama pelatihan fasilitator pelatihan teknis operasional eliminasi filariasis.
- g. Melaksanakan pemetaan dan penetapan daerah endemis filariasis serta survei evaluasi pengobatan massal filariasis.
- h. Membentuk *Provincial Task Force* eliminasi filariasis.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Pengorganisasian di Kabupaten/Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan pengendali utama program eliminasi filariasis di Kabupaten/Kota yang mempunyai tugas sebagai berikut

- a. Menetapkan kebijakan eliminasi filariasis di kabupaten/kota.
- b. Menetapkan tujuan dan strategi eliminasi filariasis di kabupaten/kota.
- c. Melaksanakan pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program eliminasi filariasis dengan memperkuat komitmen, mobilisasi sumber daya kabupaten/kota.
- d. Memperkuat kerjasama lintas program dan sektor serta kerjasama lembaga mitra lainnya di kabupaten/kota.
- e. Melaksanakan pembinaan dan asistensi teknis program eliminasi filariasis di Puskesmas, Rumah Sakit dan laboratorium daerah.
- f. Melaksanakan pelatihan eliminasi filariasis di kabupaten/kota.
- g. Melaksanakan evaluasi cakupan pengobatan massal filariasis dan penatalaksanaan kasus klinis kronis filariasis di daerahnya.
- h. Membentuk *District Task Force* eliminasi filariasis.
- i. Mengalokasikan anggaran biaya operasional dan melaksanakan pengobatan massal filariasis.
- j. Mengalokasikan anggaran dan melaksanakan pengobatan selektif, penatalaksanaan kasus reaksi pengobatan, dan penatalaksanaan kasus klinis filariasis.
- k. Puskesmas sebagai pelaksana operasional program eliminasi filariasis Kabupaten/Kota.

III. LANGKAH-LANGKAH ELIMINASI

Terselenggaranya kegiatan pokok untuk merealisasikan strategi eliminasi filariasis agar eliminasi filariasis dapat dicapai pada Tahun 2020, memerlukan perencanaan yang sistematis dan berkelanjutan yang mengacu pada tahapan realisasi kegiatan.

A. Pentahapan Kabupaten/Kota

Program eliminasi filariasis di Kabupaten/Kota melalui tahapan penemuan kasus kronis filariasis, pemetaan endemisitas filariasis kabupaten/kota, penetapan data dasar sebelum pengobatan massal filariasis, pengobatan massal filariasis, penatalaksanaan kasus klinis filariasis, monitoring dan evaluasi, sertifikasi eliminasi filariasis.

1. Penemuan Kasus Klinis Filariasis

Setiap Kabupaten/Kota mengumpulkan data kasus klinis filariasis yang dilakukan pemutakhiran secara teratur setiap akhir tahun. Data ini merupakan data dasar penetapan endemisitas daerah, lokasi survei data dasar (*baseline survey*),



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

penetapan prioritas daerah pelaksana kegiatan penatalaksanaan kasus klinis filariasis dan evaluasi program eliminasi filariasis. Secara operasional, penemuan kasus klinis filariasis dilaksanakan oleh Puskesmas dengan melaksanakan kegiatan :

- a. Kampanye penemuan dan penatalaksanaan kasus klinis filariasis.
- b. Mendorong penemuan dan pelaporan kasus oleh masyarakat, kepala desa, PKK, guru dan pusat-pusat pelayanan kesehatan.
- c. Pemeriksaan dan penetapan kasus klinis filariasis.
- d. Perekaman dan pelaporan data kasus klinis filariasis.

2. Penentuan Endemisitas Filariasis di Kabupaten/Kota

Daerah endemis filariasis menjadi prioritas penyelenggaraan eliminasi filariasis di Kabupaten/Kota, Propinsi dan Nasional. Penentuan endemisitas filariasis di Kabupaten/Kota dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Kabupaten/Kota yang memiliki kasus klinis filariasis, melaksanakan survei mikrofilaria (survei darah jari) di desa dengan jumlah kasus klinis filariasis terbanyak. Mikrofilaria rate 1 % atau lebih merupakan indikator sebagai kabupaten/kota endemis filariasis.
- b. Kabupaten/Kota yang terdapat kasus klinis filariasis, berdekatan atau berada diantara dua daerah endemis filariasis dan memiliki geografi serta budaya masyarakat yang kurang lebih sama dengan daerah endemis filariasis ditetapkan sebagai Kabupaten/Kota endemis filariasis.
- c. Penentuan Kabupaten/Kota endemis ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.

3. Survei Data Dasar Sebelum Pengobatan Massal Filariasis

Kabupaten/kota yang telah ditetapkan sebagai kabupaten/kota endemis filariasis dan akan melaksanakan pengobatan massal, perlu melakukan survei data dasar di minimal 2 desa berdasarkan jumlah kasus klinis filariasis terbanyak.

4. Pengobatan Massal Filariasis

Pengobatan massal dilakukan pada semua penduduk Kabupaten/Kota, sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut. Pengobatan massal dapat dilakukan serentak pada seluruh wilayah Kabupaten/Kota, atau secara bertahap per kecamatan sesuai dengan kemampuan daerah dalam mengalokasikan anggaran daerah untuk kegiatan pengobatan massal. Pengobatan massal secara bertahap harus dapat diselesaikan di seluruh wilayah Kabupaten/Kota dalam waktu 5-7 tahun agar reinfeksi tidak terjadi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Monitoring dan Evaluasi

- a. Monitoring cakupan pengobatan massal dilaksanakan setiap tahun setelah pengobatan massal.
- b. Survei cakupan pengobatan massal dilakukan setelah pelaksanaan pengobatan massal tahun pertama.
- c. Survei evaluasi prevalensi mikrofilaria dilaksanakan sebelum pengobatan massal tahun ketiga dan kelima.

6. Sertifikasi Eliminasi Filariasis

Sertifikasi dilakukan setelah pengobatan massal tahun kelima. Sertifikasi adalah penilaian untuk menentukan apakah Kabupaten/Kota telah berhasil mengeliminasi filariasis.

7. Penatalaksanaan Kasus Klinis

Penatalaksanaan kasus klinis dilakukan terhadap semua kasus klinis yang ditemukan untuk mencegah dan membatasi kecacatan. Penatalaksanaan kasus dilakukan dengan pemberian obat dan perawatan.

8. Penatalaksanaan Kasus Asimtomatis

Setiap orang sehat yang ditemukan mikrofilaria dalam darahnya mendapat pengobatan yang memadai agar tidak menderita klinis filariasis dan tidak menjadi sumber penularan terhadap masyarakat sekitarnya.

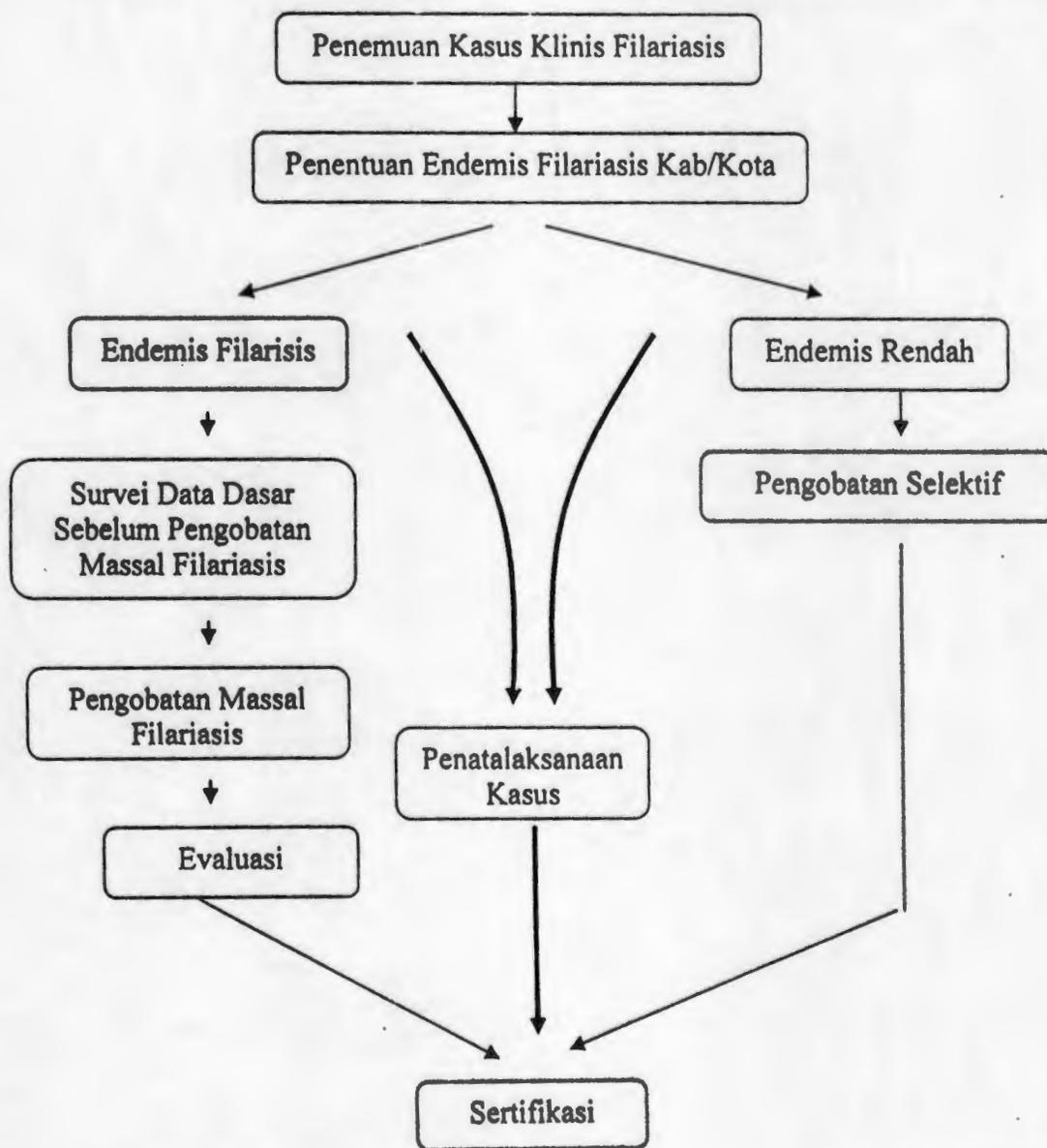
9. Pengendalian Vektor

Pengendalian nyamuk sebagai vektor penular filariasis dilaksanakan untuk memutus rantai penularan. Dilaksanakan secara terpadu dengan pengendalian vektor penyakit malaria, demam berdarah dan pengendalian vektor lainnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 1. Skema Proses Eliminasi Filariasis di Kabupaten/Kota



Kab/Kota endemis rendah filariasis adalah Kabupaten/Kota yang terdapat penderita filariasis, tetapi dengan microfilaria rate <1 %.

B. Pentahapan Propinsi

1. Propinsi bertugas untuk menentukan endemisitas filariasis semua Kabupaten/Kota yang ada di wilayahnya yang diharapkan selesai Tahun 2006.
2. Propinsi mendorong perluasan pelaksanaan eliminasi filariasis, sehingga semua Kabupaten/Kota endemis filariasis melaksanakan program eliminasi. Pada Tahun 2014, semua Kabupaten/Kota endemis filariasis telah selesai melaksanakan pengobatan massal.
3. Melaksanakan kerjasama lintas batas Kabupaten/kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

C. Pentahapan Nasional

1. Mendorong perluasan jangkauan program ke seluruh propinsi.
2. Mendorong kerjasama lintas batas antar propinsi.
3. Mendorong kerjasama lintas batas dengan negara lain.
4. Pada Tahun 2014, semua Kabupaten/Kota endemis filariasis telah melaksanakan pengobatan massal filariasis tahun kelima.
5. Pra sertifikasi eliminasi filariasis dilakukan Tahun 2015 – 2020.

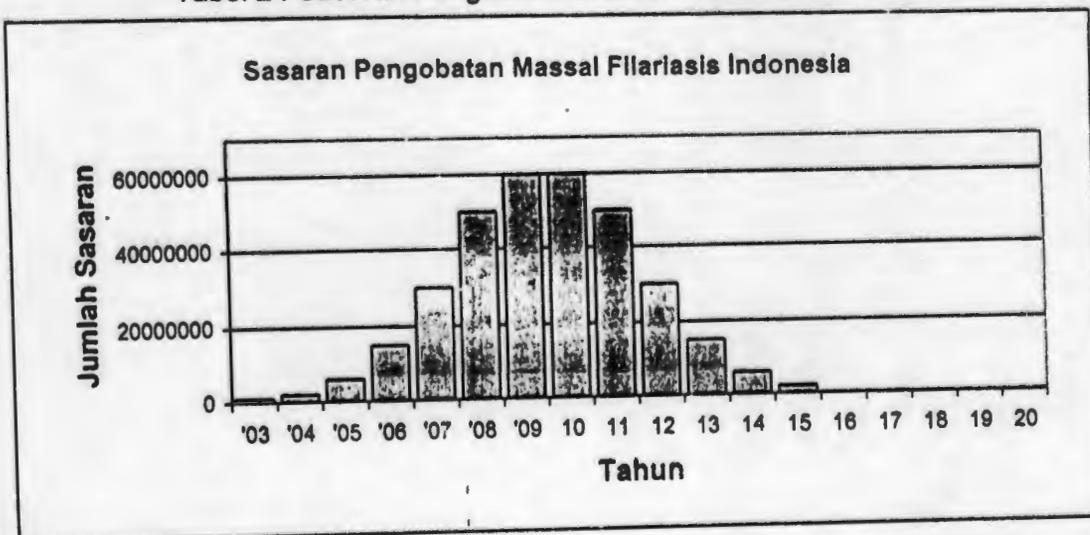
Secara skematis, Agenda Eliminasi Filariasis Indonesia dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Agenda Eliminasi Filariasis Indonesia

Kegiatan	Agenda Eliminasi Filariasis Indonesia													
	Tahun													
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	..	13	14	..	20
Persiapan	x	x	x	x	x									
Pemetaan Kab/Kota		x	x	x	x	x								
Pengobatan Massal		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Evaluasi Cakupan MDA		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Evaluasi prevalensi Mf				x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Pengobatan selektif		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tatalaksana Kasus		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sertifikasi													x	x

Mengacu pada Agenda Eliminasi Filariasis tersebut, maka untuk melaksanakan pengobatan massal filariasis terhadap lebih dari 60 juta penduduk Indonesia yang tinggal di daerah endemis filariasis, dapat ditetapkan pentahapan pencapaian sasaran pengobatan massal nasional sebagai berikut (Tabel 2):

Tabel 2 . Sasaran Pengobatan Massal Filariasis Indonesia





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. Pendekatan Perluasan Program

Pendekatan ini perlu diterapkan untuk mencegah terjadinya reinfeksi daerah yang sudah eliminasi.

1. Pendekatan Kepulauan

Perluasan jangkauan program eliminasi filariasis dilakukan dengan mengutamakan pelaksanaan pengobatan massal secara serentak pulau-perpulau.

2. Pendekatan Lintas Batas

Perluasan jangkauan program dengan mengutamakan daerah yang berbatasan langsung dengan daerah yang sedang melaksanakan pengobatan massal.

3. Pendekatan Blok

Perluasan jangkauan program dengan mengutamakan blok-perblok daerah yang mempunyai kesamaan geografis, budaya, mobilitas penduduk atau secara epidemiologis mudah terjadi penularan.

IV. SUMBER DANA DAN SARANA

Pemerintah Pusat dan Daerah menggalang setiap sumber pendanaan pemerintah, lembaga kemasyarakatan, kerjasama antar negara dan lembaga internasional.

A. Sumber Pendanaan Pelaksanaan Pengobatan Massal Filariasis

- a. Biaya operasional pelaksanaan pengobatan massal filariasis di Kabupaten/Kota, Puskesmas dan penggerakan masyarakat bersumber dari alokasi anggaran di Kabupaten/Kota, dan kerjasama di Kabupaten/Kota.
- b. Pengadaan obat-obatan dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis bersumber dari Pemerintah (Departemen Kesehatan) untuk obat DEC dan parasetamol, dan Badan Kesehatan Dunia WHO untuk obat albendazole.
- c. Alokasi anggaran dan pelaksanaan pengobatan selektif, penatalaksanaan reaksi pengobatan massal filariasis, bersumber dari anggaran pemerintah kabupaten/kota.
- d. Pemetaan, survai cakupan pengobatan massal dan survai evaluasi prevalensi mikrofilaria bersumber dari alokasi anggaran Pemerintah Propinsi.

B. Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis

Biaya operasional dan logistik obat serta sarana penunjang lainnya bersumber dari alokasi anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. INDIKATOR KINERJA

Indikator Kinerja Program Eliminasi Filariasis adalah sebagai berikut:

1. Persentase kabupaten endemis menjadi tidak endemis.
2. Persentase kasus yang ditangani pertahun (> 90%).

Penghitungan Indikator Kinerja Eliminasi Filariasis

1. Persentase kabupaten endemis menjadi tidak endemis

= (Jumlah Kab/Kota eliminasi filariasis pada akhir tahun tertentu/Jumlah Kab/Kota endemis filariasis sebelum program eliminasi filariasis dilaksanakan pada tahun yang sama) x 100 %.

Kabupaten/kota endemis adalah kabupaten/kota yang memiliki microfilaria rate $\geq 1\%$.

Kabupaten/kota eliminasi filariasis adalah apabila hasil evaluasi tahun kelima menunjukkan microfilaria rate $< 1\%$.

2. Kasus klinis yang ditangani per tahun (> 90%)

- a. Persentase kasus klinis yang ditangani per tahun = (jumlah kasus klinis filariasis yang ditangani pada tahun tertentu/Jumlah kasus klinis yang tercatat pada tahun yang sama) x 100 %.
- b. Jumlah limfedema yang ditangani per tahun.
- c. Jumlah hidrokela yang dioperasi per tahun.



MENTERI KESEHATAN,

[Handwritten Signature]
DR. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran II
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN EPIDEMIOLOGI FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing *filaria*. Penyakit ini ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Diperkirakan sekitar 1/5 penduduk dunia atau 1,1 milyar penduduk di 83 negara berisiko terinfeksi filariasis, terutama di daerah tropis dan beberapa daerah subtropis. Penyakit ini dapat menyebabkan kecacatan, stigma sosial, hambatan psikososial dan penurunan produktivitas kerja penderita, keluarga dan masyarakat sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang besar. Penderita menjadi beban keluarga dan negara. Sampai dengan tahun 2004 di Indonesia diperkirakan 6 juta orang terinfeksi filariasis dan dilaporkan lebih dari 8.000 diantaranya menderita klinis kronis filariasis terutama di pedesaan.

Kesepakatan global eliminasi Filariasis telah dicapai dengan dicetuskannya resolusi oleh World Health Assembly (WHA) pada 13 Mei tahun 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 Health Problem by 2020*. Indonesia merupakan salah satu negara yang menyepakati kesepakatan tersebut dan menetapkan eliminasi filariasis sebagai salah satu program prioritas pemberantasan penyakit menular di Indonesia.

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu adanya pendekatan epidemiologi yang harus dipahami sehingga program eliminasi filariasis berhasil, yang mencakup pengetahuan tentang penyebab penyakit (*agent*), manusia yang rentan (*hospes*) beberapa jenis hewan (*reservoir host*), vektor, lingkungan yang sesuai untuk bertahannya penyakit, rantai penularan dan situasi filariasis di Indonesia.

Dengan memahami epidemiologi filariasis diharapkan dapat dilakukan pemberantasan yang tepat, sehingga eliminasi filariasis di Indonesia pada Tahun 2020 dapat terwujud.

II. SITUASI FILARIASIS DI INDONESIA

Filariasis menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia, di beberapa daerah mempunyai tingkat endemisitas yang cukup tinggi. 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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

yang sebenarnya karena hanya dilaporkan oleh 42% Puskesmas dari 7.221 Puskesmas. Tingkat endemisitas filariasis di Indonesia berdasarkan hasil survai darah jari tahun 1999 masih tinggi dengan mikrofilaria (Mf) rate 3,1% (0,5–19,64%).

Daerah endemis filariasis pada umumnya adalah daerah dataran rendah, terutama di pedesaan, pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa dan hutan. Secara umum, filariasis *bancrofti* tersebar di Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua. *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan masih banyak ditemukan di Papua, Nusa Tenggara Timur sedangkan *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan banyak ditemukan di kota seperti di Jakarta, Bekasi, Semarang, Tangerang, Pekalongan dan Lebak. *Brugia malayi* tersebar di Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan beberapa pulau di Maluku. *Brugia timori* terdapat di kepulauan Flores, Alor, Rote, Timor dan Sumba, umumnya endemik di daerah persawahan.

Filariasis bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan yang tepat dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan dan payudara serta alat kelamin, baik pada laki-laki maupun perempuan.

Meskipun filariasis tidak menyebabkan kematian tetapi merupakan salah satu penyebab utama timbulnya kecacatan, kemiskinan dan 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. Seringnya serangan akut pada penderita filariasis sangat menurunkan produktifitas kerja sehingga akhirnya dapat juga merugikan masyarakat. Selain itu, penderita akan mengalami kerugian ekonomi lebih kurang 13 % dari biaya rumah tangga untuk biaya pengobatan dan perawatan per tahun (penelitian Subdit Filariasis dan Schistosomiasis, Ditjen PPM & PL dan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia Tahun 2000).

Gambar 1 Spot Map Kasus Kronis Filariasis
Indonesia, 2002-2005



● 10 kasus

Sumber : Subdit. Filariasis & Schistosomiasis, Depkes.
Laporan Puskesmas dan Laporan Tahunan Propinsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 2 Kabupaten/Kota Endemis Filariasis
Indonesia, 2002-2005



- Kab/Kota Endemis (MFR 1% atau lebih)
- ▣ Kab/Kota belum teridentifikasi

Sumber : Subdit. Filariasis & Schistosomiasis, Depkes, 2002-2005

III. PENYEBAB FILARIASIS

A. Jenis Cacing Filaria

Filariasis di Indonesia disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu :

1. *Wuchereria bancrofti*
2. *Brugia malayi*
3. *Brugia timori*.

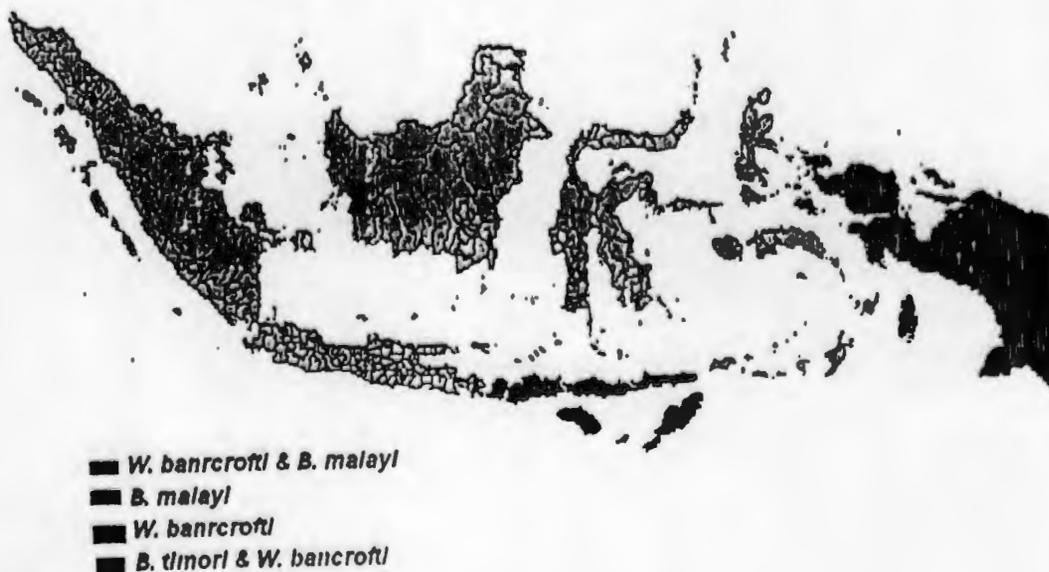
Mikrofilaria mempunyai periodisitas tertentu. Artinya, mikrofilaria berada di darah tepi pada waktu-waktu tertentu saja. Misalnya pada *W. Bancrofti* bersifat periodik nokturna, artinya mikrofilaria banyak terdapat di dalam darah tepi pada malam hari, sedangkan pada siang hari banyak terdapat di kapiler organ dalam seperti paru-paru, jantung dan ginjal. Daerah endemis filariasis pada umumnya adalah daerah dataran rendah, terutama di pedesaan, pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa dan hutan. Secara umum, filariasis *bancrofti* tersebar di Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua. *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan masih banyak ditemukan di Papua, Nusa Tenggara Timur sedangkan *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan banyak ditemukan di kota seperti di Jakarta, Bekasi, Semarang, Tangerang, Pekalongan dan Lebak. *Brugia malayi* tersebar di Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan beberapa pulau di Maluku. *Brugia timori* terdapat di kepulauan Flores, Alor, Rote, Timor dan Sumba, umumnya endemik di daerah persawahan. Secara epidemiologi cacing filaria dibagi menjadi 6 tipe, yaitu :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1. ***Wuchereria bancrofti*** tipe perkotaan (urban)
Ditemukan di daerah perkotaan seperti Jakarta, Bekasi, Tangerang, Semarang, Pekalongan dan sekitarnya memiliki periodisitas nokturna, ditularkan oleh nyamuk *Culex quinquefasciatus* yang berkembang biak di air limbah rumah tangga.
2. ***Wuchereria bancrofti*** tipe pedesaan (rural)
Ditemukan di daerah pedesaan di luar Jawa, terutama tersebar luas di Papua dan Nusa Tenggara Timur, mempunyai periodisitas nokturna yang ditularkan melalui berbagai spesies nyamuk *Anopheles*, *Culex* dan *Aedes*.
3. ***Brugia malayi*** tipe periodik nokturna
Mikrofilaria ditemukan di darah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbirostris* yang ditemukan di daerah persawahan.
4. ***Brugia malayi*** tipe subperiodik nokturna
Mikrofilaria ditemukan di darah tepi pada siang dan malam hari, tetapi lebih banyak ditemukan pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia spp* yang ditemukan di daerah rawa.
5. ***Brugia malayi*** tipe non periodik
Mikrofilaria ditemukan di darah tepi baik malam maupun siang hari. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia bonnea* dan *Mansonia uniformis* yang ditemukan di hutan rimba.
6. ***Brugia timori*** tipe periodik nokturna
Mikrofilaria ditemukan di daerah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbirostris* yang ditemukan di daerah persawahan di Nusa Tenggara Timur, Maluku Tenggara.

GAMBAR 3.
PENYEBARAN FILARIASIS MENURUT SPESIES DI INDONESIA.
TAHUN 2000





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

B. Morfologi Cacing Filaria

Pengetahuan tentang parasitologi filariasis merupakan pengetahuan yang menitikberatkan pada morfologi cacing filaria, perbedaan antara spesies mikrofilaria dan daur hidup cacing filaria. Secara umum daur hidup ketiga spesies cacing tersebut tidak berbeda. Daur hidup parasit terjadi di dalam tubuh manusia dan tubuh nyamuk. Cacing dewasa (disebut makrofilaria) hidup di saluran dan kelenjar limfe, sedangkan anaknya (disebut mikrofilaria) ada di dalam sistem peredaran darah.



Gbr 4. Cacing filaria dewasa (Makrofilaria)

1. Makrofilaria

Makrofilaria (cacing dewasa) berbentuk silindris, halus seperti benang berwarna putih susu dan hidup di dalam sistem limfe. Cacing betina bersifat ovovivipar dan berukuran 55 - 100 mm x 0,16 mm, dapat menghasilkan jutaan mikrofilaria. Cacing jantan berukuran lebih kecil ± 55 mm x 0,09 mm dengan ujung ekor melingkar.

2. Mikrofilaria

Cacing dewasa betina setelah mengalami fertilisasi mengeluarkan jutaan anak cacing yang disebut mikrofilaria. Ukuran mikrofilaria 200–600 µm x 8 µm dan mempunyai sarung. Secara mikroskopis, morfologi spesies mikrofilaria dapat dibedakan berdasarkan ukuran ruang kepala serta warna sarung pada pewarnaan giemsa, susunan inti badan, jumlah dan letak inti pada ujung ekor.

Tabel 1. Jenis mikrofilaria yang terdapat di Indonesia dalam sediaan darah dengan pewarnaan Giemsa

No	Morfologi/ Karakteristik	<i>W. bancrofti</i>	<i>B. malayi</i>	<i>B. timori</i>
1.	Gambaran umum dalam sediaan darah	Melengkung mulus	Melengkung Kaku dan patah	Melengkung Kaku dan patah
2.	Perbandingan lebar dan panjang ruang kepala	1 : 1	1 : 2	1 : 3
3.	Warna sarung	Tidak berwarna	Merah muda	Tidak berwarna
4.	Ukuran Panjang (µm)	240 - 300	175 - 230	265 - 325
5.	Inti badan	Halus, tersusun rapi	Kasar, berkelompok	Kasar, berkelompok
6.	Jumlah inti di ujung ekor	0	2	2
7.	Gambaran ujung ekor	Seperti pita ke arah ujung	Ujung agak tumpul	Ujung agak tumpul



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 5. Mikrofilaria



B. timori

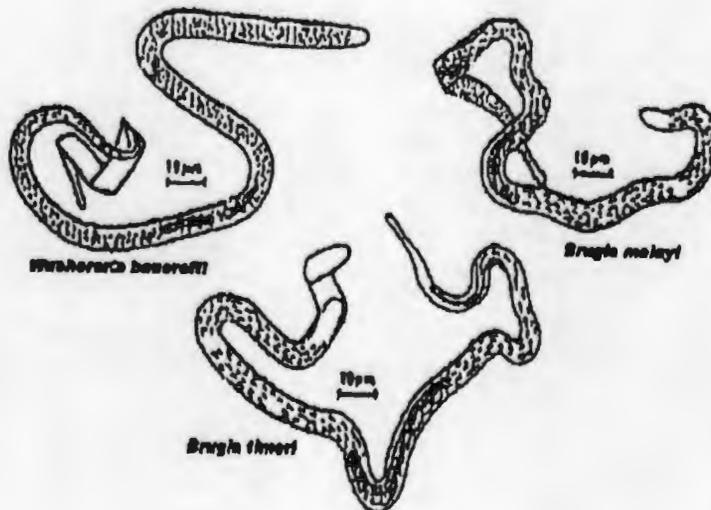


Brugia malayi



W. bancrofti

Gambar 6. Sketsa Mikrofilaria



C. Larva dalam Tubuh Nyamuk

Pada saat nyamuk menghisap darah yang mengandung mikrofilaria, maka mikrofilaria akan terbawa masuk kedalam lambung nyamuk dan mikrofilaria melepaskan selubungnya, selanjutnya menembus dinding lambung lalu bergerak menuju otot atau jaringan lemak di bagian dada. Setelah \pm 3 hari, mikrofilaria mengalami perubahan bentuk menjadi larva stadium 1 (L1), bentuknya seperti sosis berukuran $125-250 \mu\text{m} \times 10-17 \mu\text{m}$, dengan ekor runcing seperti cambuk. Setelah \pm 6 hari dalam tubuh nyamuk, larva tumbuh menjadi larva stadium 2 (L2) disebut larva preinfektif yang berukuran $200-300 \mu\text{m} \times 15-30 \mu\text{m}$, dengan ekor yang tumpul atau memendek. Pada stadium ini larva menunjukkan adanya gerakan. Hari ke 8 -10 pada spesies *Brugia* atau hari ke 10 - 14 pada spesies *Wuchereria*, larva dalam nyamuk tumbuh menjadi larva stadium 3 (L3) yang berukuran $\pm 1400 \mu\text{m} \times 20 \mu\text{m}$. L3 tampak panjang dan ramping disertai dengan gerakan yang aktif. Stadium ini merupakan bentuk infektif dari cacing filaria.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 7. Larva pada Berbagai Stadium



IV. VEKTOR FILARIASIS

Di Indonesia hingga saat ini telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres* yang menjadi vektor filariasis. Sepuluh spesies nyamuk *Anopheles* diidentifikasi sebagai vektor *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan. *Culex quinquefasciatus* merupakan vektor *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan. Enam spesies *Mansonia* merupakan Vektor *Brugia malayi*. Di Indonesia bagian timur, *Mansonia* dan *Anopheles barbirostris* merupakan vektor filariasis yang penting. Beberapa spesies *Mansonia* dapat menjadi vektor *Brugia malayi* tipe sub periodik nokturna. Sementara *Anopheles barbirostris* merupakan vektor penting terhadap *Brugia timori* yang terdapat di Nusa Tenggara Timur dan kepulauan Maluku Selatan.

Untuk melaksanakan pemberantasan vektor filariasis, perlu mengetahui bionomik (tata hidup) vektor yang mencakup tempat berkembangbiak, perilaku menggigit (mencari darah) dan tempat istirahat. Tempat perindukan nyamuk berbeda-beda tergantung jenisnya. Umumnya nyamuk beristirahat di tempat-tempat teduh, seperti semak-semak di sekitar tempat perindukan dan di dalam rumah pada tempat-tempat yang gelap. Sifat nyamuk dalam memilih jenis mangsanya berbeda-beda, dapat hanya menyukai darah manusia (antropofilik), darah hewan (zoofilik), atau darah hewan dan manusia (zooantropofilik). Demikian juga waktu mencari mangsanya juga berbeda-beda, dapat hanya di luar rumah (eksofagik) atau di dalam rumah (endofagik). Perilaku nyamuk ini dapat berpengaruh terhadap distribusi kasus filariasis. Setiap daerah mempunyai spesies nyamuk yang berbeda-beda, dan pada umumnya terdapat beberapa spesies nyamuk sebagai vektor utama dan spesies lainnya hanya merupakan vektor potensial.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Tabel. 2 Distribusi Spesies Cacing Filaria dan Nyamuk Penularnya di Indonesia

No	Propinsi	Spesies Cacing filarial	Spesies Vektor
1	DI Aceh	<i>W. bancrofti</i> , <i>B. malayi</i>	<i>Cx. quinquefasciatus</i> , <i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. indiana</i>
2	Sumatera Utara	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. Uniformis</i>
3	Riau	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. dives</i> , <i>Ma. bonneae</i> , <i>An. nigerimus</i>
4	Sumatera Barat	<i>B. malayi</i>	<i>Mansonia spp</i> , <i>An. nigerimus</i>
5	Jambi	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. indiana</i> , <i>Ma. annulifera</i> ,
6	Bengkulu	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. annulata</i> , <i>Ma. dives</i> , <i>Ma. bonneae</i>
7	Sumatera Selatan	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>An. nigerimus</i>
8	Lampung	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i>
9	DKI Jakarta	<i>W. bancrofti</i>	<i>Cx. quinquefasciatus</i>
10	Jawa Barat	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>Cx. quinquefasciatus</i> , <i>Ma. indiana</i>
11	Jawa Tengah	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Cx. quinquefasciatus</i>
12	Kalimantan Barat	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>An. nigerimus</i>
13	Kalimantan Tengah	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>An. nigerimus</i>
14	Kalimantan Selatan	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. annulifera</i> , <i>Ma. annulata</i> , <i>Ma. Indiana</i> , <i>Ma. bonneae</i> , <i>Ma. dives</i> , <i>An. nigerimus</i> .
15	Kalimantan Timur	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. bonneae</i> , <i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. dives</i>
16	NTB	<i>W. bancrofti</i>	<i>An. subpictus</i>
17	NTT	<i>B. timori</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>An. barbrostris</i> , <i>An. subpictus</i> , <i>An. aconitus</i> , <i>An. vagus</i>
18	Sulawesi Selatan	<i>B. malayi</i>	<i>An. barbrostris</i> , <i>An. dives</i> , <i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. annulifera</i>
19	Sulawesi Tengah	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>An. barbrostris</i>
20	Sulawesi Tenggara	<i>B. malayi</i> , <i>W. bancrofti</i>	<i>Ma. uniformis</i> , <i>Ma. Indiana</i> , <i>Ma. dives</i> , <i>An. aconitus</i> , <i>An. barbrostris</i> , <i>An. nigerimus</i> , <i>Cx. annullostris</i> , <i>An. maculatus</i> , <i>Cx. whitmorei</i>
21	Sulawesi Utara	<i>B. malayi</i>	<i>An. barbrostris</i>
22	Maluku	<i>B. malayi</i>	<i>Ma. uniformis</i>
23	Papua	<i>W. bancrofti</i>	<i>An. farauti</i> , <i>An. kollensis</i> , <i>An. punctulatus</i> , <i>An. bancrofti</i> , <i>Cs. annullostris</i> , <i>Cx. bitaeniorhynchus</i> , <i>Cx. quinquefasciatus</i> , <i>Ae. kochi</i> , <i>Ar. subalatus</i> , <i>Ma. uniformis</i>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. HOSPES

A. Manusia

Pada dasarnya setiap orang dapat tertular filariasis apabila digigit oleh nyamuk infeksi (mengandung larva stadium 3). Nyamuk infeksi mendapat mikrofilaria dari pengidap, baik pengidap dengan gejala klinis maupun pengidap yang tidak menunjukkan gejala klinis. Pada daerah endemis filariasis, tidak semua orang terinfeksi filariasis dan tidak semua orang yang terinfeksi menunjukkan gejala klinis. Seseorang yang terinfeksi filariasis tetapi belum menunjukkan gejala klinis biasanya sudah terjadi perubahan-perubahan patologis di dalam tubuhnya. Penduduk pendatang pada suatu daerah endemis filariasis mempunyai risiko terinfeksi filariasis lebih besar dibanding penduduk asli. Penduduk pendatang dari daerah non endemis ke daerah endemis, misalnya transmigran, walaupun pada pemeriksaan darah jari belum atau sedikit mengandung mikrofilaria. Akan tetapi sudah menunjukkan gejala klinis yang lebih berat.

B. Hewan

Beberapa jenis hewan dapat berperan sebagai sumber penularan filariasis (hewan reservoir). Dari semua spesies cacing filaria yang menginfeksi manusia di Indonesia, hanya *Brugia malayi* tipe sub periodik nokturna dan non periodik yang ditemukan pada lutung (*Presbytis cristatus*), kera (*Macaca fascicularis*) dan kucing (*Felis catus*). Pengendalian filariasis pada hewan reservoir ini tidak mudah, oleh karena itu juga akan menyulitkan upaya pemberantasan filariasis pada manusia.

VI. LINGKUNGAN

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap distribusi kasus filariasis dan mata rantai penularannya. Biasanya daerah endemis *Brugia malayi* adalah daerah dengan hutan rawa, sepanjang sungai atau badan air lain yang ditumbuhi tanaman air. Sedangkan daerah endemis *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan (urban) adalah daerah-daerah perkotaan yang kumuh, padat penduduknya dan banyak genangan air kotor sebagai habitat dari vektor yaitu nyamuk *Culex quinquefasciatus*. Sedangkan daerah endemis *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan (rural) secara umum kondisi lingkungannya 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

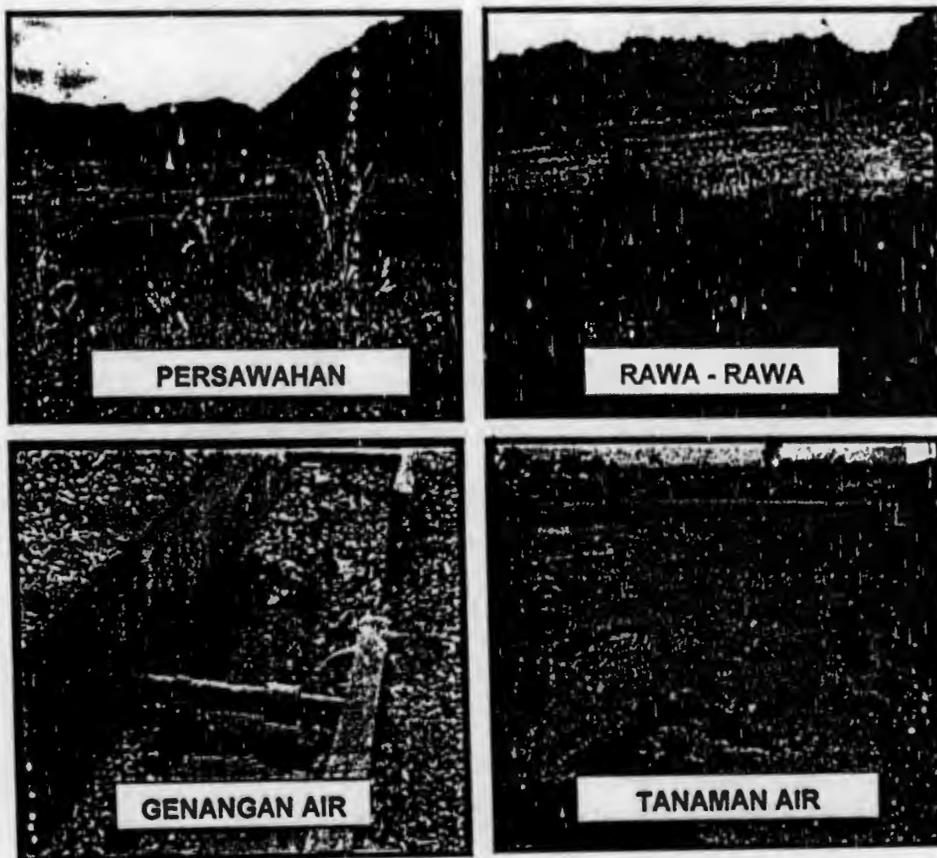
Lingkungan fisik mencakup antara lain keadaan iklim, keadaan geografis, struktur geologi dan sebagainya. Faktor lingkungan fisik erat kaitannya dengan kehidupan vektor. Lingkungan yang cocok untuk kehidupan nyamuk maka akan sangat potensial untuk penularan filariasis. Lingkungan fisik juga penting pula artinya untuk



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

tempat perindukan dan peristirahatan vektor. Suhu dan kelembaban mempengaruhi pertumbuhan dan umur nyamuk serta keberadaannya. Lingkungan dengan tumbuhan air di rawa-rawa dan adanya binatang sebagai hospes reservoir (kera, lutung dan kucing) sangat mempengaruhi penyebaran filariasis *malayi* sub periodik nokturna dan non periodik.

Gambar 8. Contoh Lingkungan Fisik Tempat Perindukan Vektor Filariasis



B. Lingkungan Biologik

Lingkungan biologik dapat menjadi rantai penularan filarilasis. 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 di kebun pada malam hari atau kebiasaan keluar pada malam hari, atau kebiasaan tidur perlu diperhatikan karena berkaitan dengan intensitas kontak dengan vektor. Insiden filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada insidens filarilasis perempuan karena umumnya laki-laki lebih sering kontak dengan vektor karena pekerjaannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VII. RANTAI PENULARAN FILARIASIS

Penularan filariasis dapat terjadi bila ada tiga unsur, yaitu :

1. Adanya sumber penularan, yakni manusia atau hospes reservoir yang mengandung mikrofilaria dalam darahnya.
2. Adanya vektor, yakni nyamuk yang dapat menularkan filariasis.
3. Manusia yang rentan terhadap filariasis.

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 dari probosis dan tinggal di kulit sekitar lubang gigitan nyamuk. Pada saat nyamuk menarik probosisnya, larva L3 akan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju ke sistim limfe. Berbeda dengan penularan pada malaria dan demam berdarah, cara penularan tersebut menyebabkan tidak mudahnya penularan filariasis dari satu orang ke orang lain pada suatu wilayah tertentu, sehingga dapat dikatakan bahwa seseorang dapat terinfeksi filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk ribuan kali.

Larva L3 *Brugia malayi* dan *Brugia timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu kurang lebih 3,5 bulan, sedangkan *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu kurang lebih 9 bulan. Disamping sulit terjadinya penularan dari nyamuk ke manusia, sebenarnya kemampuan nyamuk untuk mendapatkan mikrofilaria saat menghisap darah yang mengandung mikrofilaria juga sangat terbatas, nyamuk yang menghisap mikrofilaria terlalu banyak dapat mengalami kematian, tetapi jika mikrofilaria yang terhisap terlalu sedikit dapat memperkecil jumlah mikrofilaria stadium larva L3 yang akan ditularkan.

Kepadatan vektor, suhu dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap umur nyamuk, sehingga mikrofilaria yang telah ada dalam tubuh nyamuk tidak cukup waktunya untuk tumbuh menjadi larva infeksi L3 (masa inkubasi ekstrinsik dari parasit). Masa inkubasi ekstrinsik untuk *Wuchereria bancrofti* antara 10 -14 hari sedangkan *Brugia malayi* dan *Brugia timori* antara 8 -10 hari.

Periodisitas mikrofilaria dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap risiko penularan. Mikrofilaria yang bersifat periodik nokturna (mikrofilaria hanya terdapat di dalam darah tepi pada waktu malam) memiliki vektor yang aktif mencari darah pada waktu malam, sehingga penularan juga terjadi pada malam hari. Di daerah dengan mikrofilaria sub periodik nokturna dan non periodik, penularan dapat terjadi siang dan malam hari. Disamping faktor-faktor tersebut diatas, mobilitas penduduk dari daerah endemis filariasis ke daerah lain atau sebaliknya, berpotensi menjadi media terjadinya penyebaran filariasis antar daerah.

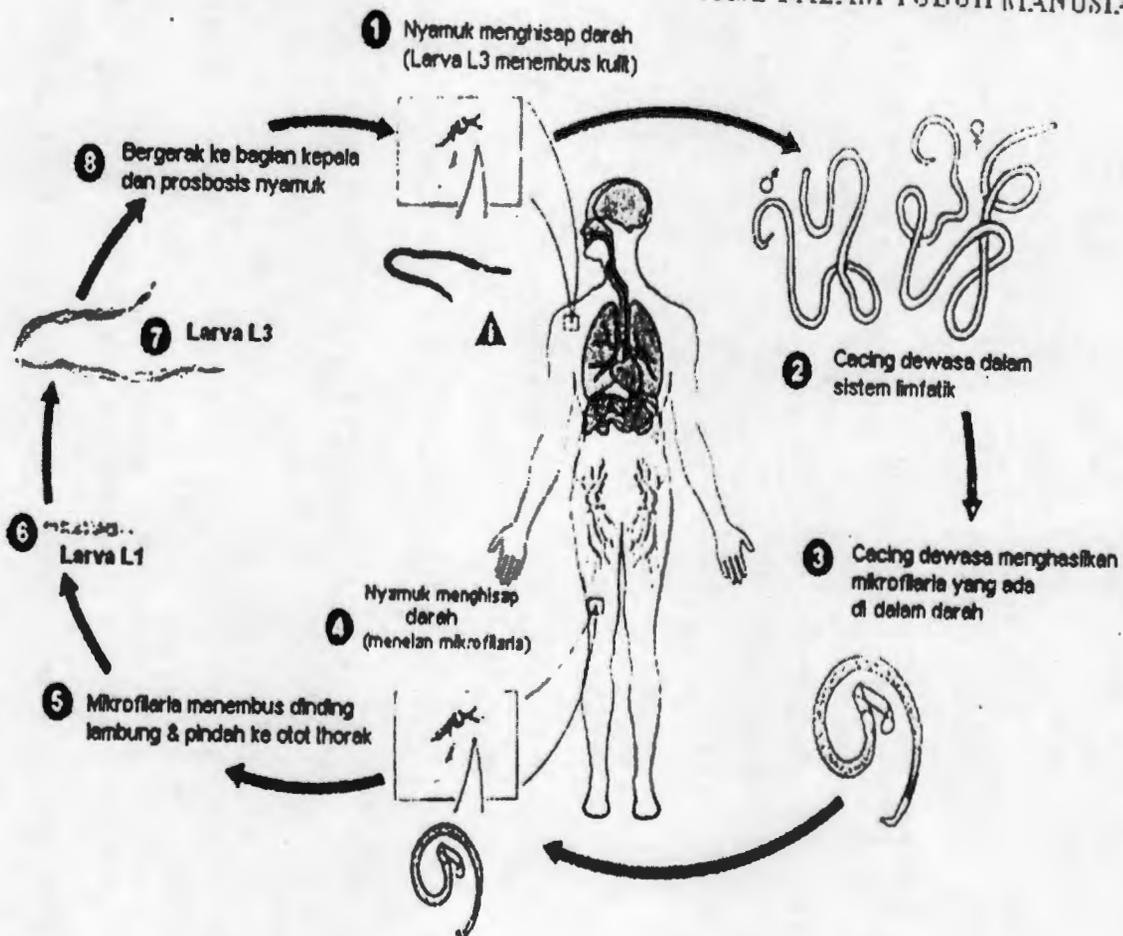


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 9. Skema Rantai Penularan Filariasis
(W. bancrofti, B. Timori dan B. malayi tipe periodik nokturnal)

FASE DALAM TUBUH NYAMUK

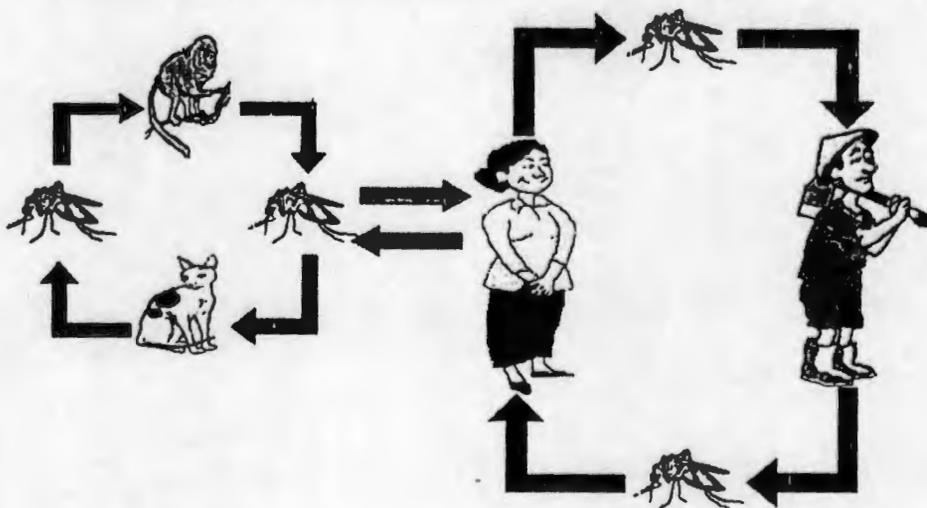
FASE DALAM TUBUH MANUSIA





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 10. Skema Rantai Penularan Filariasis
(*B. malayi* tipe sub periodik nokturnal dan non periodik)



Khusus untuk *Brugia malayi* tipe sub periodik dan non periodik nyamuk *mansonia* menggigit manusia atau kucing/kera yang mikrofilaremia dalam darah tepi masuk ke dalam lambung nyamuk dan berkembang dalam tubuh nyamuk yang mengandung L3 (larva infeksi)



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Lampiran III
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN PENENTUAN DAN EVALUASI DAERAH ENDEMIS FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria, yang hidup di saluran dan kelenjar getah bening (sistem limfatik) dan dapat menyebabkan gejala klinis akut dan atau kronis. Penyakit ini ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk.

Gejala klinis akut berupa peradangan kelenjar dan saluran getah bening (adenolimfangitis) terutama pada pangkal paha dan ketiak, tetapi dapat pula di tempat lain. Peradangan ini disertai demam yang timbul berulang kali, dapat berlanjut menjadi abses yang dapat pecah dan meninggalkan parut. Kemudian dapat terjadi limfedema dan hidrokela yang menetap dan sukar disembuhkan sehingga menyebabkan cacat permanen. Gejala-gejala ini dapat digunakan sebagai indikator dalam menemukan daerah endemis filariasis.

Indonesia telah menyetujui untuk melaksanakan Eliminasi Filariasis (sesuai dengan kesepakatan global). Dalam pelaksanaan eliminasi tersebut WHO telah menetapkan dua pilar utama yaitu pemutusan rantai penularan melalui pengobatan massal di daerah endemis dan penatalaksanaan kasus klinis filariasis.

Sebelum melaksanakan program eliminasi filariasis perlu dilakukan penentuan kabupaten/kota sebagai daerah endemis filariasis melalui survei kasus kronis, yang dilanjutkan dengan survei darah jari. Survei evaluasi prevalensi mikrofilaria dilaksanakan sebelum pengobatan massal filariasis putaran ketiga dan putaran kelima.

II. SURVEI KASUS KRONIS FILARIASIS

Setiap Puskesmas di seluruh Indonesia yang belum mempunyai data kasus kronis filariasis dari Tahun 2001 berkewajiban untuk melakukan survei kasus kronis filariasis. Selanjutnya survei kasus kronis dilakukan setiap tahun untuk pemutakhiran data kasus kronis filariasis.

A. Pengertian

Survei kasus kronis filariasis merupakan cara untuk menemukan kasus kronis, dan pada desa yang ditemukan kasus kronis terbanyak akan dilakukan survei darah jari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Cara Memperoleh Data

Cara memperoleh data kasus kronis filariasis adalah sebagai berikut :

1. Laporan dari masyarakat;
2. Kartu status di Puskesmas dan Rumah Sakit;
3. Penemuan kasus oleh tenaga kesehatan.

C. Pelaksanaan

1. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mendistribusikan Formulir Data Kasus Kronis Filariasis Desa (Formulir-1 terlampir), Formulir Data Kasus Kronis Filariasis Puskesmas (Formulir-2 terlampir) dan bahan promosi berupa gambar kasus kronis filariasis ke semua Puskesmas di seluruh wilayah kerjanya.
2. Puskesmas membuat surat edaran penemuan kasus kronis filariasis kepada para Kepala Desa/Lurah dan tokoh masyarakat/kader di seluruh wilayah kerja Puskesmas yang dilampiri Formulir Data Kasus Kronis Filariasis Desa (Formulir-1) dan media promosi.
3. Puskesmas melakukan sosialisasi kasus kronis filariasis pada pertemuan-pertemuan di kecamatan dan desa serta menyebarluaskan media promosi di tempat-tempat umum.
4. Semua data kasus kronis yang diperoleh dari Kepala Desa, tokoh masyarakat atau penderita yang melapor langsung ke Puskesmas, direkapitulasi oleh Puskesmas.
5. Dilakukan konfirmasi kasus kronis filariasis oleh petugas Puskesmas.
6. Data selanjutnya dicatat dalam Formulir Data Kasus Kronis Filariasis Puskesmas (Formulir-2).
7. Formulir Data Kasus Kronis Filariasis Puskesmas yang telah diisi dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Dari data kasus kronis yang diperoleh, dapat ditentukan Angka Kesakitan Kronis (*Chronic Disease Rate* = CDR) di suatu desa dalam persen.

$$\text{CDR} = \frac{\text{Jumlah kasus kronis filariasis di desa yg disurvei}}{\text{Jumlah penduduk desa tersebut}} \times 100 \%$$



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 1. Contoh Kasus Kronis Filariasis





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. SURVEI DARAH JARI

Setiap kabupaten/kota yang mempunyai kasus kronis filariasis berkewajiban untuk melakukan survei darah jari.

A. Pengertian

Survei darah jari adalah identifikasi mikrofilaria dalam darah tepi pada suatu populasi, yang bertujuan untuk menentukan endemisitas daerah tersebut dan intensitas infeksi.

B. Cara Memperoleh Data

1. Penentuan lokasi survei

Lokasi survei ditetapkan di desa yang mempunyai kasus kronis terbanyak berdasarkan hasil survei kasus kronis filariasis.

2. Populasi dan Sampel

Populasi survei adalah penduduk yang berusia ≥ 13 tahun. Jumlah sampel yang diambil di setiap desa lokasi survei adalah 500 orang. Apabila jumlah populasi yang berusia ≥ 13 tahun di desa lokasi survei tidak mencukupi, maka sampel dapat diambil dari desa lain yang bersebelahan. Cara pengambilan sampel adalah dengan mengumpulkan penduduk sasaran survei yang tinggal di sekitar kasus kronis yang ada di desa lokasi survei.

3. Teknik pengambilan spesimen

a. Kaca benda (*slide*) yang sudah bersih dari lemak dan kotoran, diberi nomor dengan spidol *waterproof* sesuai dengan nomor penduduk yang telah didaftar dalam formulir pencatatan survei.

b. Ujung jari kedua atau ketiga atau keempat dibersihkan dengan kapas alkohol 70 % dan setelah kering ditusuk tegak lurus alur garis pada jari tangan dengan lanset sehingga darah menetes keluar (dengan penekanan ringan).

INGAT :

- satu lanset hanya dipakai untuk satu orang
- selama proses pengambilan darah, petugas harus memakai sarung tangan.

c. Tetesan darah pertama yang keluar dihapus dengan kapas kering, kemudian tetesan darah selanjutnya diteteskan sebanyak tiga tetes (diperkirakan 20 μ L) pada kaca benda yang sudah disiapkan. Selanjutnya darah tersebut dilebarkan dengan menggunakan salah satu ujung kaca benda lain sehingga membentuk sedlaan darah tebal berbentuk oval berukuran 1 x 2 cm. Kaca benda dipegang pada tepi atau pada sudutnya, sehingga permukaan kaca benda tetap bersih.

d. Sedlaan darah tersebut dikeringkan selama 1 malam pada suhu kamar dengan menyimpannya di *slide box* dan tempat yang aman dari semut, kecoa dan lain-lain.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Teknik Pembuatan Larutan Giemsa
 - a. Untuk membuat larutan Giemsa dibutuhkan cairan buffer pH 7,2.
 - b. Cairan buffer pH 7,2 dibuat dengan cara melarutkan 1 tablet buffer forte ke dalam 1000 ml air jernih dan bersih. Cairan buffer ini bisa juga diganti dengan air mineral yang mempunyai pH 7,2 (Aqua®).
 - c. Larutan Giemsa dibuat dengan melarutkan cairan Giemsa dengan cairan buffer pH 7,2 dengan perbandingan 1 : 20
 - d. Untuk mewarnai 500 sediaan darah dibutuhkan larutan Giemsa kurang lebih 500 mL (25 mL cairan Giemsa dan 500 mL cairan buffer pH 7,2)
5. Teknik Pewarnaan Sediaan Darah
 - a. Sediaan darah diletakkan berjajar di tempat yang datar (meja, lantai, papan, atau pelepah batang/*gedebong* pisang)
 - b. Sediaan darah tersebut diwarnai dengan cara ditetesi larutan Giemsa sampai semua permukaan sediaan tergenang larutan Giemsa (kurang lebih 20 tetes) dan didiamkan selama 30 menit.
 - c. Kemudian sediaan dibilas dengan air bersih dan dikeringkan dalam suhu kamar.
 - d. Setelah kering, sediaan disusun dan disimpan dalam *slide box*.
6. Pemeriksaan mikroskopis
 - a. Pemeriksaan mikroskopis dilakukan oleh tenaga yang sudah terlatih
 - b. *Cross check* dilakukan terhadap semua sediaan positif dan minimal 10 % sediaan negatif.
 - c. Yang melakukan *cross check* adalah BTKL PPM Regional atau Pusat.
7. Teknik Pemeriksaan Sediaan Darah
 - a. Menentukan Kepadatan mikrofilaria
Sediaan diperiksa di bawah mikroskop dengan pembesaran rendah (10 x 10). Jumlah mikrofilaria yang tampak pada seluruh lapangan pandang dihitung dengan cara menggeser sediaan dimulai dari tepi paling kiri, digeser ke kanan sampai pinggir sediaan. Kemudian diturunkan pada lapangan pandang berikutnya dan digeser ke arah sebaliknya sampai ke pinggirnya lagi. Begitu seterusnya sampai seluruh lapangan sediaan diperiksa. Jumlah mikrofilaria yang ditemukan dicatat pada tepi kaca benda dan formulir survei darah jari sesuai dengan kode sediaan darah.
 - b. Kepadatan rata-rata mikrofilaria
Kepadatan rata-rata mikrofilaria dari hasil survei darah jari di satu desa adalah angka rata-rata mikrofilaria per mililiter darah yang dihitung dengan menjumlahkan semua mikrofilaria yang ditemukan pada semua sediaan dibagi dengan jumlah orang yang sediaanannya positif kali faktor pengali.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Contoh cara menghitung kepadatan rata-rata mikrofilaria :

No.	Nama	Jumlah Mf per 20 μ l
1	Amir	1
2	Badu	5
3	Bejo	0
4	Sari	8
5	Titi	0
6	Somad	0
7	Diana	30
8	Laila	0
9	Ahmad	0
10	Imron	28
11	Rini	0
	Jumlah	72

Pada contoh perhitungan ini, diandaikan jumlah sampel adalah 11 orang. dan positif mikrofilaria 5 orang. Pada pelaksanaan sebenarnya jumlah sampel adalah 500 orang pada setiap lokasi survei.

Volume darah	Faktor pengali
20 μ L	X 50
40 μ L	X 25
60 μ L	X 16,7
80 μ L	X 12,5
100 μ L	X 10

Kepadatan rata-rata mikrofilaria dalam 1 mL darah : $(72/5) \times 50 = 720$

c. Menghitung Mikrofilaria Rate

Mikrofilaria rate bisa dihitung dengan cara membagi jumlah penduduk yang sediaan darahnya positif mikrofilaria dengan jumlah sediaan darah yang diperiksa dikali seratus persen.

$$\text{Mf Rate} = \frac{\text{Jumlah sediaan darah positif mikrofilaria}}{\text{Jumlah sediaan darah diperiksa}} \times 100 \%$$

Bila Mf. Rate $\geq 1\%$ di salah satu atau lebih lokasi survei maka kabupaten/kota tersebut ditetapkan sebagai daerah endemis yang harus dilaksanakan pengobatan massal.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

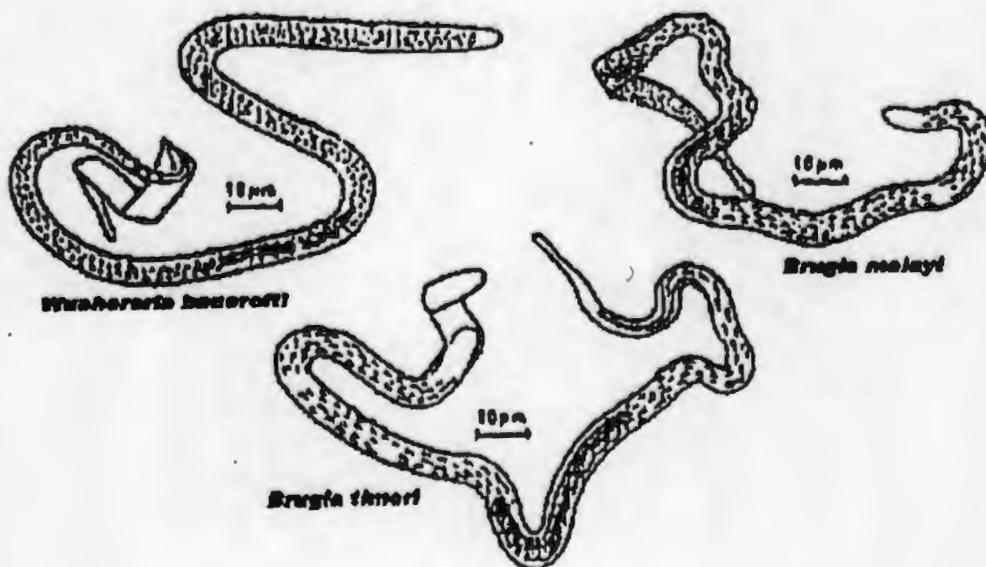
Bila Mf rate < 1% pada semua lokasi survei, maka kabupaten/kota tersebut ditetapkan sebagai daerah non endemis dan dilaksanakan pengobatan selektif, yaitu pengobatan hanya diberikan pada penderita yang positif mikrofilaria beserta anggota keluarganya .

d. Menentukan Spesies Mikrofilaria

Spesies mikrofilaria ditentukan dengan memeriksa spesimen di bawah mikroskop dengan pembesaran tinggi (10 x 40).

Tabel 1. Perbedaan jenis mikrofilaria yang terdapat di Indonesia dalam sediaan darah dengan pewarnaan giemsa

No	Morfologi/ Karakteristik	<i>W. bancrofti</i>	<i>B. malayi</i>	<i>B. timori</i>
1.	Gambaran umum dalam sediaan darah	Melengkung mulus	Melengkung Kaku dan patah	Melengkung Kaku dan patah
2.	Perbandingan lebar dan panjang kepala	1 : 1	1 : 2	1 : 3
3.	Warna sarung	Tidak berwarna	Merah muda	Tidak berwarna
4.	Ukuran panjang dalam mikron	240 – 300	175 - 230	265 – 325
5.	Inti badan	Tersusun rapi	berkelompok	berkelompok
6.	Jumlah inti di ujung ekor	0	2	2
7.	Gambaran ujung ekor	Seperti pita ke arah ujung	Ujung agak tumpul	Ujung agak tumpul



Gambar 2. Mikrofilaria



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Pelaksanaan

1. Persiapan Tenaga Pelaksana Survei

- a. Survei darah jari dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi atau Kabupaten/Kota yang dibantu oleh Puskesmas lokasi survei, yang terdiri dari:
- Tenaga mikroskopis/pranata laboratorium
 - Tenaga dokter/perawat/bidan, dan penyuluh kesehatan
 - Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE)/kader di desa lokasi survei
- b. Sebelum pelaksanaan survei terlebih dahulu dilakukan pelatihan singkat teknik survei oleh tenaga terlatih.

2. Pemetaan Lokasi dan Sensus Penduduk

Pembuatan peta lokasi dan sensus penduduk dilaksanakan oleh petugas Puskesmas bersama TPE dengan mencantumkan data :

- a. Keadaan wilayah (lokasi)
- topografi: daerah datar, pegunungan, sungai, rawa dan dekat hutan
 - batas-batas wilayah dan cara mencapai lokasi
- b. Penduduk:
- Jumlah penduduk di desa-desa lokasi survei
 - Estimasi jumlah penduduk ≥ 13 tahun yaitu sekitar 70% dari total populasi

3. Persiapan Masyarakat

- 1) Koordinasi dengan Camat dan Kepala Desa/Lurah.
2) Sosialisasi tentang filariasis dan perlunya pemeriksaan darah jari.
Contoh penyuluhan kesehatan tentang sosialisasi Filariasis :

- ◆ Sasaran : kepala keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial yang ada di masyarakat.
- ◆ Tujuan : setiap anggota keluarga yang berusia 13 tahun keatas bersedia diperiksa darah jari oleh tim kesehatan.
- ◆ Tempat : Balai Desa, ruang sekolah, tempat ibadah atau rumah penduduk sesuai kesepakatan dengan penduduk setempat
- ◆ Waktu : Dilakukan sebelum survei darah jari dan disepakati bersama penduduk setempat
- ◆ Bentuk : ceramah, demonstrasi
- ◆ Media : Poster, Slide, Foto, Film dan VCD.

4. Pemilihan TPE (Tenaga Pelaksana Eliminasi)

- TPE adalah anggota masyarakat setempat yang terpilih melalui musyawarah masyarakat desa dengan kriteria bersedia, mampu baca tulis dan disegani oleh masyarakat.
- TPE ini dapat berasal dari Organisasi yang sudah ada antara lain PKK, Karang Taruna, Pramuka, LSM, Guru, TOMA, TOGA.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Persiapan Bahan dan Peralatan Survei

- a. Satu paket bahan survei untuk 500 sampel
- ◆ Kaca benda (slide) : 600 keping
 - ◆ Blood lancet : 600 buah
 - ◆ Tablet buffer pH. 6,8 : 20 tablet
 - ◆ Tissue gulung : 3 gulung
 - ◆ Alcohol swab : 1200 sachet
 - ◆ Hands gloves ukuran 7,5 : 5 pasang
 - ◆ Kotak slide 5 buah @ 100 slide
 - ◆ Giemsa Stock solution : 50 cc
 - ◆ Gelas ukur 200 cc : 1 buah
 - ◆ Formulir survei 30 lembar @ 20 nama sample
 - ◆ Pipet tetes sedang
 - ◆ Spidol water proof : 4 buah
- b. Perlengkapan Lapangan

Satu paket bahan perlengkapan lapangan yang terdiri dari :

- Lampu petromak : 1 buah
- Senter : 3 buah
- Tas lapangan : 1 buah
- Jas hujan/payung : 1 buah/orang
- Sepatu boot : 1 buah/orang

6. Pelaksanaan Survei Darah Jari

Survei darah jari dilakukan dengan mengumpulkan penduduk di sekitar tempat tinggal kasus kronis dimulai pada pukul 19.00 waktu setempat dengan kegiatan:

- a. Mempersiapkan peralatan survei;
- b. Memberikan penyuluhan;
- c. Pengambilan darah jari dimulai pukul 20.00 waktu setempat;
- d. Registrasi setiap orang yang akan diambil darahnya kedalam formulir survei yang terdiri dari nama, jenis kelamin dan umur, alamat, kode sediaan. Formulir survei diisi secara lengkap seperti pada Formulir-3 (terlampir);
- e. Kode sediaan tersebut meliputi kode lokasi, pos dan nomor urut sediaan. Misal, survei dilakukan di Desa Padang Mutung di pos A nomor urut sediaan 1, maka kode sediaan adalah PM A 001;
- f. Kaca benda diberi kode sesuai dengan kode sediaan yang tercatat di Formulir Survei;
- g. Pengambilan darah dan pembuatan sediaan darah dilaksanakan sesuai dengan teknik pengambilan sediaan darah.

D. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan

Pencatatan survei darah jari dilakukan dengan menggunakan Formulir Survei Darah Jari (Formulir-3) dan didokumentasikan di kabupaten/Kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Pelaporan

- a. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merekapitulasi seluruh hasil survei dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Propinsi selanjutnya memberikan umpan balik ke Puskesmas yang bersangkutan seperti pada Formulir-4 (terlampir).
- b. Dinas Kesehatan Propinsi melakukan rekapitulasi dan analisis dari seluruh hasil survei Kabupaten/Kota pada Formulir-5 (terlampir), lalu dilaporkan ke Pusat (Dit PP- BB Ditjen P2M & PLP).
- c. Dinas Kesehatan Propinsi membuat pemetaan kabupaten/kota endemis.

IV. PENETAPAN KABUPATEN/KOTA ENDEMIS

A. Kriteria Kabupaten/Kota Endemis Filariasis

Penetapan kabupaten/kota endemis filariasis dilakukan berdasarkan hasil survei cepat dan survei darah jari, dan ditetapkan oleh Propinsi.

Tabel 2. Penetapan Endemisitas Kabupaten/Kota oleh Propinsi

Kabupaten /Kota	Survei Kasus Kronis	Kasus	SDJ	Hasil SDJ	Status	Tindak lanjut
A	100 % puskesmas	Tidak ada	-	-	Tidak endemis	
B	100 % puskesmas	ada	4 lokasi	Mf rate < 1 %	Endemis rendah	Pengobatan selektif & MC
C	100 % puskesmas	ada	4 lokasi	Mf rate \geq 1 %	Endemis	PELF
D*)	<100 % puskesmas	ada	4 lokasi	Mf rate < 1 %	?	Lanjutkan SKK
E	<100 % puskesmas	ada	4 lokasi	Mf rate \geq 1 %	Endemis	PELF
F	100 % puskesmas	ada	< 4 lokasi	Mf rate < 1 %	Endemis rendah	Lanjutkan SDJ
G	100 % puskesmas	ada	< 4 lokasi	Mf rate \geq 1 %	Endemis	PELF
H	<100 % puskesmas	ada	< 4 lokasi	Mf rate < 1 %	?	Lanjutkan SKK & SDJ
I	<100 % puskesmas	ada	< 4 lokasi	Mf rate \geq 1 %	Endemis	PELF

MC = Morbidity Control (Penatalaksanaan Kasus)

SKK = Survei Kasus Kronis

SDJ = Survei Darah Jari

PELF = Program eliminasi Limfatik filariasis

*) Bila pada survei kasus kronis ditemukan desa dengan jumlah kasus kronis lebih banyak dari yang pernah dilaporkan maka dilakukan survei darah jari di desa tersebut.

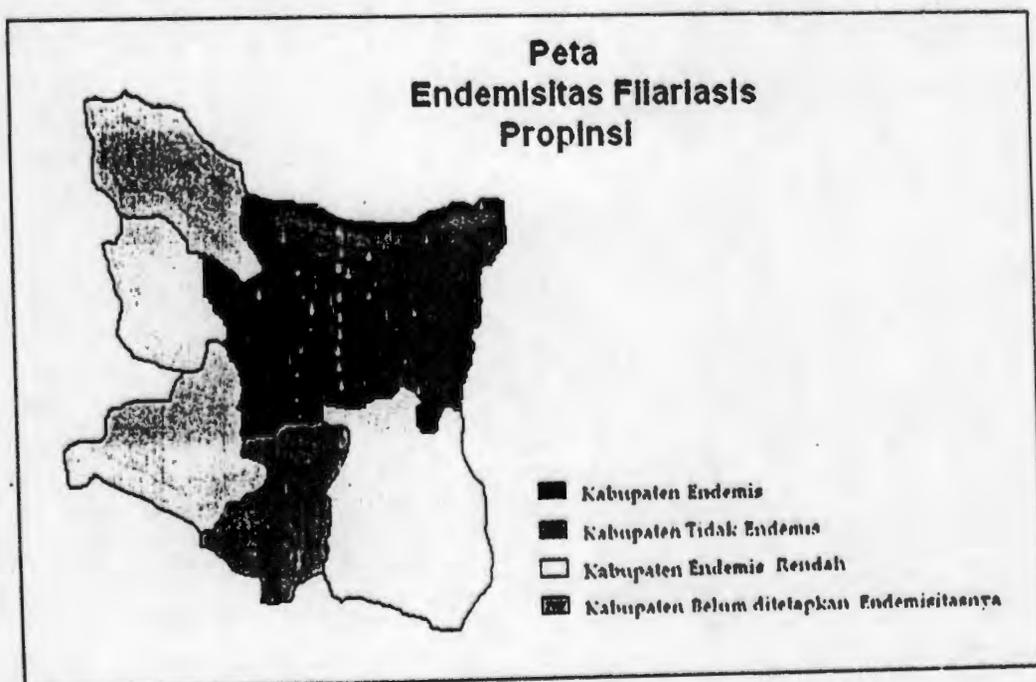


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Peta Endemisitas Filariasis di Propinsi

Berdasarkan hasil survei darah jari kabupaten/kota, propinsi membuat peta endemisitas sesuai Formulir penetapan endemisitas di atas yang dapat dibagi menjadi 4 kategori yaitu :

1. **Warna merah** untuk Kabupaten/kota yang dari hasil SDJ dalam kurun waktu 5 tahun terakhir di salah satu atau lebih desa diwilayah tersebut memiliki Mf rate \geq 1%. Kabupaten/kota tersebut selanjutnya disebut sebagai kabupaten/kota endemis dan menjadi lokasi program eliminasi filariasis.
2. **Warna hijau** untuk Kabupaten/kota yang dari hasil SDJ di 4 lokasi dalam kurun waktu 5 tahun terakhir memiliki Mf rate $<$ 1%, atau di kabupaten/kota tersebut sama sekali tidak ditemukan adanya kasus klinis filariasis. Kabupaten/kota tersebut selanjutnya disebut kabupaten/kota tidak/non endemis.
3. **Warna kuning** untuk Kabupaten/Kota dari yang hasil SDJ di 4 lokasi dalam kurun waktu 5 tahun terakhir memiliki Mf rate $<$ 1%, atau di kabupaten/kota tersebut ditemukan kasus klinis filariasis. Kabupaten/kota tersebut selanjutnya disebut kabupaten/kota endemis rendah dan intervensi program berupa pengobatan selektif dan penatalaksanaan kasus klinis filariasis.
4. **Warna abu-abu** untuk Kabupaten/kota yang tidak atau belum diketahui prevalensi mikrofilarianya (Mf rate), dalam hal ini belum di lakukan survei darah jari tetapi di Kabupaten/kota tersebut ada kasus klinis filariasis atau belum diintervensi oleh program eliminasi filariasis.



Gambar 3. Peta Endemisitas Filariasis Propinsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. SURVEI EVALUASI PREVALENSI MIKROFILARIA

Setiap kabupaten/kota yang sudah melaksanakan pengobatan massal filariasis berkewajiban untuk melaksanakan survei evaluasi sebelum pengobatan massal tahun ketiga dan kelima.

A. Pengertian

Survei evaluasi adalah survei untuk mengetahui prevalensi (mikrofilaria rate) dan densitas (kepadatan) mikrofilaria setelah dilakukan pengobatan massal.

B. Metoda Survei

1. Penentuan Lokasi Survei

Lokasi survei evaluasi ditetapkan di dua desa sentinel dan dua desa *spot check* seperti dalam Formulir-6 (terlampir).

- a. Desa sentinel adalah desa dengan mikrofilaria rate tertinggi dibandingkan dengan desa yang disurvei lainnya pada survei awal dan tidak boleh diganti dengan desa yang lain selama pengobatan massal dilaksanakan.
- b. Desa *spot check* dipilih secara acak diantara desa-desa yang masuk dalam program pengobatan massal dan belum pernah dilakukan survei darah jari.

2. Populasi Survei

Populasi survei adalah penduduk yang berusia ≥ 2 tahun. Penduduk di desa sentinel yang pada survei awal positif mikrofilaria harus dimasukkan dalam sampel survei evaluasi. Jumlah sampel 500 di setiap lokasi survei dan cara pengambilan dan penentuan sampel sama seperti pada survei darah jari untuk menentukan endemisitas.

C. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan sama seperti pada survei darah jari penentuan endemisitas.

D. Waktu Pelaksanaan Survei Evaluasi

Survei evaluasi dilaksanakan 11 bulan sebelum pengobatan massal tahun ke 3 dan ke 5.

E. Pelaksana Survei Evaluasi

Survei evaluasi dilaksanakan oleh tim yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Propinsi dengan melibatkan Departemen Kesehatan, institusi pendidikan tinggi, laboratorium kesehatan daerah dan lain-lain.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VI. LANGKAH-LANGKAH MENGHENTIKAN PENGOBATAN MASSAL DI KABUPATEN/KOTA

A. Langkah 1

Sebelum pengobatan massal tahun ke-5 dilakukan SDJ pada desa sentinel dan desa *spot check* serta tes antigen/antibodi pada anak usia 2-4 tahun.

1. Hasil SDJ : mf rate < 1 %
2. Hasil tes antigen/antibodi pada anak usia 2-4 tahun: tidak ada yang positif.

B. Langkah 2

Tentukan 5 -10 lokasi survei tambahan dimana diperkirakan terdapat resiko penularan yang tinggi.

1. Hasil SDJ : mf rate < 1 %
2. Hasil tes antigen/antibodi pada anak usia 2-4 tahun: tidak ada yang positif.

C. Langkah 3

Laksanakan pengobatan massal filariasis putaran ke 5.

D. Langkah 4

Lakukan tes antigen/antibodi terhadap 300 anak usia 2 – 4 tahun pada daerah beresiko tinggi. Cara pengambilan sampel adalah dengan membentuk 30 kelompok anak yang masing-masing terdiri atas 10 anak.

1. Jika tidak ditemukan hasil tes yang positif maka lanjutkan ke langkah 5
2. Jika hasil tes masih ada yang positif maka pengobatan massal dilanjutkan dengan pengobatan massal putaran keenam dan ketujuh. Langkah 1 dan seterusnya diulang sebelum putaran ketujuh pengobatan massal.

E. Langkah 5

Lakukan tes antigen/antibodi pada 3000 anak sekolah (6 – 10 tahun). Cara pengambilan sampel adalah dengan metode *systematic sample*. Contoh :

Kabupaten/kota A : Total jumlah anak usia sekolah adalah 180.000.

Jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 3000 anak.

Maka cara pengambilan sampel adalah :

1. Menentukan interval sampel dengan cara membagi jumlah total anak sekolah di Kabupaten/kota tersebut dengan jumlah sampel yang dibutuhkan : $180.000/3000 = 60$.
2. Semua anak sekolah di Kabupaten/kota tersebut didaftarkan.
3. Dengan menggunakan interval sampel 60, sampel ditentukan yaitu anak yang pada daftar bernomor 1, 60, 120 dan seterusnya hingga mencapai 3000 anak.

Hasil tes :

1. Jika tidak ditemukan hasil tes yang positif maka HENTIKAN PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS.



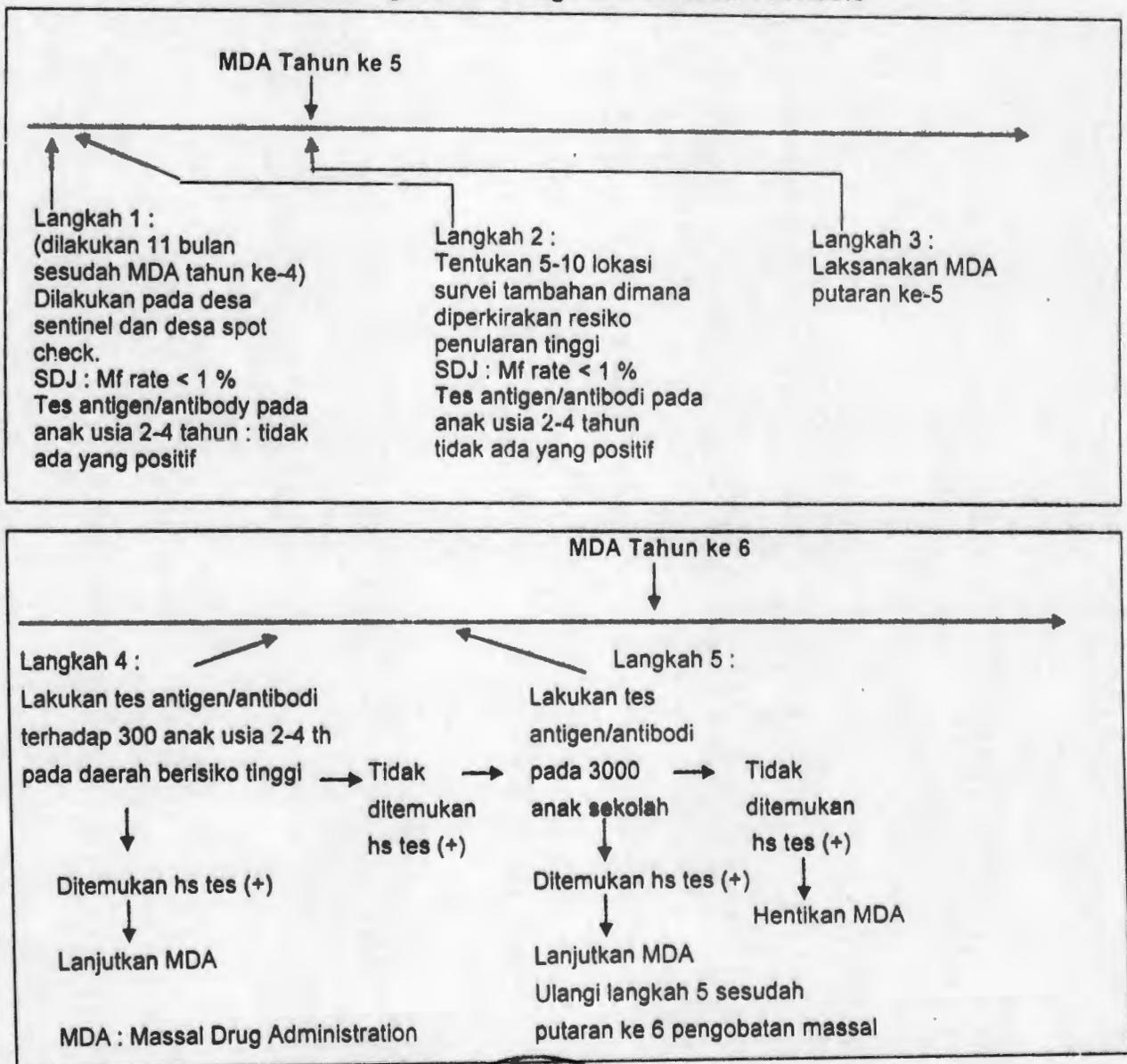
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Jika terdapat hasil tes positif maka pengobatan massal dilanjutkan. Ulangi langkah 5 sesudah pengobatan massal putaran keenam.

Tes antigen/antibodi pada 3000 anak usia 5 tahun dilaksanakan lagi sesudah 5 tahun pengobatan massal dihentikan. Jika tidak terdapat hasil tes yang positif, maka Eliminasi Filariasis sudah tercapai.

Gambar 4.

Proses Penghentian Pengobatan Massal Filariasis



MENTERI KESEHATAN,

Dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

Data Kasus Kronis Filariasis Puskesmas

Puskesmas : _____
Kecamatan : _____
Kabupaten : _____
Tgl. pendataan : _____

- A. Apakah di Wilayah Kerja Puskesmas Saudara ditemukan kasus kronis filariasis (contoh gambar terlampir) yang ditandai dengan adanya pembesaran salah satu atau lebih anggota badan sebagai berikut :
• kaki dan atau • kantong buah zakar atau
• tangan dan atau • payudara
1. Ada [] 2. Tidak ada []
(Berikan tanda X pada [.....] yang Saudara pilih)

B. Bila ada, lakukan konfirmasi dan pemeriksaan klinis kasus kronis filariasis yang dilaporkan oleh Kepala Desa/tokoh masyarakat tersebut.

C. Bila hasil konfirmasi saudara adalah kasus kronis filariasis, catatlah pada Formulir di bawah ini

Table with 8 columns: No, NAMA PENDERITA, UMUR (P, L), DESA, LETAK KELAINAN *) , THN MULAI BENGKAK, TAHUN MULAI MENETAP DI KAB/KOTA INI

*) Pilih yang sesuai :

- 1. Lengan bawah kiri 5. Tungkai bawah kiri 9. Buah zakar (skrotum)
2. Lengan bawah kanan 6. Tungkai bawah kanan 10. Penis
3. Seluruh lengan kiri 7. Seluruh tungkai kiri 11. Vulva
4. Seluruh lengan kanan 8. Seluruh tungkai kanan 12. Payudara

.....
Kepala Puskesmas

Formulir . 3
ELIMINASI FILARIASIS
FORMULIR SURVEI DARAH JARI

PROPINSI : **DESA/KELURAHAN (*)**:
KABUPATEN/KOTA : Topografi Desa : Sawah, Rawa, Hutan, Pantai *)
KECAMATAN : Jumlah Penduduk :
PUSKESMAS : Tanggal Survei :
 Survei Ke (0. I, II, III ... dst) :

No	Nama	Umur		Alamat	Kode Sediaan	Pemeriksaan Darah Jari			Keterangan
		L	P			Spesies			
						B. malayi	B. lomori	W bancrofti	

.....

Kepala Puskesmas

Formulir . 4
**FORMULIR REKAPITULASI
 SURVEI DARAH JARI**

Kabupaten :											
No	Nama Kecamatan	Nama Desa	Jml Pdd Desa	Tgl. Survei	Jml Slide Diperiksa	Jml Slide Pos	Spesies			Mf Rate	Kepadatan Mikrofilaria
							B. malayi	B. timori	W. bancrofti		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Tembusan :
 Kepala Puskesmas

.....
 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Formulir . 5
Survei Pemetaan Daerah Endemis Filariasis

Propinsi :

No	Nama Kabupaten/ Kota	Jml. Pdd. Kabupaten/ Kota	Jml. Kecamatan	Jml. Kasus Kronis *)	Nama Kecamatan Survei	Nama Desa Survei	MF Rate	Klasifikasi Kab/Kota			
								Endemis Rendah	Endemis Non Endemis	Belum Survei	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

.....
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi

Formulir . 6
SURVEI EVALUASI DI DESA SENTINEL & SPOT

Propinsi :								
No	Kab/Kota	Kecamatan	Th. MDA	Nama Desa	Sentinel/ Spot	Jml. Pdd. Survei	MF Rate	Kepadatan Mikrofilaria
1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran IV

Keputusan Menteri Kesehatan

Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005

Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) ialah penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Cacing tersebut hidup di kelenjar dan saluran getah bening sehingga menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik yang dapat menimbulkan gejala akut berupa peradangan kelenjar dan saluran getah bening (adenolimfangitis) terutama di daerah pangkal paha dan ketiak tetapi dapat pula di daerah lain. Peradangan ini disertai demam yang timbul berulang kali dan dapat berlanjut menjadi abses yang dapat pecah dan meninggalkan jaringan parut.

Indonesia menetapkan Eliminasi Filariasis sebagai salah satu prioritas nasional pemberantasan penyakit menular dengan menerapkan dua strategi utama yaitu memutuskan rantai penularan dengan pengobatan massal di daerah-endemis dan upaya pencegahan dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus klinis filariasis. Pengobatan massal filariasis menggunakan kombinasi DEC 6 mg/kgBB, Albendazole 400 mg dan Parasetamol 500 mg.

Pengobatan massal dilaksanakan di daerah endemis Filariasis yaitu daerah dengan angka mikrofilaria rate (Mf rate) $\geq 1\%$ dengan unit pelaksanaannya adalah Kabupaten/Kota. Pengobatan massal bertujuan untuk mematikan semua mikrofilaria yang ada di dalam darah setiap penduduk dalam waktu bersamaan, sehingga memutus rantai penularannya.

B. Tujuan Pengobatan Massal

Dalam rangka Eliminasi Filariasis tujuan pengobatan massal adalah untuk memutus transmisi filariasis:

1. Menurunkan mikrofilaria rate menjadi $< 1\%$
2. Menurunkan kepadatan rata-rata mikrofilaria.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Sasaran Pengobatan Massal

Sasaran pengobatan massal dilaksanakan serentak terhadap semua penduduk yang tinggal di daerah endemis filariasis, tetapi pengobatan untuk sementara ditunda bagi :

1. Anak-anak berusia kurang 2 tahun
2. Ibu hamil
3. Orang yang sedang sakit berat
4. Penderita kasus kronis filariasis sedang dalam serangan akut
5. Balita dengan marasmus atau kwasiorkor

II. JENIS OBAT DAN CARA PEMBERIAN

A. Jenis Obat

1. Diethyl Carbamazine Citrate (DEC)

a. Sifat kimiawi dan fisika :

- Tidak berwarna
- Tidak berbau
- Larut dalam air
- Rasa sedikit pahit
- Komposisi stabil dalam suhu 15-30 °C
- Sediaan obat berupa tablet @ 100 mG

Absorpsi dan ekskresi :

- Cepat diabsorpsi oleh usus dan masuk dalam darah
- Didistribusikan hampir sama ke semua organ
- Tidak masuk ASI
- Cepat diekskresi oleh tubuh melalui air kencing

b. Cara Kerja Obat

Obat mempunyai pengaruh yang cepat terhadap mikrofilaria. Dalam beberapa jam mikrofilaria di sirkulasi darah mati. Cara kerja DEC adalah melumpuhkan otot mikrofilaria, sehingga tidak dapat bertahan di tempat hidupnya dan mengubah komposisi dinding mikrofilaria menjadi lebih mudah dihancurkan oleh sistim pertahanan tubuh hospes DEC juga dapat menyebabkan matinya sebagian cacing dewasa. Cacing dewasa yang masih hidup dapat dihambat perkembangbiakannya selama 9 – 12 bulan.

Setelah diminum, DEC dengan cepat diserap oleh saluran cerna dan mencapai kadar maksimal dalam plasma darah setelah 4 jam dan akan diekskresikan seluruhnya melalui urin dalam waktu 48 jam.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Albendazole

Albendazole dikenal sebagai obat yang digunakan dalam pengobatan cacing usus (cacing gelang, cacing kremi, cacing cambuk dan cacing tambang). Albendazol juga dapat meningkatkan efek DEC dalam mematikan cacing filaria dewasa dan mikrofilaria tanpa menambah reaksi yang tidak dikehendaki. Di daerah endemis filariasis, seringkali prevalensi cacing usus cukup tinggi, sehingga penggunaan Albendazole dalam pengobatan massal filariasis juga akan efektif mengendalikan prevalensi cacing usus.

3. Obat Reaksi Pengobatan

Untuk mengatasi adanya reaksi pengobatan digunakan :

- Parasetamol
- CTM
- Antasida doen
- Salep antibiotika
- Infus set
- Cairan infus Ringer Laktat
- Antibiotika oral
- Vitamin B6
- Kortikosteroid injeksi
- Adrenalin injeksi

B. Cara Pemberian Obat

Pengobatan massal menggunakan obat DEC, Albendazole dan Paracetamol yang diberikan sekali setahun selama minimal 5 tahun. DEC diberikan 6 mg/KgBB, Albendazole 400 mg untuk semua golongan umur dan Paracetamol 10 mg/KgBB sekali pemberian. Sebaiknya obat diminum sesudah makan dan di depan petugas. Dosis obat ditentukan berdasarkan berat badan atau umur sesuai tabel di bawah ini.

Tabel 1. Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan

Berat Badan	DEC (100 mg) Tablet	Albendazole (400mg) Tablet	Paracetamol (500mg) Tablet
10 – 16	1	1	0,5
17 – 25	1,5	1	0,5
26 – 33	2	1	1
34 – 40	2,5	1	1
41 – 50	3	1	1
51 – 58	3,5	1	1
59 – 67	4	1	1
68 – 75	4,5	1	1
76 – 83	5	1	1
> 84	5,5	1	1



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 2. Dosis Obat Berdasarkan Umur

UMUR (Tahun)	DEC (100 mg) (Tablet)	Albendazole (400mg) (Tablet)	Paracetamol (500mg) (Tablet)
2 - 5	1	1	0,25
6 - 14	2	1	0,5
>14	3	1	1

III. PERENCANAAN PENGOBATAN MASSAL

A. Perencanaan di Kabupaten/Kota

1. Menyiapkan data dasar dan menghitung kebutuhan obat serta logistik lainnya

- a. Melaksanakan survei data dasar sebelum pengobatan massal di 2 desa dengan jumlah kasus terbanyak. Survei ini dilaksanakan sesuai dengan metoda Survei Darah Jari (lihat Buku Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis).
- b. Jumlah penduduk di tiap desa menurut golongan umur.
- c. Kebutuhan obat dan logistik lainnya, sebagaimana tercantum dalam Formulir-1 (terlampir).

2. Pertemuan koordinasi kabupaten/kota

a. Tujuan

Mendapatkan kesepakatan dengan Puskesmas untuk melaksanakan pengobatan massal.

b. Peserta

- 1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan program terkait.
- 2) Kepala Puskesmas dan pengelola program filariasis Puskesmas.

c. Materi Bahasan

- 1) Tinjauan ulang program eliminasi filariasis.
- 2) Rencana pengobatan massal filariasis, meliputi :
 - Jumlah sasaran;
 - Jumlah TPE;
 - Kebutuhan obat dan bahan serta sarana;
 - Pendanaan pengobatan massal.
- 3) Rencana advokasi dan sosialisasi.
- 4) Rencana pelatihan TPE.
- 5) Rencana penyuluhan kepada masyarakat oleh TPE.

d. Waktu Pelaksanaan

Dua bulan sebelum pengobatan massal.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Advokasi Kabupaten

a. Tujuan

- 1) Memperoleh dukungan pelaksanaan pengobatan massal serta menjelaskan reaksi pengobatan dan
- 2) Memperoleh dukungan politis dan dana pengobatan massal tahun berikutnya.

b. Sasaran

Bupati/Walikota, Bappeda, DPRD, Dinas terkait, Camat, PKK, Ormas dan Pengelola media massa.

c. Metode

- 1) Pertemuan dengan Bupati/Walikota dan Camat untuk melaporkan rencana kegiatan pengobatan massal filariasis
- 2) Rapat koordinasi Kabupaten/kota dan Kecamatan dan pertemuan-pertemuan lainnya yang dapat dimanfaatkan untuk kegiatan advokasi dan sosialisasi tersebut
- 3) Membuat surat instruksi Bupati/Walikota tentang pelaksanaan Pengobatan Massal kepada Camat dan Dinas terkait (Dinas Pendidikan, Dinas Informasi, Badan Pemberdayaan Masyarakat, dll)

d. Waktu Pelaksanaan

Dua bulan sebelum pengobatan massal di kabupaten/kota.

4. Pertemuan Koordinasi Kecamatan

a. Peserta terdiri dari Camat, lintas sektor terkait, Kepala Puskesmas, Kepala desa/lurah, Toka, Toga, LSM dan Ormas.

b. Bahan

Kit Media Penyuluhan Filariasis

c. Waktu

Pertemuan koordinasi dilaksanakan selama satu hari, 1-2 minggu sebelum pelatihan TPE.

5. Sosialisasi Pengobatan Massal

a. Tujuan

Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang pengobatan massal filariasis, sehingga semua penduduk melaksanakan pengobatan (cakupan pengobatan massal tinggi) dan menyikapi dengan benar apabila terjadi reaksi pengobatan.

b. Sasaran

Tokoh masyarakat, tokoh agama, guru, LSM dan masyarakat umum.

c. Metode

- 1) Menyelenggarakan pertemuan sosialisasi pengobatan massal
- 2) Penyuluhan langsung



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 3) Sosialisasi di tempat-tempat umum, institusi pendidikan, tempat kerja, posyandu.
- 4) Penyuluhan tidak langsung
- 5) Media elektronik (radio, tv, film, vcd, dll)
- 6) Media cetak (poster, leaflet, stiker, koran, dll)

d. Waktu

Selama satu bulan terus menerus menjelang pengobatan massal

6. Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis

a. Jumlah TPE

Setiap TPE bertanggung jawab untuk 20-30 KK (100-150 orang). Tergantung kondisi daerah masing-masing.

b. Pelatihan TPE

1) Bahan pelatihan

Setiap TPE mendapat 1 paket bahan pelatihan, yang terdiri dari :

- Buku Pedoman TPE
- Kit media penyuluhan Filariasis
- Kartu Pengobatan
- Formulir Pelaporan Pengobatan Massal TPE
- Alat tulis (pensil, penghapus, ballpoint, map plastik)

2) Jadwal pelatihan

Penyelenggaraan pelatihan diadakan 1 minggu sebelum pelaksanaan pengobatan selama 1 hari. Pelatihan dilaksanakan berkelompok, dengan peserta 30 TPE perkelompok.

3) Materi Pelatihan

- Pengertian filariasis yang meliputi gejala dan tanda filariasis, penyebab dan cara penularan filariasis, pengobatan massal filariasis, pengenalan reaksi pengobatan, pencegahan filariasis,
- Kegiatan TPE dalam pelatihan Eliminasi Filariasis, antara lain : praktek pengisian Kartu Pengobatan, praktek pengisian Formulir Pelaporan Pengobatan Massal, menyusun rencana kegiatan

4) Rencana Kegiatan TPE

- Menetapkan wilayah kerja TPE
- Menetapkan lokasi dan waktu pemberian obat
- Sensus penduduk, pendataan kasus kronis filariasis
- Penyuluhan pengobatan massal
- Menyiapkan obat-obatan
- Menyiapkan pelaksanaan pengobatan massal, misalnya menyiapkan ruangan, bahan administrasi dll.

5) Pelatih

Petugas Puskesmas terlatih



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

B. Perencanaan di Propinsi

1. Advokasi pelaksanaan pengobatan massal di kabupaten/kota endemis filariasis
2. Merencanakan stok obat program eliminasi filariasis.
3. Membantu pelaksanaan pembuatan data dasar di kabupaten/kota sebelum melaksanakan pengobatan massal.
4. Merencanakan kebutuhan pelatihan teknis petugas kabupaten/kota dan Puskesmas berdasarkan usulan kabupaten/kota.
5. Membantu pelaksanaan pengobatan massal.
6. Merencanakan evaluasi hasil pengobatan massal.

IV. PELAKSANAAN PENGOBATAN MASSAL

A. Persiapan

1. Penyiapan Masyarakat

a. Pelaksana

Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE)

b. Kegiatan

Penyiapan masyarakat dilaksanakan dengan mengunjungi warga dari rumah ke rumah di wilayah binaan TPE untuk :

- 1) Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tempat, waktu dan berbagai hal (antara lain makan dulu sebelum minum obat) mengenai filariasis dan pengobatan massal.
- 2) Mengisi kartu pengobatan dan formulir sensus penduduk binaan.
- 3) Menyeleksi dan mencatat penduduk yang ditunda pengobatannya.
- 4) Pendataan kasus kronis filariasis.

2. Penyediaan bahan, alat dan obat

a. Bahan dan Alat

- 1) Kartu pengobatan
- 2) Formulir pelaporan pengobatan TPE,
- 3) Formulir sensus,
- 4) Formulir pendataan kasus kronis,
- 5) Media penyuluhan
- 6) Alat tulis menulis

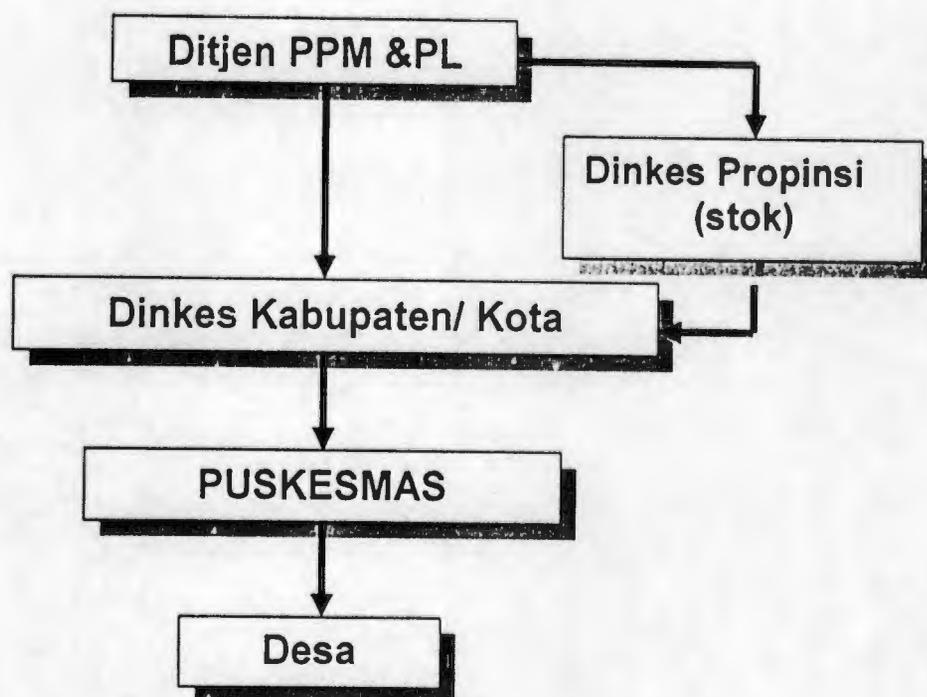
b. Obat DEC, Albendazole, Parasetamol dan Obat Reaksi Pengobatan

Jumlah kebutuhan bahan, peralatan dan obat sesuai dengan jumlah sasaran pengobatan di masing-masing lokasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Alur Pendistribusian Obat Untuk Pengobatan Massal Filariasis



B. Pelaksanaan Pengobatan Massal

1. Pelaksana

Pengobatan massal dilaksanakan oleh TPE dibawah pengawasan petugas kesehatan di pos-pos pengobatan massal.

2. Waktu Pelaksanaan

Pengobatan massal dilaksanakan bulan Agustus sampai Oktober.

3. Kegiatan

- a. Menyiapkan pos pengobatan massal, obat, kartu pengobatan dan air minum (masing-masing penduduk dapat membawa air minum).
- b. Mengundang penduduk untuk datang ke pos pengobatan yang telah ditentukan.
- c. Memberikan obat yang harus diminum di depan TPE dengan dosis yang telah ditentukan dan mencatatnya di kartu pengobatan.
- d. Mengunjungi penduduk yang tidak datang dari rumah ke rumah.
- e. Mencatat jenis efek samping pengobatan massal di kartu pengobatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan.
- f. Membuat laporan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 3. PENJADWALAN KEGIATAN PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS

No	Jenis Kegiatan	Waktu					Penanggung jawab/Pelaksana
		Desa	Kec	Kab	Prop	Pusat	
1	Rapat Koordinasi			H - 2 bln			Dinkes Kab
2	Advokasi		H - 1 bln	H - 2 bln			PKM, Dinkes Kab
3	Sosialisasi	H - (2 s/d7) hr	H - 1 mgg	H - 1 bln			Kades, PKM, Dinkes Kab
4	a. Pemilihan TPE b. Pelatihan TPE		H - 1 bln H - 7 hr				PKM PKM
5	Distribusi a. Bahan & peralatan b. Obat	H - 1 mgg H - 3 hr	H - 2 mgg H - 2 mgg	H - 1 bln H - 1 bln	H - 2 bln H - 2 bln	H - 3 bln H - 3 bln	Masing-masing
6	Penyiapan masyarakat	H - 5 hr					PKM
7	Pelaksanaan pengobatan massal	H	H				PKM*
8	Monitoring reaksi pengobatan massal	H+4 jam s/d 3 hr	H+4 jam s/d 3 mgg				PKM*
9	Pemberian obat reaksi		H+4 jam s/d 3 mgg				PKM
10	Pemberian obat pada penduduk yang tidak hadir	H+1 mgg	H+2 mgg	H+1 bln			Masing-masing
11	Pelaporan a. Cakupan pengobatan b. Reaksi	H+10 hr H+3 mgg	H+1 bln H+1 bln	H+1 bln H+1 bln	H+1 bln H+1 bln		Masing-masing
12	Survei evaluasi cakupan pengobatan***				H+5 mgg		Propinsi
13	Supervisi****		H-7 hr, H, H+7	H-2 mgg H H+2 mgg	H-2 mgg H H+2 mgg	H-2 mgg H H+2 mgg	Masing-masing

- * Petugas Puskesmas berada dalam jangkauan penduduk yang diobati
- ** Pembiayaan oleh masing-masing
- *** Survei ini dilaksanakan oleh tim independen
- **** Sesuai kebutuhan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. REAKSI PENGOBATAN

Obat DEC dan Albendazole adalah obat yang aman dan memiliki toleransi yang baik tetapi kadang-kadang dapat terjadi reaksi pengobatan terutama pada infeksi *Brugia malayi* dan *Brugia timori*.

A. Macam-macam Reaksi Pengobatan

1. Reaksi Umum

Reaksi umum terjadi akibat respon imunitas individu terhadap matinya mikrofilaria, makin banyak mikrofilaria yang mati makin besar reaksi yang dapat terjadi. Reaksi umum terdiri dari sakit kepala, pusing, demam, mual, menurunnya nafsu makan, muntah, sakit otot, sakit sendi, lesu, gatal-gatal, keluar cacing usus, asma bronkial dan "wheezing". Reaksi umum hanya terjadi pada 3 hari pertama setelah pengobatan massal. Reaksi yang ringan biasanya dapat sembuh sendiri tanpa harus diobati.

2. Reaksi Lokal

Reaksi lokal disebabkan oleh matinya cacing dewasa yang dapat timbul sampai 3 minggu setelah pengobatan massal.

a. Reaksi lokal pada infeksi *W. bancrofti*

- Nodul di kulit skrotum, adalah reaksi lokal yang paling sering terjadi sebagai akibat matinya cacing dewasa
- Limfadenitis
- Limfangitis
- Adenolimfangitis
- Funikulitis
- Epididimitis
- Orkitis
- Orkalgia
- Abses
- Ulkus
- Limfedema

b. Reaksi lokal pada infeksi *Brugia malayi* dan *Brugia timori*

- Limfadenitis
- Limfangitis
- Adenolimfangitis
- Abses
- Ulkus
- Limfedema

B. Penatalaksanaan Reaksi Pengobatan

Hal yang paling penting dalam pengobatan massal adalah penjelasan dan pemahaman mengenai reaksi kepada penduduk agar penduduk tidak merasa takut dan tidak menolak untuk diobati pada tahap selanjutnya. Penatalaksanaan reaksi yang tidak tepat akan memberikan dampak yang lebih buruk terhadap masyarakat di daerah endemis sehingga dapat mengganggu jalannya Program Eliminasi Filariasis. Oleh karena itu perlu dilakukan :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

1. Antisipasi Menghadapi Kemungkinan Terjadinya Reaksi Pengobatan

- a. Pemberitahuan kepada masyarakat bahwa reaksi pengobatan dapat terjadi namun persentasenya kecil.
- b. Tempat memperoleh pertolongan yang diperlukan bila terjadi reaksi pengobatan.
- c. Puskesmas tempat dilaksanakannya pengobatan massal memiliki stok obat reaksi pengobatan yang cukup.
- d. Mempersiapkan para dokter praktek dan petugas paramedis lainnya di daerah dimana pengobatan massal dilaksanakan agar mampu mengobati reaksi pengobatan dan memberikan penjelasan yang tepat.
- e. Minum obat sesudah makan.
- f. Jangan memberikan obat pada sasaran yang ditunda pengobatannya.

2. Obat Reaksi Pengobatan

a. Parasetamol 500 mg

Untuk mengatasi demam, sakit kepala, pusing, sakit otot.

Dosis dewasa : 3 x 1 tablet per hari, selama 3 hari

Dosis anak : sesuai berat badan atau umur

b. CTM 4 mg

Untuk mengatasi alergi dan gatal-gatal

Dosis dewasa : 3 x 1 tablet per hari, selama 3 hari

Dosis anak : sesuai berat badan atau umur

c. Antasida Doen

Untuk mengatasi gejala mual dan muntah-muntah

Dosis dewasa : 3 x 1 tablet per hari, selama 3 hari

Dosis anak : sesuai berat badan atau umur

d. Salep antibiotika

Untuk mengobati abses dan ulkus

Lama pengobatan sesuai dengan kebutuhan

e. Amoksisilin 500 mg

Untuk mengobati abses dan ulkus.

Dosis dewasa : 3 x 1 tablet per hari, selama 5 hari

Dosis anak : sesuai berat badan atau umur

C. Komite Reaksi Pengobatan

Adanya reaksi pengobatan pada saat pengobatan massal, seringkali rancu dengan timbulnya penyakit lain yang terjadi secara bersamaan (*coincidence*). Adanya reaksi pengobatan juga perlu ditangani dengan cepat dan benar. Oleh karena itu, adanya reaksi pengobatan tersebut perlu dibentuk tim konsultasi yang dapat memberi penjelasan adanya reaksi pengobatan dan tindakan yang perlu dilakukan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

1. Anggota Komite Reaksi Pengobatan

Anggota Komite Reaksi Pengobatan disesuaikan dengan kebutuhan, antara lain dapat terdiri dari :

- a. Dokter, ahli penyakit dalam;
- b. Ahli farmako klinik;
- c. Ahli farmasi;
- d. Epidemiologi;
- e. Ahli parasit;
- f. Ahli program eliminasi filariasis;
- g. Ahli hukum kesehatan.

2. Tugas

- a. Memberikan rekomendasi penggunaan obat dalam rangka pengobatan massal filariasis.
- b. Menetapkan adanya reaksi pengobatan pada suatu pengobatan massal filariasis.
- c. Rekomendasi tindakan yang perlu dilakukan dan antisipasinya.

D. Serious Adverse Experience (SAE)

Setiap pelaksanaan pengobatan massal, kadang-kadang terjadi kejadian yang tidak diinginkan yang berakibat fatal, mengancam jiwa, menyebabkan kecacatan, atau pasien menderita kelainan kongenital, kanker atau dosis yang diberikan berlebihan sehingga pasien harus segera dirujuk ke rumah sakit, keadaan ini disebut Serious Adverse Experience (SAE). Bila terjadi SAE, pasien harus segera dirujuk, dilakukan tindakan yang diperlukan serta dicari penyebab terjadinya SAE. Kejadian ini harus pula segera dilaporkan langsung ke Pusat, sehingga dapat segera dilakukan penyelidikan SAE lebih lanjut. Pelaporan SAE sebagaimana tercantum dalam contoh Formulir-2 (terlampir).

VI. PENGORGANISASIAN

A. Tugas dan Tanggung Jawab

1. Tugas dan Tanggung Jawab Pusat (Ditjen PPM&PL, Depkes)

- a. Pengadaan dan pendistribusian obat pengobatan massal filariasis
- b. Menyusun pedoman dan penggandaan master buku pedoman
- c. Pelatihan teknis tenaga pelatih Propinsi
- d. Bimbingan teknis
- e. Menggalang kemitraan nasional dan internasional
- f. Memonitor dan mengevaluasi pengobatan massal



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 2. Tugas dan Tanggung Jawab Dinas Kesehatan Propinsi**
 - a. Penggandaan buku pedoman dan bahan KIE
 - b. Pelatihan teknis tenaga pelatih Kabupaten/Kota
 - c. Bimbingan teknis
 - d. Menggalang kemitraan Propinsi
 - e. Memonitor dan mengevaluasi pengobatan massal
 - 3. Tugas dan Tanggung Jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota**
 - a. Menganggarkan biaya operasional
 - b. Penggandaan buku pedoman dan bahan KIE
 - c. Pelatihan teknis tenaga pengelola filariasis Puskesmas
 - d. Bimbingan teknis
 - e. Mendistribusikan logistik
 - f. Menggalang kemitraan Kabupaten/Kota
 - g. Memonitor dan mengevaluasi pengobatan massal
 - h. Penggerakan unit terkait dalam pelaksanaan operasional pengobatan massal di Kabupaten/Kota (Puskesmas, Rumah Sakit, dsb)
 - 4. Tugas dan Tanggung Jawab Puskesmas**
 - a. Pelatihan TPE
 - b. Bimbingan teknis
 - c. Menggalang kemitraan Kecamatan
 - d. Melaksanakan Pengobatan Massal & tatalaksana kasus
 - e. Memonitor dan evaluasi hasil-hasil pengobatan massal & reaksi pengobatan
 - f. Koordinasi dan penggerakan petugas Puskesmas, terutama tugas supervisi, pengawasan dan monitoring pengobatan massal dan reaksi pengobatan
- B. Koordinasi Pelaksanaan Pengobatan**
- Dalam melaksanakan kegiatan pengobatan harus melibatkan program dan sektor terkait di masing-masing jenjang administrasi.

VII. MONITORING DAN EVALUASI

A. Monitoring

1. Puskesmas

- a. Memonitor pelaksanaan pengobatan massal dan kejadian reaksi pengobatan
- b. Menghitung persediaan, pemakaian dan sisa obat

2. Kabupaten/Kota

- a. Memonitor hasil pengobatan massal berdasarkan laporan puskesmas
- b. Menghitung persediaan, pemakaian dan sisa obat
- c. Menindaklanjuti rujukan puskesmas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Propinsi

- a. Memonitor pelaksanaan pengobatan massal
- b. Memonitor hasil pengobatan massal berdasarkan laporan kabupaten/kota
- c. Melaksanakan survei cakupan pengobatan massal, sebagaimana tercantum dalam Formulir-3 (terlampir).
- d. Menindaklanjuti reaksi pengobatan

4. Pusat

- a. Memonitor pelaksanaan pengobatan massal
- b. Memonitor hasil pengobatan massal berdasarkan laporan Kabupaten/kota dan Propinsi
- c. Melaksanakan survei cakupan pengobatan sesuai kebutuhan pusat
- d. Merekapitulasi laporan hasil pelaksanaan eliminasi filariasis

B. Evaluasi Pengobatan Massal

Evaluasi pengobatan massal adalah bagian yang paling penting dalam Program Eliminasi Filariasis. Ada dua hal yang harus diperhatikan dalam memonitor pengobatan massal, yaitu:

1. Jumlah penduduk yang minum obat (Cakupan Pengobatan)
2. Menurunnya prevalensi mikrofilaria

Penilaian prevalensi mikrofilaria dibahas dalam Lampiran III Keputusan Ini (Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis). Untuk mengevaluasi keberhasilan pengobatan massal ini, ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu :

1. Di Kabupaten/Kota

a. Cakupan Geografis

Cakupan geografis adalah persentase desa atau kelurahan yang diobati dalam satu kabupaten/kota disetiap tahun pengobatan. Cakupan ini dihitung dengan rumus sbb:

$$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang diobati}}{\text{Jumlah seluruh desa/kelurahan}} \times 100$$

Cakupan ini dipergunakan untuk menilai apakah pengobatan massal telah dilaksanakan di seluruh desa/kelurahan di kabupaten/kota yang endemis tersebut. Kadang-kadang tidak semua desa/kelurahan diobati, sehingga cakupan pengobatannya menjadi rendah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Cakupan Pengobatan Massal

Ada dua hal yang harus diperhatikan dalam menilai keberhasilan cakupan ini, yaitu:

1) Cakupan Pengobatan

Cakupan ini dibuat setiap tahun, dengan perhitungan sbb :

a. Angka pencapaian pengobatan

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang meminum obatnya}}{\text{Jumlah seluruh penduduk di Kabupaten}} \times 100$$

Cakupan ini dapat menjelaskan jumlah penduduk yang beresiko untuk diobati dan aspek epidemiologinya.

b. Angka keberhasilan pengobatan

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang meminum obatnya}}{\text{Jumlah penduduk sasaran pengobatan massal}} \times 100$$

Cakupan ini dapat menjelaskan efektivitas pengobatan massal. Cakupan Pengobatan Massal sebagaimana tercantum dalam Form. ulir-4, Formulir-5 (terlampir).

2) Survei Cakupan

Tujuan : Untuk menilai kebenaran cakupan Pengobatan Massal berdasarkan laporan di Kabupaten.

Pelaksana : Propinsi atau badan yang independen.

Waktu : Satu bulan setelah Pengobatan Massal. Survei ini dilaksanakan satu kali setelah siklus pertama pengobatan massal.

Metoda : Kuesioner *Cluster Survey*, yaitu :

a) Hitung jumlah desa dan tulis semua nama-nama desa di Kabupaten yang akan disurvei.

b) Tulis jumlah penduduk di setiap desa.

c) Hitung jumlah *penduduk kumulatif* di setiap desa tersebut.

d) Tentukan *sampling interval* dengan membagi seluruh jumlah penduduk desa dengan 30

e) Pilih angka pertama sebagai *starting point* dengan cara memilih secara acak angka dari 1 sampai dengan angka *sampling interval*. Di kolom desa yang mana letak angka yang terpilih tersebut, itulah desa pertama yang akan disurvei.

f) Tentukan desa selanjutnya yang akan disurvei dengan menambah *starting point* dengan *sampling interval*. Angka yang didapat kemudian ditambahkan lagi dengan *sampling interval*, begitu seterusnya untuk menentukan desa yang akan disurvei sampai diperoleh 30 desa.

g) Setelah diperoleh 30 desa yang akan disurvei, secara acak pilih rumah pertama yang akan disurvei di setiap desa kemudian dilanjutkan ke rumah disekitarnya yang berada paling dekat dari rumah yang pertama dipilih.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

h) Survei dilaksanakan dengan menggunakan formulir kuesioner survei cakupan sebagaimana tercantum dalam Formulir-6 (terlampir).

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melaksanakan survei, yaitu:

- Orang yang disurvei adalah semua orang yang tinggal serumah pada saat MDA terakhir (termasuk yang bukan sasaran).
- Jawaban survei dapat diberikan oleh orang lain asalkan jawabannya akurat
- Satu orang pelaksana survei bertanggung jawab pada satu KK.
- Jumlah kuesioner yang dapat dijawab adalah 900 kuesioner.
- Setelah survei selesai dilaksanakan, data yang didapat dikompilasi dan dihitung dengan menggunakan rumus :

Cakupan Pengobatan:

$$\frac{\text{Jumlah individu yang minum obat}}{\text{Jumlah individu yang disurvei}} \times 100\%$$

Tabel 4. CONTOH CARA MENENTUKAN DESA YANG AKAN DISURVEI

Nama Desa di Kabupaten	Jlh Penduduk	Jlh Penduduk Kumulatif	Desa yang akan disurvei	Starting point + Sampling Interval	Perhitungan Sampling Interval
1	480	480			
2	555	1035	1	520,4	Total Penduduk = 27648
3	657	1692	1	1442	Jlh desa yg disurvei = 30
4	489	2181			
5	367	2548	1	2363,6	Sampling Interval =
6	458	3004			27648/30 = 921,6
7	1299	4303	1	3285,2	
8	345	4648		datnya	Pilih secara acak angka
9	333	4981			antara 1 - 921,6 dalam
10	777	5758			contoh ini dipilih 520,4 (starting point)
11	888	6646			kemudian jumlahkan angka
12	875	7321			tersebut dengan sampling
13	324	7645			interval, yaitu 520,4 + 921,6 = 1442
14	865	8510			jumlahkan lagi 1442 dengan sampling
15	587	9077			interval (1442+921,6=2363,6)
16	756	9833			begitu seterusnya sampai didapatkan
17	1234	11067			30 desa yang akan disurvei.
18	3465	14532			
19	587	15099			
20	878	15977			
21	898	16875			
22	909	17784			
23	345	18129			
24	345	18474			
25	558	19030			
26	875	19705			
27	564	20269			
28	867	21136			
29	933	22069			
30	967	23036			
31	878	23912			
32	347	24259			
33	879	25138			
34	1266	26404			
35	1244	27648			



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

TABEL 5.
PENILAIAN HASIL CAKUPAN PENGOBATAN MASSAL & SURVEI CAKUPAN
DI IMPLEMENTATION UNIT (IU)

Penemuan	Yang harus diperhatikan	Tindak Lanjut
Cakupan pengobatan massal dan cakupan survei keduanya rendah	<ul style="list-style-type: none">▪ Cakupan geografis adalah desa yang tidak diobati.▪ Cakupan pengobatan massal pada tiap kelompok umur (<2Th, 2-5Th, 6-14Th dan >14 Th) adakah kelompok umur yang tidak diobati.▪ Alasan penduduk sasaran pengobatan yang tidak meminum obatnya.▪ Survei Pengetahuan, sikap dan perilaku untuk menilai permasalahan yang ada.	<ul style="list-style-type: none">▪ Tergantung dari masalahnya, mungkin dibutuhkan pengobatan massal di wilayah yang belum diobati.▪ Memperbaharui penggerakan di masyarakat agar mau minum obat filariasis▪ Memperbaharui motivasi dan kemampuan kader dalam memberikan obat filariasis melalui training dan supervisi.
Cakupan pengobatan massal lebih tinggi dari cakupan survei	<ul style="list-style-type: none">▪ Kader tidak betul melaporkan angka penduduk yang minum obat.▪ Jumlah penduduk di IU dan jumlah sasaran pengobatan massal tidak betul atau telah berubah, atau penduduk dari luar IU juga meminum obat dan dicatat sebagai penduduk di IU.	<ul style="list-style-type: none">▪ Memperbaharui motivasi dan kemampuan kader dalam memberikan obat filariasis melalui training dan supervisi.▪ Tanyakan kepada kader apakah benar ada penduduk di luar IU yang tercatat sebagai sasaran pengobatan massal di IU yang dilaporkan kemudian keluarkan penduduk tersebut dari pencatatan.
Cakupan pengobatan massal lebih rendah dari cakupan survei	<ul style="list-style-type: none">▪ Jumlah penduduk di IU dan jumlah sasaran pengobatan massal tidak betul atau sudah berubah.	<ul style="list-style-type: none">▪ Perbaiki data jumlah penduduk tersebut.
Cakupan pengobatan massal dan cakupan survei keduanya tinggi	<ul style="list-style-type: none">▪ Sistem pencatatan sudah baik▪ Masyarakat dan kader telah termotivasi dengan baik.▪ Semua aparat yang terlibat dalam pengobatan massal berada di tempat dan bekerja dengan baik.	<ul style="list-style-type: none">▪ Pertahankan hasil pengobatan massal yang sudah baik tersebut sampai pengobatan tahun berikutnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Desa Sentinel dan Spot Cek

a. Cakupan Pengobatan Massal

- 1) Cakupan pengobatan dengan denominator jumlah seluruh penduduk, yaitu:

Cakupan pengobatan:

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang meminum obatnya}}{\text{Jumlah seluruh penduduk di desa}} \times 100$$

- 2) Cakupan pengobatan dengan denominator jumlah penduduk yang harus minum obat, yaitu :

Cakupan Pengobatan :

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang meminum obatnya}}{\text{Jumlah penduduk sasaran pengobatan massal}} \times 100$$

Cakupan Pengobatan Massal Desa Sentinel dan Spok Cek sebagaimana tercantum dalam Formulir-7 (terlampir).

b. Cakupan Survei

- 1) Tujuan

Evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai kebenaran hasil cakupan pengobatan massal di sentinel dan spot cek.

- 2) Pelaksana

Propinsi atau kabupaten/kota yang independen.

- 3) Waktu

Setiap tahun, satu bulan setelah pengobatan massal.

- 4) Lokasi

Desa sentinel dan desa spot cek

- 5) Metoda

Tetapkan desa sentinel dan spot yang akan disurvei, kemudian tentukan rumah pertama yang akan disurvei selanjutnya survei dilaksanakan disekitar rumah pertama hingga responden mencapai 500 orang.

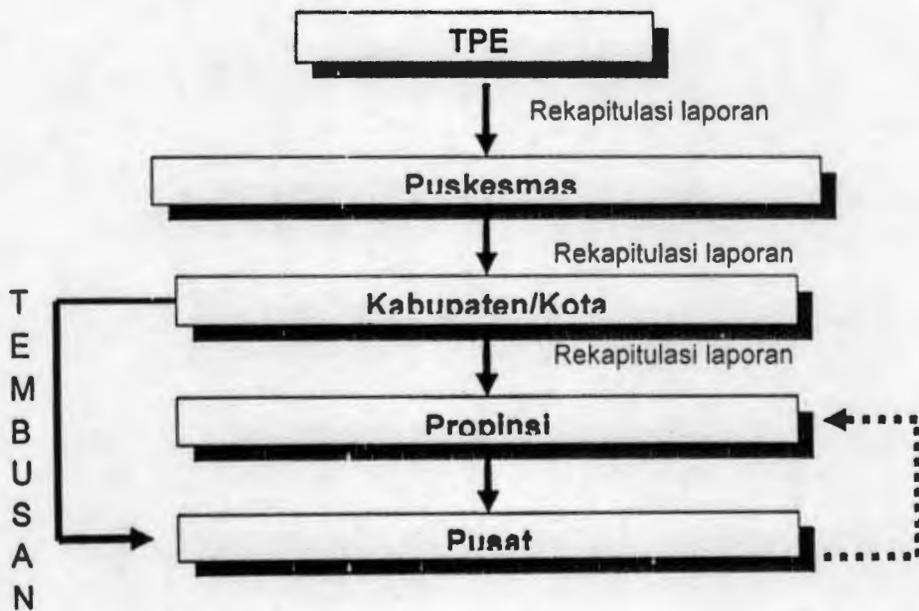
Survey cakupan desa sentinel dan desa spot sebagaimana tercantum dalam Formulir-8 (terlampir).

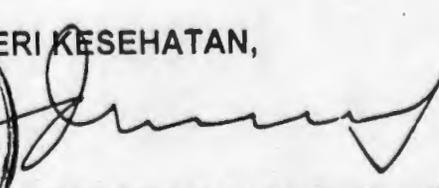


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VIII. PENCATATAN PELAPORAN

Dalam pelaksanaan pengobatan massal, perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan yang berguna untuk memberikan informasi hasil kegiatan sebagai bahan masukan dalam mengambil kebijakan selanjutnya. Alur pelaksanaan Pencatatan Pelaporan dalam pelaksanaan pengobatan massal dapat digambarkan sebagai berikut :



MENTERI KESEHATAN,

Dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

Formulir-1

Formulir 1. Kebutuhan Bahan dan Obat

Propinsi :
 Kabupaten/kota :
 Puskesmas :
 Nama Desa :
 Jumlah Penduduk Desa :
 Tahun :

No	Uraian	Kebutuhan / 100 Penduduk	Jumlah
1.	Bahan : a. Administrasi b. Kartu Pengobatan c. Form laporan TPE*	1 paket 20 kartu 2 lembar/TPE	
2.	Obat : a. Obat Utama - DEC - Albendazole 400 mg - Parasetamol b. Obat Reaksi Pengobatan: - Parasetamol 500 mg - CTM 4 mg - Vitamin B6 10 mg - Amoksisilin 500 mg - Antibiotika salep 10 gram - Kortikosteroid Injeksi - Adrenalin Injeksi - Infus set - Cairan infuse ringer laktat	275 tablet 110 tablet 100 tablet 45 tablet 45 tablet 45 tablet 30 tablet 2 tube 1/10.000 pddk 1/10.000 pddk 1/10.000 pddk 1/10.000 pddk	

* Tenaga Pelaksana Eliminasi/Kader

**Serious Adverse Experience (SAE)
(Efek Samping Berat)**

Tanggal Laporan dibuat : / /

1. Sumber Laporan (Puskesmas)

Nama Puskesmas :
 Nama Pelapor :
 Jabatan :
 Alamat :
 No. Telepon :
 Alamat E-mail :

No. Fax :

2. Data Pasien

Nama :
 Umur : Lk/Pr
 Alamat :

Keluhan penderita (sebelum minum obat Filariasis).....

Limfatik Filariasis: Kasus klinis Kasus Asimtomatik Diduga
 Tidak tahu

Jika kasus, periksa darahnya untuk dinilai :
 Kepadatan mikrofilaria.....mf/mL

Parasit selain filaria dalam darah:

Penyakit-penyakit yang sedang diderita :

Obat lain yang diminum sebelum terjadinya SAE
 Kapan meminum obat tersebut.....

Riwayat Penyakit sebelumnya :

Status Klinis.....

Hasil Laboratorium.....

3. Riwayat Pengobatan Massal Filariasis

Tanggal Pengobatan :
 Dosis Albendazole : tablet
 Dosis DEC : tablet
 (Dosis berdasarkan umur/ berat badan)

Apakah ini pengobatan massal Filariasis pertama dengan DEC dan Albendazole?
 Ya Tidak

Jika tidak, berikan tanggal pengobatan terdahulu.....
 Status Klinis saat pengobatan terdahulu.....

4. Penjelasan Serious Adverse Experience (SAE)

Tanggal munculnya gejalaJam/hari
(setelah pengobatan massal Filariasis)

Gejala :

Tanda :

Pemeriksaan Fisik :

Hasil pemeriksaan laboratorium atau hasil tes lainnya :
.....

Pengobatan :

Ringkasan P erawatan di RS (alasan dirawat, tes diagnostik, diagnosis, pengobatan dan hasil pengobatan), berikan nama RS, kekerapan kehadiran dokter, alamat dan no. telepon/fax.

.....
.....

Kecacatan berat/menetap (jelaskan).....
.....
.....

Kematian (gunakan halaman tambahan jika diperlukan untuk melengkapi jawaban).....
.....

Urutan kejadian, temuan klinis, prosedur diagnostik, pengobatan dan kesimpulan.....
.....
.....

Pemeriksaan laboratorium dan hasilnya / Interpretasi
.....
.....
.....

Pemeriksaan pasca kematian meliputi penemuan klinis, hasil laboratorium, pengambilan spesimen untuk penelitian tambahan, kesimpulan :
.....
.....

Kesimpulan oleh pembuat SAE

Apakah DEC/Albendazole penyebab SAE?

- Ya Tidak Tidak tahu

Jika ya, jelaskan alasannya.....
.....
.....

CAKUPAN PENGOBATAN MASSAL

KABUPATEN (IU) :

TAHUN PENGOBATAN :

No	KECAMATAN	TAHUN PENGOBATAN	JLH PENDUDUK	JLH SASARAN PENGOBATAN	JLH PDDK MINUM OBAT	CAKUPAN PENGOBATAN (%)		JLH DESA	CAKUPAN GEOGRAFIS	
						% (JLH PENDUDUK) ¹	% (JLH SASARAN PENGOBATAN) ²		JLH DESA YANG DIOBATI	% (DESA YANG DIOBATI) ³
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k

1) $g = f/d \times 100$

2) $h = f/e \times 100$

3) $k = j/i \times 100$

Mengetahui
Kadinkes Kabupaten

(
Nip.)

KUESIONER SURVEI CAKUPAN

DI KABUPATEN

Propinsi
Kabupaten
Kecamatan
Puskesmas
Desa

Tanggal
Nama Pewawancara
Nama Kepala Keluarga

No	NAMA	UMUR		APAKAH SETIAP ANGGOTA KELUARGA MINUM OBAT FILARIASIS						
		LK	PR	YA	TIDAK					
					BUKAN SASARAN PENGOBATAN			TERMASUK SASARAN PENGOBATAN		
					< 1 TH	HAMIL	SAKIT BERAT	MENOLAK	TIDAK TAHU	TIDAK DITEMPAT

Mengetahui,
Kadinkes Propinsi

()
Nip.

CAKUPAN PENGOBATAN MASSAL
 DI DESA SENTINEL & DESA SPOT CEK
 PUSKESMAS :
 KECAMATAN :
 KABUPATEN (IU).....

No	NAMA DESA	TAHUN PENGOBATAN	JLH PENDUDUK	SASARAN PENGOBATAN JLH	JLH PDDK MINUM OBAT	CAKUPAN PENGOBATAN (%)	
						% (JLH PENDUDUK) ¹	% (JLH SASARAN PENGOBAT AN) ²
a	b	c	d	e	f	g	h
	Sentinel a. b.						
	Spot Cek a. b.						

- 1) $g = f/d \times 100$
 2) $h = f/e \times 100$

Mengetahui
 Kadinkes Kabupaten

(
 Nip.)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Lampiran V
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal: 18 November 2005

PEDOMAN PENATALAKSANAAN KASUS KLINIS FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di Indonesia, berdasarkan survei yang dilaksanakan pada tahun 2000-2004, terdapat lebih dari 8000 orang menderita klinis kronis filariasis (elephantiasis) yang tersebar di seluruh propinsi. Secara epidemiologi, data ini mengindikasikan lebih dari 60 juta penduduk Indonesia berada di daerah yang berisiko tinggi tertular filariasis, dengan 6 juta penduduk diantaranya telah terinfeksi. Besarnya jumlah kasus filariasis dilaporkan tersebut memerlukan penatalaksanaan yang memadai sebagaimana tercantum dalam strategi eliminasi filariasis di Indonesia. Penatalaksanaan kasus filariasis memerlukan kerja keras berbagai pihak, terutama petugas kesehatan, penderita dan keluarganya, serta masyarakat luas.

B. Tujuan Umum

Untuk mencegah dan membatasi kecacatan karena filariasis, dan agar penderita mampu hidup lebih baik serta dapat berpartisipasi aktif dalam kehidupan bermasyarakat, baik sosial maupun ekonomi.

C. Tujuan Khusus

1. Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas, penderita filariasis dan keluarganya dalam penatalaksanaan kasus secara mandiri.
2. Menurunnya jumlah serangan akut pada kasus kronis.
3. Mencegah dan membatasi kecacatan

D. Pengertian

Yang dimaksud dengan kasus klinis filariasis adalah seseorang yang terinfeksi cacing filaria, dan sudah menunjukkan gejala-gejala klinis, baik gejala klinis akut maupun kronis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

II. PATOGENESIS, GEJALA KLINIS DAN PENENTUAN STADIUM LIMFEDEMA

A. Patogenesis

Perkembangan klinis filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringnya mendapat gigitan nyamuk, banyaknya larva infeksi yang masuk ke dalam 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 saluran limfe kecil yang terdapat di kulit.

Pada dasarnya perkembangan klinis filariasis tersebut disebabkan karena cacing filaria dewasa yang tinggal dalam saluran limfe menimbulkan pelebaran (dilatasi) saluran limfe bukan penyumbatan (obstruksi), sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik :

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. Keadaan ini dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
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), bahkan mudah berkembang biak dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
3. Kelenjar limfe tidak dapat menyaring bakteri yang masuk dalam kulit. Sehingga bakteri mudah berkembang biak dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
4. Infeksi bakteri berulang akan menyebabkan serangan akut berulang (*recurrent acute attack*) sehingga menimbulkan berbagai gejala klinis sebagai berikut :
 - a. Gejala peradangan lokal, berupa peradangan oleh cacing dewasa bersama-sama dengan bakteri, yaitu :
 - 1). Limfangitis, peradangan di saluran limfe.
 - 2). Limfadenitis, peradangan di kelenjar limfe
 - 3). Adeno limfangitis (ADL), peradangan saluran dan kelenjar limfe
 - 4). Abses (Lanjutan ADL)
 - 5). Peradangan oleh spesies *Wuchereria bancrofti* di daerah genital (alat kelamin) dapat menimbulkan epididimitis, funikulitis dan orkitis.
 - b. Gejala peradangan umum, berupa demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah dan lain-lainnya.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Kerusakan sistem limfatik, termasuk kerusakan saluran limfe kecil yang ada di kulit, menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengalirkan cairan limfe dari kulit dan jaringan ke kelenjar limfe sehingga dapat terjadi limfedema.
6. Pada penderita limfedema, 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

Gejala klinis filariasis terdiri dari gejala klinis akut dan kronis. Pada dasarnya gejala klinis filariasis yang disebabkan oleh infeksi *W. Bancroft*, *B. malayi* dan *B. 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. Abses dapat pecah dan kemudian mengalami penyembuhan dengan meninggalkan parut, terutama di daerah lipat paha dan ketiak. Parut lebih sering terjadi pada infeksi *B. malayi* dan *B. Timori* dibandingkan karena infeksi *W. bancrofti*, demikian juga dengan timbulnya limfangitis dan limfadenitis, tetapi sebaliknya, pada infeksi *W. bancrofti* sering terjadi peradangan buah pelir (orkitis), peradangan epididimis (epididimitis) dan peradangan funikulus spermatikus (funikulitis).

2. Gejala Klinis Kronis

Gejala klinis kronis terdiri dari limfedema, lymph scrotum, kiluria, dan hidrokel.

a. Limfedema

Pada infeksi *W. bancrofti*, terjadi pembengkakan seluruh kaki, seluruh lengan, skrotum, penis, vulva vagina dan payudara, sedangkan pada infeksi *Brugia*, terjadi pembengkakan kaki di bawah lutut, lengan di bawah siku dimana siku dan lutut masih normal.

b. Lymph Scrotum

Adalah pelebaran saluran limfe superfisial pada kulit scrotum, kadang-kadang pada kulit penis, sehingga saluran limfe tersebut mudah pecah dan cairan limfe mengalir keluar dan membasahi pakalan. Ditemukan juga lepuh (vesicles) besar dan kecil pada kulit, yang dapat pecah dan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

membasahi pakaian. Ini mempunyai risiko tinggi terjadinya infeksi ulang oleh bakteri dan jamur, serangan akut berulang dan dapat berkembang menjadi limfedema skrotum. Ukuran skrotum kadang-kadang normal kadang-kadang sangat besar.

c. Kiluria

Adalah kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah diginjal (pelvis renal) oleh cacing filaria dewasa spesies *W. bancrofti*, sehingga cairan limfe dan darah masuk ke dalam saluran kemih. Gejala yang timbul adalah sebagai berikut :

- 1) Air kencing seperti susu karena air kencing banyak mengandung lemak, dan kadang-kadang disertai darah (haematuria)
- 2) Sukar kencing.
- 3) Kelelahan tubuh.
- 4) Kehilangan berat badan.

d. Hidrokel

Adalah pelebaran kantung buah zakar karena terkumpulnya cairan limfe di dalam tunica vaginalis testis. Hidrokel dapat terjadi pada satu atau dua kantung buah zakar, dengan gambaran klinis dan epidemiologis sebagai berikut :

- 1) Ukuran skrotum kadang-kadang normal tetapi kadang-kadang sangat besar sekali, sehingga penis tertarik dan tersembunyi.
- 2) Kulit pada skrotum normal, lunak dan halus.
- 3) Kadang-kadang akumulasi cairan limfe disertai dengan komplikasi, yaitu komplikasi dengan Chyle (Chylocele), darah (Haematocele) atau nanah (Pyocele). Uji transluminasi dapat digunakan untuk membedakan hidrokel dengan komplikasi dan hidrokel tanpa komplikasi. Uji transluminasi ini dapat dikerjakan oleh dokter Puskesmas yang sudah dilatih.
- 4) Hidrokel banyak ditemukan di daerah endemis *W. bancrofti* dan dapat digunakan sebagai indikator adanya infeksi *W. bancrofti*.

C. Penentuan Stadium Limfedema

Limfedema terbagi dalam 7 stadium (Tabel 1) atas dasar hilang tidaknya bengkak, ada tidaknya lipatan kulit, ada tidaknya nodul (benjolan), *mossy foot* (gambaran seperti lumut) serta adanya hambatan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Penentuan stadium ini penting bagi petugas kesehatan untuk memberikan perawatan dan penyuluhan yang tepat kepada penderita.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

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 satu stadium limfedema.
3. Penentuan stadium limfedema berpihak pada tanda stadium yang terberat.
4. Penentuan stadium limfedema dibuat 30 hari setelah serangan akut sembuh.
5. Penentuan stadium limfedema dibuat sebelum dan sesudah pengobatan dan penatalaksanaan kasus.

**Tabel 1.
Stadium Limfedema**

	Gejala	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 5	Stadium 6	Stadium 7
1	Bengkak dikaki	menghilang waktu bangun tidur 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 lesions *)	tidak ada	tidak ada	tidak ada	tidak ada	tidak ada	ada	kadang-kadang
5	Hambatan berat	tidak	tidak	tidak	tidak	tidak	tidak	ya

*) Gambaran seperti lumut



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. TATALAKSANA KASUS KLINIS FILARIASIS

Tatalaksana kasus klinis filariasis terdiri dari pengobatan dan perawatan yang dikerjakan secara bersamaan untuk mendapatkan hasil yang optimal.

A. Pengobatan Kasus Klinis

Setiap kasus klinis filariasis di daerah endemis maupun daerah non endemis mendapatkan pengobatan sebagai berikut :

1. Diberikan DEC 3x1 tablet 100mg selama 10 hari berturut-turut dan parasetamol 3x1 tablet 500mg dalam 3 hari pertama untuk orang dewasa. Dosis anak disesuaikan dengan berat badan.
2. Kasus klinis dengan serangan akut atau kasus klinis kronis yang sedang mengalami serangan akut harus diobati terlebih dahulu serangan akutnya sesuai jenis serangan akut yang dialaminya, demikian juga terhadap infeksi sekunder.
3. Apabila penderita berada di daerah endemis, maka pada tahun berikutnya baru boleh diikuti sertakan dalam pengobatan massal dengan DEC, Albendazole dan parasetamol sekali setahun minimal 5 tahun secara berturut-turut. Penderita yang tinggal di daerah non endemis, tidak melaksanakan pengobatan massal.

B. Perawatan Kasus Klinis

Setelah mendapat pengobatan, maka setiap kasus filariasis mendapatkan perawatan sebagai berikut :

1. Perawatan Kasus Dengan Gejala Klinis Akut
 - a. Istirahat yang cukup dan banyak minum
 - b. pengobatan simtomatis demam, rasa sakit, dan gatal, dan sesuai dengan keadaan sakitnya diberikan antibiotika atau anti jamur lokal maupun sistemik
 - c. pembersihan luka dan lesi kulit, tetapi apabila terdapat abses perlu dilakukan insisi dan pengobatan
 - d. Pengobatan luka dan lesi di kulit dengan salep antibiotika atau anti jamur
 - e. Apabila dengan pengobatan simptomatis selama 3 hari keadaan penderita tidak membaik, maka dianjurkan untuk berobat ke Puskesmas atau Rumah Sakit.
2. Perawatan Kasus Dengan Gejala Klinis Kronis

Perawatan kasus dengan gejala kronis dilakukan berdasarkan kondisi masing-masing kondisi medis masing-masing kasus.

 - a. Limfedema
 - 1) Pencucian
 - 2) Pengobatan luka dan lesi di kulit
 - 3) Latihan (exercise)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 4) Meninggikan tungkai atau lengan yang sakit
- 5) Pemakaian alas kaki yang cocok
- 6) Pemakaian verban elastik
- 7) Pemakaian salep antibiotika dan salep anti jamur
- 8) Antibiotika sistemik
- 9) Bedah kosmetik

Dari komponen-komponen tersebut, penderita atau keluarganya dapat melaksanakan lima komponen pertama.

Langkah-langkah Perawatan Kasus Limfedema

1) Persiapan Bahan, Peralatan dan Obat

- Peralatan pencucian terdiri atas air bersih dalam temperatur ruangan, baskom, sarung tangan, sabun mandi, kursi, handuk, kasa atau verban, meteran kain, alas kaki
- Obat terdiri atas salep antibiotika, salep anti jamur, DEC, obat simptomatis, dan antibiotik)
- Kartu status perawatan kasus klinis (formulir)

2) Pemeriksaan Luka dan Lesi di Kulit

Luka atau lesi di kulit dicari disela jari-jari tangan dan kaki, telapak tangan dan kaki, lipatan kulit, pada bagian yang berlumut, payudara, buah zakar, vulva dan pada bagian tubuh lain yang bengkak.

3) Pengukuran Anggota Tubuh yang Bengkak

Diukur pada bagian yang paling bengkak dengan meteran kain pada jarak tertentu dari bagian tubuh yang telah ditetapkan (Fixed point). Misalnya ditetapkan lutut sebagai fixed point, kemudian diukur berapa jarak bagian terbengkak terhadap lutut.

4) Pelaksanaan Perawatan Kasus limfedema

Pada kasus limfedema, kebersihan dan pengobatan lesi merupakan prioritas tindakan dan diusahakan sedini mungkin pada bagian tubuh yang bengkak (kaki, lengan, payudara, buah zakar, vulva). Tindakan ini akan mengurangi jumlah dan kemampuan kuman menginfeksi kulit, sehingga tidak terjadi serangan akut dan tidak memperberat limfedema yang sudah ada.

Berikut adalah tata cara perawatan kasus limfedema yang harus dilakukan oleh penderita atau keluarganya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1) Pencucian

- a. Pencucian dilakukan pada semua limfedema (tungkai, lengan, skrotum, vulva, payudara) dan anggota tubuh yang normal. Anggota tubuh yang normal dicuci lebih dulu kemudian anggota tubuh yang bengkak (limfedema).
- b. Bila ada lebih dari satu limfedema, pencucian dimulai dari limfedema stadium terberat kemudian ke stadium yang lebih ringan.
- c. Untuk stadium 1, 2, 3 dan 4, pencucian dilakukan 1 kali sehari, pada malam hari. Untuk stadium 5, 6 dan 7 pencucian dilakukan 2 kali sehari, sesudah pulang kerja dan pada malam hari.

2) Pelaksanaan Pencucian

- a. Pencucian dapat dilakukan oleh penderita sendiri atau dibantu oleh orang lain.
- b. Sebelum mulai mencuci, bersihkan tangan terlebih dahulu.
- c. Penderita duduk di kursi yang sudah disiapkan, anggota tubuh bengkak (misalnya: kaki) diletakkan di baskom dan basahi dengan air bersih dalam suhu kamar
- d. Penolong atau penderita sendiri mengambil sabun mandi dan membasahi dengan air, kemudian digosokkan di tangan penolong sampai berbusa, kemudian busa sabun tersebut digosokkan pada kaki yang bengkak secara berulang-ulang sampai merata.
- e. Khusus lipatan kulit dalam, bagian berlumut dan sela-sela jari, dapat digunakan kasa/verban/kain bersih halus yang dibasahi air dan sabun mandi serta dibentuk seperti tali. Gosok bagian-bagian tersebut sehingga didapatkan penyabunan yang sempurna.
- f. Bilas dengan air bersih suhu kamar dari dimulai dari bagian atas ke bawah, berulang-ulang sampai air bilasan tampak jernih.



3) Pengeringan

Pengeringan dapat dilakukan dengan :

- a. Handuk
- b. Kipas
- c. Khusus untuk lipatan kulit, dan bagian yang berlumut serta sela-sela jari, pengeringan dapat menggunakan kasa/verban/kain bersih halus yang dibentuk seperti tali atau kipas angin





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4) Pengobatan Luka dan Lesi

Bila diketahui ada luka/lesi dikulit, sela-sela jari, lipatan kulit, bagian berlumut, telapak kaki dan luka/lesi di tempat lain harus diberi krim antibiotik/anti jamur, antiseptik



5) Meninggikan Anggota Tubuh yang Bengkak

- Tujuan memperlancar aliran limfe dan aliran darah.
- Dilakukan siang hari seperti pada saat mempersiapkan bahan-bahan masakan, menyusui, makan, berkumpul teman, menonton TV dan lain-lain.
- Dilakukan malam hari pada saat tidur dengan cara meletakkan bantal dibawah kasur pada bagian kaki



6) Latihan Anggota Tubuh yang Bengkak

- Tujuan memperlancar aliran limfe dan aliran darah.
- Gerakkan telapak kaki ke belakang, ke depan dan kemudian memutarnya. Latihan ini dapat dilakukan dimana saja, kapan saja dan tidak perlu biaya.
- Latihan tidak boleh dilakukan pada saat serangan akut.





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7) Pemakaian Alas Kaki

- a. Pakai selalu alas kaki yang cocok, tidak sempit dan dapat dibuka bagian atasnya.
- b. Jangan pakai alas kaki sempit karena dapat menimbulkan luka atau lecet, kuman dapat masuk dan terjadi serangan akut.



Perawatan Limfedema Stadium 1

1. Menjaga kebersihan bagian tubuh yang bengkak
2. Perawatan luka dan lesi di kulit dengan krim antibiotika atau anti jamur
3. Melakukan latihan (exercise) pada anggota tubuh yang bengkak.
4. Meningkatkan (elevasi) anggota tubuh bengkak
5. Pemakaian alas kaki yang cocok



Perawatan Limfedema Stadium 2

1. Menjaga kebersihan anggota tubuh yang bengkak
2. Perawatan luka dan lesi di kulit
3. Pelatihan anggota tubuh yang bengkak
4. Meningkatkan (elevasi) anggota tubuh bengkak saat tidur, nonton TV dan lain sebagainya
5. Pemakalan alas kaki yang cocok
6. Memakai verban elastis atau pembalutan saat melakukan aktivitas





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Perawatan Limfedema Stadium 3

1. Menjaga kebersihan anggota tubuh yang bengkak
2. Perawatan luka dan lesi di kulit jika ada
3. Pelatihan anggota tubuh yang bengkak
4. Meningkatkan (elevasi) anggota tubuh
5. bengkak saat tidur, nonton TV dan lain sebagainya
6. Pemakaian alas kaki yang cocok
7. Memakai verban elastis atau pembalutan saat melakukan aktivitas



Perawatan Limfedema Stadium 4

1. Menjaga kebersihan anggota tubuh yang bengkak
2. Perawatan luka dan lesi di kulit
3. Melakukan latihan (exercise) anggota tubuh yang bengkak
4. Meningkatkan tungkai yang bengkak
5. Pemakaian alas kaki yang cocok
6. Memakai verban elastis atau pembalutan
7. Salep antibiotik atau antijamur apabila diperlukan
8. Antibiotika sistemik apabila ada indikasi
9. Bedah kosmetik apabila ada indikasi medis



Perawatan Limfedema Stadium 5

1. Menjaga kebersihan anggota tubuh yang bengkak 2 kali sehari
2. Perawatan luka dan lesi di kulit
3. Menggerakkan anggota tubuh yang bengkak (exercise)
4. Meningkatkan (elevasi) tungkai yang bengkak
5. Pemakaian alas kaki yang cocok
6. Mengoleskan salep antibiotik atau anti jamur apabila diperlukan
7. Pembalutan sesuai saran petugas kesehatan





**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

8. Antibiotika sistemik apabila ada serangan akut
9. Bedah kosmetik apabila ada indikasi

Perawatan Limfedema Stadium 6

1. Membersihkan tungkai yang bengkak 2 kali sehari
2. Perawatan luka dan lesi di kulit
3. Lakukan latihan (exercise) bila memungkinkan
4. Meninggikan tungkai yang bengkak
5. Pemakaian alas kaki yang cocok
6. Oleskan salep antibiotik atau anti jamur setiap hari
7. Antibiotika sistemik apabila diperlukan
8. Bedah kosmetik apabila ada indikasi



Perawatan Limfedema Stadium 7

1. Membersihkan anggota tubuh yang bengkak 2 kali sehari
2. Perawatan luka dan lesi di kulit
3. Lakukan latihan (exercise) bila memungkinkan
4. Merubah posisi untuk menghindari dekubitus
5. Jika mungkin meninggikan tungkai yang bengkak setiap saat
6. Salep antibiotik dan anti jamur selalu diperlukan
7. Pembalutan tidak disarankan
8. Antibiotika sistemik selalu diperlukan
9. Bedah kosmetik apabila ada indikasi medis
10. Semua perawatan pada stadium 7 harus dilakukan dengan hati-hati.





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 2
Perawatan Limfedema Kaki

No	Komponen Pengobatan	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 5	Stadium 6	Stadium 7
1.	Kebersihan (cuci dan keringkan)	1 kali/ hari, malam	1 kali/ hari, malam	1 kali/ hari, malam	1 kali/ hari, malam	2 kali/ hari	2 kali/ hari	2 kali/ hari
2.	Perawatan lesi	ya, bila ada	ya, bila ada	ya, bila ada	ya, bila ada	ya, bila ada	ya, bila ada	ya, bila ada
3.	Latihan	ya	ya	ya	ya	jika mungkin	jika mungkin	jika mungkin
4.	Elevasi tungkai	biasa nya tidak perlu	siang, malam	siang, malam	siang, malam	siang, malam	jika mungkin siang, malam	jika mungkin siang, malam
5.	Alas kaki yang cocok	ya	ya	ya	ya	ya	ya	ya
6.	Pemalutan	pilihan	pilihan	pilihan	jika disa rankan	jika disa rankan	tidak	tidak
7.	Salep profilaksis	tidak	tidak	tidak	bila perlu	perlu	harus	harus
8.	Antibiotik sistemik (dokter)	tidak	tidak	tidak	tidak diperlu kan	diperlu kan bila ada serang an akut	selalu	selalu
9.	Bedah kosmetik	tidak	tidak	tidak	Jika ada indikasi medis	Jika ada indikasi medis	Jika ada indikasi medis	Jika ada indikasi medis

b. Lymph Scrotum

Perawatan Lymph Scrotum

- 1) Menjaga kebersihan buah zakar
- 2) Perawatan luka dan lesi dikulit dengan salep antibiotik atau anti jamur.
- 3) Bila ada serangan akut diobati dengan obat simptomatis.
- 4) Pengobatan individual DEC 100mg, 3x1 perhari selama 10 hari
- 5) Luka-luka di kulit dapat ditutup dengan verban steril.



c. Hidrokel

Perawatan hidrokel

- 1) Menjaga kebersihan di bagian buah zakar
- 2) Perawatan luka dan lesi jika ada
- 3) Dirujuk kerumah sakit untuk terapi bedah





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Konsensus Terapi Pembedahan Hidrokel di Setiap Level

Level 1

- 1) Level di masyarakat dan Puskesmas, dimana kasus skrotum bengkak (scrotal swelling) ditemukan.
- 2) Penderita melapor sendiri atau ditemukan oleh kader atau petugas Puskesmas.
- 3) Petugas Puskesmas dan kader di desa harus meningkatkan penemuan kasus skrotum bengkak untuk dirujuk ke level 2 (Rumah Sakit tipe C) untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Level 2

- 1) Rumah Sakit tipe C yaitu Rumah Sakit yang mempunyai dokter ahli bedah
- 2) Pembedahan hidrokel tanpa penyulit (*simple hydrocele*) dapat dikerjakan di Rumah Sakit ini oleh dokter ahli bedah/dokter umum yang sudah dilatih. Operasi hidrokel tanpa penyulit (*simple hydrocele*).
- 3) Fasilitas yang dibutuhkan adalah ruangan untuk operasi minor, anastesi lokal, ruangan observasi paska operasi dan resusitasi dasar
- 4) Kewenangan di level 2 :
 - (a) Paramedis RS tipe C dapat mendeteksi kasus skrotum bengkak yang disebabkan karena akumulasi cairan limfe di tunica vaginalis testis.
 - (b) Dokter di RS tipe C dapat melakukan uji transilluminasi :
 - Hasil test positif berarti hidrokel tanpa penyulit dan dapat di operasi di level 2
 - Hasil test negatif berarti hidrokel dengan penyulit dan harus dikirim ke level 3.
 - (c) Apabila didapatkan penderita hidrokel pada anak, hidrokel dengan HIV positif, hidrokel dengan diagnosa tidak jelas, maka pasien tersebut dirujuk ke level 3.

Level 3

- 1) Di Rumah Sakit tipe B.
- 2) Untuk operasi hidrokel dengan penyulit dan pasien yang mempunyai masalah serius.
- 3) Fasilitas harus tersedia yaitu ruangan untuk operasi besar, anaestesi umum, tim yang berpengalaman dalam operasi hidrokel dengan penyulit atau mempunyai dokter ahli urologi.
- 4) Bagi daerah yang tidak memiliki RS Pemerintah dapat bekerjasama dengan RS swasta yang memiliki fasilitas seperti tercantum diatas.

Penegakan Diagnosa Hidrokel

1) Anamnesa

Ada riwayat pembesaran skrotum yang menetap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2) Pemeriksaan fisik

(a) Inspeksi

- Pembesaran skrotum
- Hidrokel memiliki kulit normal, tipis dan mengkilat
- limfedema skrotum memiliki kulit tebal seperti kulit jeruk

(b) Palpasi

- Hidrokel memiliki batas atas tegas, testis tidak teraba, fluktuasi positif
- Hernia memiliki batas atas masuk ke perut, testis teraba, isi dapat keluar masuk.

(c) Transilluminasi

- Hidrokel tanpa penyulit akan menunjukkan uji transilluminasi positif.
- Hidrokel dengan penyulit akan menunjukkan uji transilluminasi negatif.
- Yang termasuk hidrokel dengan penyulit antara lain *chylocele*, *pyocele*, *hematocele* dan penebalan tunika vaginalis.

(d) Auscultasi

- Hidrokel menunjukkan bising usus negatif.
- Hernia menunjukkan bising usus positif.

Indikasi Operasi Penderita Hidrokel

- 1) Mengganggu pekerjaan
- 2) Mengganggu aktivitas seksual
- 3) Mengganggu berkemih
- 4) Efek sosial terhadap keluarga

Jenis-Jenis Operasi Hidrokel

- 1) Bergmann Wingklemann melakukan eksisi tunica vaginalis sebanyak mungkin dan membaliknya untuk hidrokel yang besar, tetapi tidak melakukan eksisi tunica vaginalis dan hanya membalik tunica vaginalis untuk hidrokel kecil.
- 2) Lord tidak melakukan eksisi tunica vaginalis tetapi melakukan pengecilan tunica vaginalis dengan merempel (memotong bagian tunica vaginalis kemudian dijahit kembali dengan melipat bagian tepi bekas potongan) untuk hidrokel yang kecil.

c. Kiluria

Perawatan Kiluria

- 1) Diet rendah lemak, tinggi protein
- 2) Banyak minum air, minimal 2 gelas per jam selama air kencing seperti susu
- 3) Istirahat yang cukup



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 4) Bila demam, atau kiluria lebih dari 30 hari walaupun sudah diberikan diit rendah lemak, atau disertai kencing warna merah dianjurkan untuk dirujuk ke Puskesmas/Rumah Sakit.

d. Limfedema Skrotum

Perawatan Limfedema Skrotum

- 1) Membersihkan skrotum minimal 2 kali sehari
- 2) Perawatan luka dan lesi pada kulit skrotum
- 3) Salep antibiotika atau anti jamur untuk luka dan lesi di kulit skrotum.
- 4) Dirujuk ke Rumah Sakit untuk terapi bedah



3. Evaluasi Perawatan Kasus Klinis Filariasis

Penilaian keberhasilan perawatan kasus klinis filariasis dapat diketahui berdasarkan pemeriksaan penderita.

a. Tujuan

- 1) Mengetahui kemampuan penderita dan keluarganya dalam melakukan perawatan mandiri
- 2) Mengetahui apakah kegiatan perawatan pokok telah dilaksanakan dengan baik
- 3) Mengetahui kemajuan penyakit penderita

b. Parameter

Parameter yang dinilai adalah sebagai berikut :

- 1) Kemampuan penderita dan keluarganya dalam melakukan perawatan
- 2) Frekuensi pelaksanaan oleh penderita atau keluarganya.
- 3) Frekuensi serangan akut
- 4) Berkurang atau hilangnya limfedema

c. Jadwal Evaluasi

Evaluasi dilakukan sesuai dengan jadwal berikut :

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| Evaluasi I | : 2 minggu setelah mulai perawatan |
| Evaluasi II | : 2 minggu setelah evaluasi I |
| Evaluasi III & IV | : setiap bulan |
| Evaluasi V, VI & VII | : setiap 3 bulan |
| Evaluasi selanjutnya | : setiap 6 bulan |

d. Pelaksana

Petugas Puskesmas dibantu Tenaga Pembantu Eliminasi/TPE



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Tujuan penatalaksanaan kasus filariasis adalah untuk mencegah dan membatasi kecacatan karena filariasis, dan agar penderita mampu hidup lebih baik serta dapat berpartisipasi aktif dalam kehidupan bermasyarakat, baik sosial maupun ekonomi. Untuk mengetahui keberhasilan penatalaksanaan kasus tersebut diperlukan perekaman status dan perkembangan klinis penderita dan untuk keperluan evaluasi program penatalaksanaan kasus filariasis perlu adanya pencatatan dan pelaporan kegiatan yang teratur dan sistematis dengan kegiatan yang terdiri dari kegiatan Perekaman Status Klinis Kronis Filariasis, Pemeriksaan Kemajuan Perawatan Filariasis dan Pencatatan dan Pelaporan Kasus Klinis Kronis Filariasis

A. Perekaman Status Klinis Kasus Filariasis

Kasus klinis kronis filariasis yang ditemukan oleh petugas kesehatan, baik di sarana kesehatan maupun pada saat kegiatan lapangan, dilakukan wawancara dan pemeriksaan, pengobatan dan penyuluhan serta dicatat dalam **Formulir Status Klinis Kasus Filariasis** sebagaimana tercantum dalam Formulir-1 (terlampir).

B. Pemeriksaan Kemajuan Perawatan Kasus Filariasis

Secara teratur penderita filariasis melakukan konsultasi dengan mendatangi Puskesmas atau pos pelayanan kesehatan lainnya, atau petugas melakukan kunjungan rumah. Diharapkan konsultasi dilakukan setiap bulan dan hasil konsultasi direkam dalam **Formulir Kemajuan Perawatan Kasus Filariasis** sebagaimana tercantum dalam Formulir-2 (terlampir).

C. Pencatatan dan Pelaporan Data Kasus Klinis Kronis Filariasis

Data Status Klinis Filariasis dan Pemeriksaan Kemajuan Perawatan Filariasis pada konsultasi terakhir setiap tahun berjalan dipindahkan ke dalam **Formulir Pencatatan dan Pelaporan Data Kasus Filariasis** sebagaimana tercantum dalam Formulir-3 dan Formulir-4 (terlampir). Data pada formulir ini, menjadi dasar penetapan Penatalaksanaan Kasus Filariasis sebagaimana yang ditetapkan sebagai Indikator eliminasi filariasis dan Indikator Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota bidang Kesehatan.



MENTERI KESEHATAN,

Dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

Formulir Status Klinis Filariasis

I. DATA UMUM

- 1. Nama : _____
- 2. Umur : _____ tahun
- 3. Jenis kelamin : L/P
- 4. Pekerjaan : _____
- 5. Alamat : _____
- 6. Puskesmas : _____
- 7. Pemeriksa : _____
- 8. Tanggal pemeriksaan : ____/____/____

Beri tanda (V) pada kolom yang tersedia, coret yang tidak perlu dan isilah titik-titik pada pernyataan di bawah ini.

II. JENIS & LOKASI KELAINAN

- Limfedema tungkal/lengan, dibawah lutut/siku (kanan/kiri)
- Limfedema seluruh tungkal/lengan (kanan/kiri)
- Limfedema skrotum/penis
- Limfedema payudara/vulva
- Lymph scrotum
- Hidrokel
- Kiluria

Tahun mulai pembengkakan

III. ANAMNESIS

1. Apakah pernah mengalami gejala klinis akut dibawah ini ? Berapa frekwensi serangan pada 6 bulan terakhir ini ?

Gejala Klinis Akut	Frekwensi Serangan pada 6 Bulan Terakhir					
<input type="checkbox"/> demam berulang	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x
<input type="checkbox"/> abses	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x
<input type="checkbox"/> limfangitis	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x
<input type="checkbox"/> funikulitis	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x
<input type="checkbox"/> limfadenitis	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x
<input type="checkbox"/> epididimitis	<input type="checkbox"/> 0x	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> >4x

- adenolimfangitis 0x 1x 2x 3x 4x >4x
 orkitis 0x 1x 2x 3x 4x >4x

2. Apakah pernah mendapat Pengobatan dengan DEC ?

- pernah tidak pernah
 kalau pernah di manakapan.....

IV. PEMERIKSAAN BADAN

1. Pengukuran Anggota Tubuh Yang Bengkak

- Tungkai atas, ukuran lingkaran....cm,cm dari lutut
 Tungkai bawah, ukuran lingkaran....cm, ...cm dari lutut
 Lengan atas ukuran lingkaran....cm,cm dari siku
 Lengan bawah, ukuran lingkaran....cm,....cm dari siku
 Seluruh tungkai, ukuran lingkaran....cm,cm dari lutut
 Seluruh lengan, ukuran lingkaran....cm,cm dari siku

(Diukur pada bagian yang paling bengkak dengan meteran kain pada jarak tertentu dari bagian tubuh yang telah ditetapkan (fixed point, misalnya ditetapkan lutut), catat juga jarak bagian terbengkak tersebut terhadap fixed point)

2. Apakah ada jaringan parut (filarial scar) ?

- ada tidak ada
 kalau ada dimana lokasinya.....

3. Suhu tubuh saat ini derajat Celsius

4. Apakah ada luka dan lesi di kulit

- ada tidak ada
 kalau ada dimana Lokasinya.....

5. Tanda-tanda stadium limfedema yang ditemui

- Bengkak hilang waktu bangun tidur pagi
 Bengkak tidak hilang waktu bangun tidur pagi
 Lipatan kulit dangkal
 Benjolan di kulit
 Lipatan kulit dalam
 Gambaran seperti lumut
 Tidak dapat melaksanakan tugas sehari-hari

V. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Hasil Survei Darah Jari (microfilaria) positif negatif

VI. DIAGNOSIS STADIUM LIMFEDEMA

- Limfedema stadium 1
- Limfedema stadium 2
- Limfedema stadium 3
- Limfedema stadium 4
- Limfedema stadium 5
- Limfedema stadium 6
- Limfedema stadium 7

VII. PENGOBATAN DAN PERAWATAN YANG DIBERIKAN

- Pencucian
- Perawatan luka/lesi di kulit
- Mengerakkan anggota tubuh yang bengkak
- Meninggikan anggota tubuh yang bengkak
- Pemakaian alas kaki yang cocok

VIII. PENGOBATAN DAN PERAWATAN YANG LAIN

Formulir Pencatatan dan Pelaporan Data Kasus Filariasis																						
Puskesmas/Kecamatan : _____																						
Kabupaten/Kota-Propinsi : _____																						
No	Nama	Alamat	Desa	Umur		Tahun Ditemukan	Limfedema		Stadium	Hidrokel	Tahun Mulai Sakit	Tahun Mulai Tinggi	Kemajuan Perawatan									
				L	P		Lokasi (kode)	Tahun :					Keterangan	Operasi Hidrokel	Frek. Srg Akut	Lingkar Bengkok	Kali Konsultasi					

* Coret yang tidak sesuai

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 1 = Lengan dibawah siku kiri | 8 = Seluruh kaki kanan |
| 2 = Lengan dibawah siku kanan | 9 = Payudara kiri |
| 3 = Kaki dibawah lutut kiri | 10 = Payudara kanan |
| 4 = Kaki dibawah lutut kanan | 11 = Vulva |
| 5 = Seluruh lengan kiri | 12 = Penis |
| 6 = Seluruh lengan kanan | 13 = Skrotum |
| 7 = Seluruh kaki kiri | |

Stadium : Kiri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Kanan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Mengetahui
Ka. Puskesmas

(.....)

Formulir-3



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran VI
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN PROMOSI KESEHATAN DALAM ELIMINASI FILARIASIS

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Cacing tersebut hidup di saluran dan kelenjar getah bening dengan manifestasi klinik akut berupa demam berulang, peradangan saluran dan kelenjar getah bening. Pada stadium lanjut dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan, payudara dan alat kelamin, baik pada laki-laki maupun perempuan. Gejala klinis akut dan kronis dari penyakit ini dapat menurunkan derajat kesehatan dan kualitas sumber daya manusia, sehingga menurunkan produktivitas, yang mengakibatkan kerugian ekonomi yang cukup besar karena penderita tidak dapat bekerja secara optimal dalam waktu yang lama (seumur hidup).

Hampir seluruh wilayah Indonesia mempunyai resiko untuk terjangkit filariasis, karena cacing penyebab dan nyamuk penularnya tersebar luas. Filariasis di beberapa daerah di Indonesia dikenal sebagai penyakit "boah besar" di Alor, penyakit "untut" di Jambi dan Kalimantan Barat, penyakit "tiba" di Sulawesi Tengah. Sumber penularan adalah orang yang di dalam darahnya mengandung microfilaria baik dengan maupun tanpa gejala klinis.

Pada tahun 2000, WHO telah menetapkan kesepakatan global untuk mengeliminasi filariasis (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*). Indonesia sepakat untuk melakukan program eliminasi filariasis yang dilaksanakan secara bertahap mulai tahun 2002.

Untuk keberhasilan program ini harus dilakukan berbagai upaya terutama promosi kesehatan secara paripurna (komprehensif). Kebijakan nasional promosi kesehatan diharapkan dapat berfungsi sebagai acuan bagi penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan, baik di pusat maupun di daerah. Kebijakan nasional promosi kesehatan juga diharapkan dapat menjadi acuan bagi para penentu kebijakan di provinsi dan kabupaten/kota serta pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholders) lainnya, termasuk unsur-unsur masyarakat, LSM, organisasi profesi, dunia usaha, dll. Dalam menyusun rancangan strategis serta pengelolaan dan pelaksanaan promosi kesehatan secara efisien dan efektif untuk mencapai Indonesia Sehat 2010.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Buku ini dimaksudkan sebagai pedoman umum bagi petugas kesehatan dan petugas sektor terkait dalam menyelenggarakan promosi kesehatan tentang eliminasi filariasis di wilayahnya. Dalam pelaksanaannya harus berbasis masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.

B. Analisa Perilaku

Program eliminasi filariasis bertujuan untuk menurunkan prevalensi (Mf-rate) hingga < 1%, melalui pengobatan massal sekali setahun selama 5 tahun di daerah endemis dan penatalaksanaan kasus klinis, sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat lagi. Dalam pelaksanaannya berbagai permasalahan perilaku dapat dijumpai antara lain:

1. Beberapa pengambil keputusan di daerah belum menyadari kerugian ekonomi akibat filariasis sehingga belum memprioritaskan kegiatan ini, yang mengakibatkan biaya operasional tidak/kurang mencukupi.
2. Adanya anggapan dari sebagian penduduk bahwa penyakit ini disebabkan oleh guna-guna atau kutukan sehingga tidak perlu diobati oleh petugas kesehatan, tetapi masyarakat beralih ke dukun.
3. Kurangnya partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan dan pengambilan darah pada malam hari.
4. Adanya efek samping pengobatan menyebabkan masyarakat tidak mau melanjutkan pengobatan sampai tuntas.
5. Kurangnya peran serta masyarakat dalam mencegah filariasis misalnya dengan cara menghindarkan diri dari gigitan nyamuk, menghilangkan tempat-tempat berkembangbiak nyamuk dan memeriksakan diri ke Puskesmas bila ada tanda-tanda filariasis.
6. Jarak tempat tinggal masyarakat jauh dari Puskesmas sehingga untuk mendatangi masyarakat memerlukan biaya transportasi yang cukup mahal.

C. Tujuan

Promosi kesehatan secara umum bertujuan untuk meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat, serta terciptanya lingkungan yang kondusif. Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka tujuan promosi kesehatan dalam eliminasi filariasis meliputi :

1. Tujuan umum

Tersosialisasinya program eliminasi filariasis sehingga para pengambil keputusan, program, sektor dan LSM terkait serta masyarakat mendukung dan berperan aktif dalam penyelenggaraan program eliminasi filariasis sesuai potensi spesifik masing-masing daerah.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Tujuan Khusus

1. Pemerintah daerah mendukung program eliminasi dan mengalokasikan dana yang cukup untuk pelaksanaan eliminasi filariasis di wilayahnya.
2. Program dan sektor lain yang terkait serta LSM secara bersama-sama bermitra untuk membantu program eliminasi filariasis.
3. Setiap penduduk bersedia datang untuk memeriksakan diri dan diambil darahnya pada malam hari.
4. Setiap penduduk di daerah endemis filariasis bersedia minum obat sekali setahun selama 5 tahun sesuai dengan dosis yang telah ditentukan oleh petugas kesehatan.
5. Setiap penderita filariasis mau memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan dan melaksanakan perawatan secara mandiri dan terus-menerus.
6. Setiap penduduk bersedia mengajak anggota keluarga dan tetangga untuk memeriksakan diri dan minum obat sesuai yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.
7. Meningkatkan P SP (Pengetahuan, S ikap d an P erilaku) masyarakat tentang eliminasi filariasis.
8. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam eliminasi filariasis dan pencegahannya.

D. Sasaran

Sasaran promosi/promosi kesehatan dalam eliminasi filariasis adalah :

1. Sasaran Primer

Kelompok masyarakat yang diharapkan mau melaksanakan kegiatan eliminasi filariasis (minum obat sesuai dosis sekali setahun selama 5 tahun, merawat/menjaga kebersihan diri bagi penderita kronis dan mencegah gigitan nyamuk).

2. Sasaran Sekunder

Kelompok yang mempunyai pengaruh, baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap sasaran primer dalam pelaksanaan program eliminasi filariasis seperti petugas kesehatan dari program lain (lintas program), petugas dari sektor lain (lintas sektor), PKK, Kepala Desa/Lurah, TOMA, TOGA, Ketua RW/RT, dan lain-lain.

3. Sasaran Tersier

Para pengambil keputusan, penentu kebijakan dan penyandang dana yang diharapkan memberikan dukungan baik secara politis, kebijakan maupun dana untuk mewujudkan program eliminasi filariasis di wilayahnya, antara lain Gubernur, Bupati/Walikota, DPRD Propinsi maupun Kabupaten/Kota, Bappeda Propinsi, maupun Kabupaten/Kota, Camat, pengelola media cetak dan elektronika, dunia usaha, dan organisasi profesi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

II. PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DALAM ELIMINASI FILARIASIS

A. Kebijakan

1. Keberhasilan eliminasi filariasis tergantung pada para Penentu Kebijakan (*Stakeholders*). Dalam merencanakan program Eliminasi Filariasis sesuai masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah memberikan dukungan politis, menyediakan anggaran, sarana dan prasarana serta menggerakkan semua potensi yang ada.
2. Keberhasilan eliminasi filariasis juga tergantung dari kesadaran masyarakat untuk mau minum obat DEC dan Albendazole sekali setahun selama 5 tahun dan melakukan perawatan bagi kasus kronis. Oleh sebab itu kegiatan promosi kesehatan merupakan bagian penting dan tidak terpisahkan dari program eliminasi filariasis.
3. Kegiatan promosi dalam program eliminasi filariasis diarahkan untuk menggali dan menggerakkan seluruh potensi yang ada di masyarakat dengan melibatkan secara aktif berbagai sektor yang terkait.
4. Kegiatan promosi dalam program eliminasi filariasis menggunakan berbagai metode KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) serta dilaksanakan melalui berbagai jalur komunikasi yang dapat di manfaatkan secara optimal dalam memobilisasi masyarakat guna mensukseskan program eliminasi filariasis.

B. Strategi

Strategi promosi kesehatan meliputi tiga hal ABG, yaitu ; Advokasi, Bina suasana dan Gerakan masyarakat.

1. Advokasi Eliminasi Filariasis

- Adalah suatu upaya yang sistimatis dan terorganisir untuk melancarkan suatu aksi.
- Tujuan : diperolehnya dukungan politis terhadap perubahan kebijakan dalam eliminasi filariasis oleh pengambil keputusan dan berbagai pihak terkait secara konsisten dan terus menerus.

a. Metoda dan cara yang digunakan

- 1) Sarasehan
- 2) Seminar
- 3) Pendekatan personal (lobby)
- 4) Dialog Interaktif melalui media (Radio, TV, dan lain-lain)
- 5) Lokakarya
- 6) Demonstrasi
- 7) Kunjungan lapangan
- 8) Studi banding
- 9) Rapat koordinasi

b. Sasaran Utama Advokasi

- 1) Gubernur/Bupati/Walikota dan para jajarannya
- 2) DPRD (Komisi yang membidangi kesehatan)
- 3) BAPPEDA



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 4) Pengelola media cetak dan elektronik
- 5) LSM
- 6) Dunia usaha
- 7) Tokoh Agama/Masyarakat/PKK, Organisasi Profesi
- 8) Dinas-dinas lintas sektor
- 9) Pengelola media tradisional (Kesenian daerah)

c. Hasil yang diharapkan

- 1) Adanya dukungan politis, kebijakan, dan sumber daya (SDM, Dana, Sumber Daya lainnya) dalam Program Eliminasi Filariasis.
- 2) Terbentuknya forum komunikasi/komite/Pokja yang beranggotakan lembaga pemerintah, swasta, LSM, Dunia usaha, untuk membahas dan memberi masukan strategi eliminasi filariasis.

2. Bina Suasana (*Social Support*)

Adalah suatu upaya sistematis dan terorganisir untuk menjalin kemitraan (kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan) dalam pembentukan opini positif tentang eliminasi filariasis dengan berbagai kelompok yang ada di masyarakat.

Sasaran Bina Suasana

- a. Wartawan media masa dan elektronik
- b. Organisasi Keagamaan
- c. Organisasi Kepemudaan
- d. LSM
- e. PKK
- f. Kelompok Profesi
- g. Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama
- h. *Public figure*

Metode dan cara yang digunakan

- a. Orientasi
- b. Pelatihan
- c. Kunjungan lapangan
- d. Jumpa pers
- e. Dialog terbuka/Interaktif di media Radio dan TV, Media Tradisional
- f. Lokakarya/Seminar
- g. Penulisan artikel di media massa cetak tentang Eliminasi Filariasis
- h. Khotbah ditempat peribadatan (masjid, gereja, wihara, pura, klenteng)

Hasil yang diharapkan

- a. Opini positif berkembang di masyarakat tentang pentingnya pengobatan dan perawatan kasus klinis dalam program eliminasi filariasis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Semua kelompok potensial di masyarakat ikut menyuarakan dan mendukung tentang pentingnya pengobatan penduduk dan perawatan kasus klinis filariasis.
- c. Adanya dukungan sumber daya (SDM, Dana, Sumber Daya lain) dari kelompok potensial di masyarakat.

3. Gerakan Masyarakat (*Empowerment*)

Adalah suatu upaya yang sistematis dan terorganisir untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat berdaya dan mandiri serta berperilaku sehat dengan memeriksakan diri, mengobati penduduk, merawat kasus klinis filariasis, serta menjaga kebersihan lingkungan.

Sasaran

- a. Masyarakat umum
- b. Keluarga khususnya keluarga penderita
- c. Ketua RT/RW, Kader kesehatan.
- d. Kelompok potensial/penyanggah dana setempat.

Metoda dan cara yang digunakan

- a. Promosi Individu
- b. Promosi Kelompok
- c. Promosi Massa :
 - Media Cetak : Poster, Leaflet, stiker, koran, dan lain-lain.
 - Media Elektronik : Radio, TV, Film, Video, dan lain-lain
 - Media Tradisional : Kesenian Daerah
- d. Penemuan penderita pasif dan aktif
- e. Pemetaan wilayah eliminasi filariasis.
- f. Pengobatan masal.
- g. Perawatan kasus klinis filariasis.

Hasil yang diharapkan

- a. Tumbuhnya kepedulian masyarakat dalam eliminasi filariasis.
- b. Meningkatnya peran aktif masyarakat dalam eliminasi filariasis.

Tiga strategi tersebut dalam pelaksanaannya tidak terpisah, saling terkait, sinergis dan simultan serta memerlukan dukungan pemikiran dan pengembangan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi secara terus menerus.

Berdasarkan pengalaman WHO dalam melakukan promosi kesehatan eliminasi filariasis di beberapa negara, disarankan untuk menggunakan strategi COMBI (*Communication on Behavioral Impact*) sebagai berikut :

1. **Hear (dengar)** : Sampaikan pesan-pesan promosi tentang filariasis dan upaya untuk mencegah atau memberantasnya kepada masyarakat. Agar pesan-pesan dapat didengar oleh masyarakat luas gunakan media massa



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

yang sesuai dengan situasi setempat (radio, surat kabar, media tradisional dan lain-lain)

2. **Informed about it** : Jelaskan maksud dari pesan-pesan tersebut secara lebih rinci kepada masyarakat melalui pertemuan kelompok, misalnya pertemuan dengan tokoh-tokoh masyarakat, tokoh agama, kader, dasa wisma dan lain-lain agar lebih dimengerti dan dipahami.
3. **Convinced that it is worth while** : meyakinkan masyarakat bahwa apabila mereka melakukan pencegahan dan pengobatan secara teratur akan sangat berguna baik bagi dirinya sendiri, keluarga maupun masyarakat sekitarnya.
4. **Decision to do something** : Apabila mereka sudah yakin, buatlah suatu kesepakatan untuk melakukan kegiatan tersebut.
5. **Action** : Buatlah program nyata (Rencana Jangka Pendek, Menengah, dan Panjang) dan bimbinglah masyarakat untuk secara bersama-sama melakukannya. Janganlah sekali-kali mengecewakan / membohongi masyarakat sebab mereka akan kecewa dan tidak mau lagi melaksanakannya.
6. **Re-Confirmation** : Sampaikan kepada mereka bahwa mereka telah melakukan suatu yang baik untuk kepentingan mereka sendiri.
7. **Maintain the behavior** : Lakukan pembinaan secara terus menerus agar masyarakat dapat melakukannya, dan berikan penghargaan.

C. Pesan Promosi Kesehatan dalam Eliminasi Filariasis

1. Tema : Eliminasi Filariasis
2. Pesan Pokok : Filariasis dapat dicegah
3. Materi/Pesan :
 - a. Filariasis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh sejenis cacing dalam kelenjar getah bening dan mikrofilaria dalam darah dan ditularkan melalui gigitan nyamuk penularnya. Untuk meyakinkan masyarakat, dapat diperlihatkan contoh filariasis (dengan kaki, tangan, skrotum, vulva dan payudara yang membengkak), atau dengan gambar/foto dari penderita. Penderita-penderita yang telah timbul cacat pada anggota tubuhnya berarti telah bertahun-tahun mengidap serangan penyakit ini, tetapi tidak mendapat pengobatan yang tepat.
 - b. Tanda dan gejala klinis filariasis :
 - 1) Demam berulang yang hilang timbul selama beberapa hari
 - 2) Adanya peradangan saluran kelenjar getah bening di lipatan paha/ tangan yang menjalar ke arah ujung kaki/tangan (retrograd lymphangitis) terlihat sebagai garis yang merah dari pangkal paha/tangan ke arah ujung dan dirasakan panas serta sakit. Disamping itu peradangan bisa juga terjadi pada saluran sperma (epididimitis, funikilitis), buah pelir (orkitis).
 - 3) Bisul (abses) di daerah kelenjar getah bening lipatan paha/tangan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Setelah tanda/gejala tersebut diatas timbul berulang-ulang, maka bisa diikuti timbulnya pembengkakan kaki/tangan, kantong buah zakar, alat kelamin wanita bagian luar (vulva), payudara (limfedema), air kencing seperti susu (kiluria).

Periksakanlah ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda/gejala tersebut.

- c. Untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan darah pada malam hari. Bila ditemukan mikrofilaria berarti sudah tertular filariasis. Jika tidak dilakukan pengobatan maka akan menimbulkan kerusakan dalam tubuh.
- d. Penderita yang mengandung mikrofilaria merupakan sumber penularan bagi penduduk yang lain. Pada saat nyamuk itu menghisap darah penderita, mikrofilaria ikut terbawa masuk dan selanjutnya bertumbuh menjadi larva infeksi dalam 10 – 14 hari dan siap ditularkan.
- e. Penderita filariasis menahun (kronis) hidupnya akan sangat tergantung kepada orang lain. Seringnya demam secara berulang dan kerusakan pada jaringan tubuh penderita, menyebabkan produktivitas kerja menurun sehingga tidak mampu memenuhi nafkah hidupnya. Apalagi setelah timbul cacat menetap yang secara psikologis menimbulkan tekanan mental (depresi) sehingga penderita mengasingkan diri dari pergaulan masyarakat sekelilingnya.
- f. Penderita filariasis kronis pada stadium lanjut menimbulkan beban ekonomi maupun sosial bagi keluarganya, sehingga penderita tersebut akan diasingkan; bahkan dikucilkan oleh masyarakat sekitarnya.
- g. Untuk mencegah/memberantas penyakit ini pemerintah melakukan gerakan eliminasi filariasis. Masyarakat diharapkan untuk berperan serta dengan cara:
 - Memeriksa diri kepada petugas kesehatan jika kemungkinan adanya tanda dan gejala filariasis.
 - Bersedia menelan obat secara teratur sesuai dosis yang dianjurkan petugas kesehatan.
 - Berusaha menghindari diri dari gigitan nyamuk dengan cara :
 - Tidur memakai kelambu;
 - Menutup lubang angin (ventilasi) rumah dengan kawat kasa halus;
 - Membersihkan kandang ternak disekitar rumah;
 - Menggunakan obat anti nyamuk (bakar, oles,semprot).
 - Menghilangkan tempat perindukan nyamuk sehingga tidak memungkinkan perkembangan nyamuk melalui gerakan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. LANGKAH-LANGKAH PENDEKATAN DALAM PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN ELIMINASI FILARIASIS

A. Tahap Persiapan

1. Advokasi kepada pejabat penentu kebijakan yaitu Gubernur, Bupati/Walikota, Ketua DPRD/Bappeda di Propinsi maupun Kabupaten/Kota.
2. Mengadakan pertemuan dengan Dinas/Instansi terkait, pemuka agama, pemuka masyarakat, organisasi kemasyarakatan dan lain-lain. Pokok-pokok pembicaraan :
 - Materi Promosi;
 - Rencana promosi/termasuk jadwal pelaksanaan;
 - Bentuk peran serta pejabat yang berwenang, peran serta kader masyarakat yang dibutuhkan dan peran serta masyarakat itu sendiri;
 - Fasilitas dan dukungan sarana yang mungkin diperoleh.
3. Mengadakan pertemuan dengan Camat, Kepala Desa/Lurah, Kepala Sekolah, Pimpinan organisasi sosial kemasyarakatan.
Pokok-pokok pembicaraan :
 - Tujuan, sasaran dan pesan promosi;
 - Pelaksana dan pembagian tugas promosi;
 - Media promosi/alat peraga;
 - Lokasi/tempat dilaksanakan promosi;
 - Fasilitas yang diperlukan.
4. Hasil yang diharapkan
 - Kesamaan pengertian dan rencana kerja;
 - Dukungan moril, politis dan sumber daya.

B. Tahap Pelaksanaan

Sesuai dengan tujuan dan sasaran maka pelaksanaan promosi ditujukan kepada :

1. Kader kesehatan, guru sekolah, kepala desa, Toma, Toga dan lainnya
2. Anak sekolah melalui UKS
3. Masyarakat melalui tempat kerja, kegiatan keagamaan, Pcsyandu, dll.

Promosi dilaksanakan sebelum:

1. Gerakan serentak pembersihan sarang nyamuk;
2. Survei darah Jari;
3. Pengobatan massal;
4. Perawatan kasus klinis filariasis.

1) Promosi Kepada kader kesehatan masyarakat

- ◆ Sasaran : Kader yang telah terpilih melalui musyawarah masyarakat desa dengan kriteria mempunyai kemauan, kemampuan, kesempatan dan bisa baca tulis.
Kader ini dapat berasal dari.
 - Anggota Karang Taruna, Anggota PKK
 - Ketua kelompok dasa wisma;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Guru sekolah;
- RT/RW;
- Toma, toga;
- Mantan penderita yang telah sembuh.

- ◆ **Pesan** : Di samping pesan pokok filariasis, diberikan juga pengetahuan praktis tentang filariasis, pengobatan penduduk dan pendekatan edukatif; karena kader ini nantinya diharapkan akan dapat berfungsi sebagai tenaga penyuluh, tenaga pelaksana eliminasi. Perlu ditekankan dalam pesan yang diberikan, tentang reaksi efek samping obat DEC yang dapat menyebabkan penduduk enggan atau menolak menelan obat, sehingga keengganan atau penolakan tersebut akan dapat diatasi oleh kader sebagai tenaga penyuluh.
- ◆ **Tenaga Penyuluh** : Tenaga kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas.
- ◆ **Tempat** : Balai desa, sekolah, kantor lurah, kantor camat.
- ◆ **Waktu** : Disesuaikan dengan jadwal kegiatan eliminasi filariasis lainnya dan situasi serta kondisi masyarakat setempat.
- ◆ **Metoda** : Ceramah, tanya jawab demonstrasi.
- ◆ **Media/alat peraga** : Poster, lembar balik, slide film, film, VCD contoh-contoh kasus klinis penyakit Kaki Gajah.

2) Promosi kepada anak sekolah

- ◆ **Sasaran** : Anak sekolah dasar, sekolah lanjutan pertama dan sekolah lanjutan atas.
- ◆ **Pesan** : Diharapkan anak sekolah akan dapat berfungsi sebagai motivator untuk meyebarluaskan pesan yang diperolehnya kepada anggota keluarga dirumahnya, tetangga dan masyarakat.
- ◆ **Tenaga Penyuluh** : Tenaga-tenaga kesehatan dan guru UKS
- ◆ **Tempat** : Di sekolah masing-masing.
- ◆ **Waktu** : Disesuaikan dengan jadwal kegiatan eliminasi filariasis dan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
- ◆ **Metoda** : Ceramah, tanya jawab dan demonstrasi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- ◆ Media/alat peraga : Poster, leaflet, book let, film slide, film, VCD contoh-contoh kasus klinis penyakit Kaki Gajah.

3) Promosi menjelang gerakan serentak pembersihan sarang nyamuk

- ◆ Sasaran : Masyarakat umum.
- ◆ Pesan : Pentingnya hidup bersih dan sehat. Membersihkan sarang nyamuk; semak-semak, selokan, air yang tergenang.
- ◆ Tenaga Penyuluh : Tim kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas.
- ◆ Tempat : Balai desa, lapangan.
- ◆ Waktu : Setiap saat dan langsung dilanjutkan dengan kegiatan pembersihan sarang nyamuk.
- ◆ Metoda : Ceramah.
- ◆ Media/alat peraga : Poster, megaphone, spanduk.

4) Promosi menjelang survai darah jari

- ◆ Sasaran : Kepala-kepala keluarga/anggota keluarga dari desa pemberantasan.
- ◆ Pesan : Agar setiap anggota keluarga yang berumur lebih dari 13 tahun datang untuk pemeriksaan darah jari.
- ◆ Tenaga Penyuluh : Tim promosi kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas.
- ◆ Tempat : Balai desa, sekolah, rumah penduduk.
- ◆ Waktu : Disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat dan sebaiknya adalah menjelang dilakukan pemeriksaan penyakit (bekerjasama dengan tim pemeriksaan penyakit).
- ◆ Metoda : Ceramah, Tanya jawab dan demonstrasi.
- ◆ Media/alat peraga : Poster, lembar balik, slide film, film, VCD.

5) Promosi menjelang pengobatan massal

- ◆ Sasaran : masyarakat
- ◆ Pesan : Agar setiap anggota masyarakat keluarga (kecuali bayi, wanita hamil, penderita sakit berat, orang yang sangat tua) minum obat Diethyl carbamazine citrate (DEC), Albendazole dan parasetamol sesuai dosis selama jangka waktu yang telah ditentukan. Efek samping dapat timbul pada penduduk



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- sesudah minum obat seperti demam, pusing, mual muntah dan sebagainya, dapat diatasi dengan obat penawar efek samping.
- ◆ Tenaga Promosi : - Tim kesehatan;
- Kader desa yang telah dilatih.
 - ◆ Tempat : Balai desa, sekolah, rumah penduduk.
 - ◆ Waktu : Setelah dilakukannya kegiatan pemeriksaan penyakit disesuaikan dengan situasi dan kondisi desa setempat.
 - ◆ Metoda : Ceramah, tanya jawab dan demonstrasi.
 - ◆ Media/alat peraga : Poster, lembar balik, slide film, film, VCD, contoh-contoh kasus klinis penyakit Kaki Gajah.

IV. EVALUASI

Berhasilnya upaya-upaya promosi Eliminasi Filariasis yang dilaksanakan petugas penyuluh dapat dilihat dari :

1. Perubahan perilaku masyarakat ke arah yang diharapkan. Perubahan sesuai dengan tujuan program eliminasi filariasis, yaitu :
 - a. Penduduk dengan sadar telah bersedia datang dan diperiksa waktu dilakukan survei darah jari.
 - b. Penduduk dengan sadar bersedia minum obat secara teratur sesuai jumlah dosis dan jangka waktu yang ditentukan petugas kesehatan.
 - c. Adanya peran serta masyarakat, misalnya :
 - adanya kader yang melaksanakan promosi filariasis dan membantu membagikan obat kepada penduduk.
 - masyarakat menyediakan tempat-tempat untuk pertemuan.
 - d. Ada usaha penduduk untuk menghindari diri dari gigitan nyamuk dan bersihnya lingkungan pemukiman penduduk dari sarang-sarang nyamuk.
2. Turunnya tingkat penularan (endemisitas) penyakit sesudah dilakukan pengobatan.
3. Cakupan SDJ dan MDA sesuai dengan yang diharapkan.



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran VII

Keputusan Menteri Kesehatan

Nomor : 1582/Menkes/SK/XI/2005

Tanggal : 18 November 2005

PEDOMAN TENAGA PELAKSANA ELIMINASI (TPE) FILARIASIS

I. PENGERTIAN UMUM FILARIASIS (PENYAKIT KAKI GAJAH)

A. Apakah Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) Itu?

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) adalah penyakit menular yang dapat menimbulkan cacat seumur hidup.



Gambar 1 : Cacat menetap yang disebabkan oleh Filariasis

B. Apa Penyebab Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)?

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) disebabkan oleh sejenis cacing kecil yang hidup dan berkembang biak dalam kelenjar limfe dalam darah. Pada waktu malam, anak-anak cacing tersebut masuk kedalam pembuluh darah tepi.



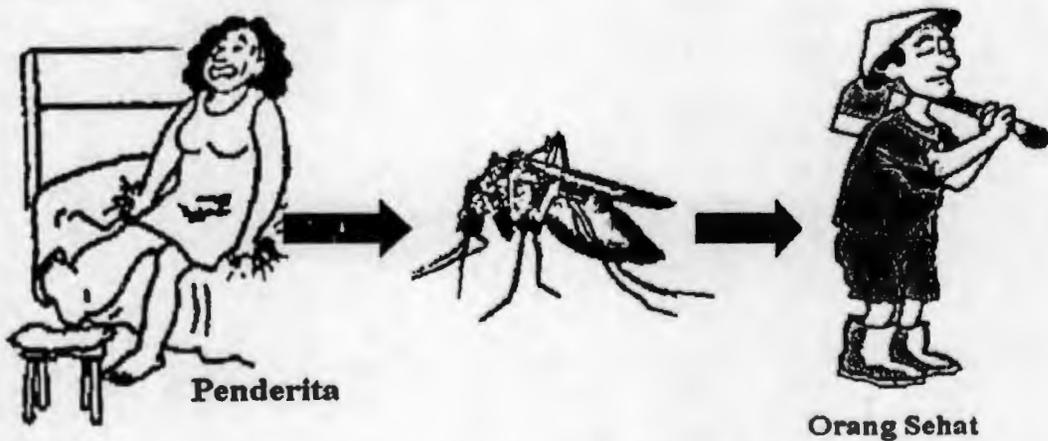
Gambar 2 : Anak cacing (mikrofilaria) yang ditemukan dalam pembuluh darah tepi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Bagaimana Cara Penularan Penyakit Ini?

- Penyakit kaki gajah ditularkan dari seseorang yang dalam darahnya terdapat anak cacing filaria (mikrofilaria) kepada orang lain melalui gigitan nyamuk. Orang tersebut mungkin sakit kaki gajah mungkin juga tidak.
- Pada waktu nyamuk menghisap darah, anak cacing terhisap dan masuk ke dalam badan nyamuk.
- Dalam waktu beberapa minggu kemudian anak cacing tersebut dapat ditularkan kepada orang lain pada saat nyamuk yang mengandung anak cacing menggigit orang tersebut.



Gambar 3 : Skema penularan filariasis

D. Nyamuk Apa Saja Yang Dapat Menularkannya?

- Banyak sekali nyamuk yang dapat menularkan filariasis seperti nyamuk rumah, nyamuk got, nyamuk hutan dan nyamuk rawa-rawa.
- Oleh sebab itu, maka untuk memberantas cacing didalam tubuh manusia lebih mudah bila dibandingkan dengan memberantas nyamuk penularnya yang sangat banyak jenisnya.



Gambar 4 : Nyamuk penular filariasis



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

E. Siapa Saja Yang Dapat Terkena Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)?

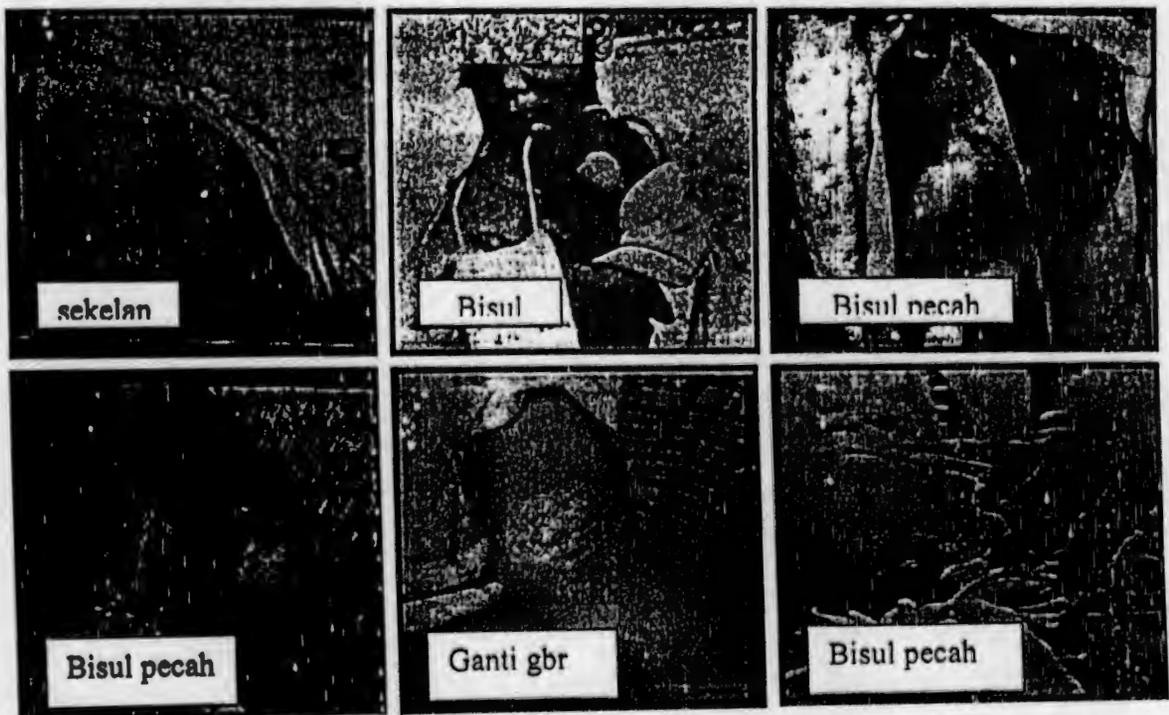
Pada dasarnya semua orang dapat terjangkit penyakit ini setelah digigit nyamuk yang mengandung cacing filaria.

F. Bagaimana Tanda-tanda Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)?

Tanda-tanda filariasis dibagi menjadi 2 tahap.

1. Tahap awal (akut) :

- Demam berulang 1-2 kali atau lebih setiap bulan selama 3-4 hari terutama bila bekerja berat. Demam dapat sembuh sendiri tanpa diobati.
- Timbul benjolan dan terasa nyeri pada lipatan paha atau ketiak (sekelan/limfadenitis) tanpa adanya luka di badan.
- Teraba adanya urat seperti tali yang berwarna merah dan sakit, mulai dari pangkal paha atau ketiak dan berjalan kearah ujung kaki atau tangan.



Gambar 5 : Tanda-tanda awal Filariasis (Akut)

2. Tahap lanjut (Kronis)

Terjadi pembesaran pada kaki, tangan, kantong buah zakar, payudara dan alat kelamin wanita yang hilang timbul, lama kelamaan menjadi cacat menetap.



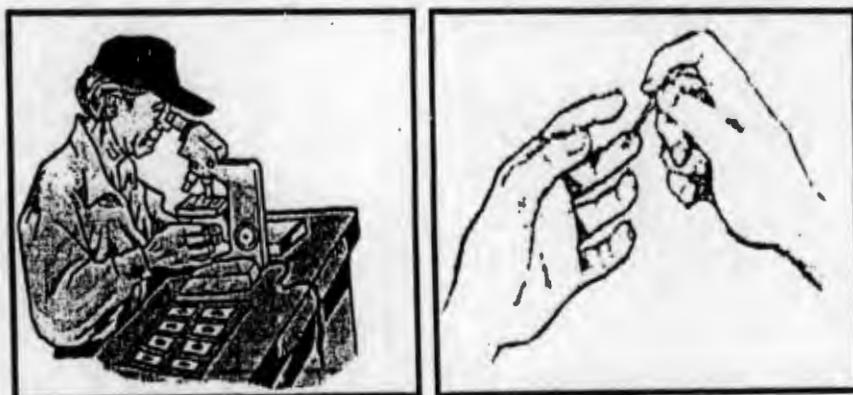
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



Gambar 6 : Tanda-tanda lanjut filariasis (Kronis)

G. Bagaimana Cara Menentukan Bahwa Seseorang Menderita Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)?

- a. Apabila ada tanda-tanda awal (akut) maupun tanda-tanda lanjut (kronis)
- b. Apabila hasil pemeriksaan darahnya ditemukan anak cacing (mikrofilaria)



Gambar 7 : Pemeriksaan darah

II. KEGIATAN TPE DALAM ELIMINASI FILARIASIS

A. Kegiatan Apa Saja yang Dilakukan TPE dalam Kegiatan Survei Darah Jari ?

- a. Mendata keluarga binaannya dan memberitahukan rencana pelaksanaan survei darah jari.
- b. Membuat peta lokasi keluarga binaannya untuk mempermudah upaya pelaksanaan survei
- c. Melakukan penyuluhan kelompok
- d. Mengumpulkan keluarga binaannya pada malam hari pada waktu dilaksanakan survei darah jari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- B. Apa Saja Tugas TPE dalam Membantu Pengobatan Massal ?**
- Melakukan penyuluhan menjelang pengobatan massal.
 - Mendata keluarga binaannya dan memberitahukan rencana pelaksanaan pengobatan massal. Sensus penduduk di wilayah binaan TPE sebagaimana tercantum dalam Formulir-1 (terlampir).
 - Menyeleksi dan mencatat umur anggota keluarga binaannya yang akan diobati.
 - Membantu petugas Puskesmas dalam menentukan dosis dan memberi obat kepada setiap anggota keluarga binaannya serta menyaksikan obat tersebut diminum. Dosis obat yang diberikan sebagaimana tercantum dalam Tabel 1.
 - Mencatat setiap anggota keluarga binaannya yang minum obat pada kartu pengobatan
 - Mengawasi dan mencatat reaksi pengobatan yang mungkin timbul serta melaporkan kepada petugas kesehatan sebagaimana tercantum dalam Formulir-2 (terlampir).



Gambar 8. Pengobatan massal

Tabel 1. Dosis Obat DEC, Albendazole dan Paracetamol berdasarkan umur

UMUR (Tahun)	DEC (100 mg) (Tablet)	Albendazole (400mg) (Tablet)	Paracetamol (500mg) (Tablet)
2 - 5	1	1	0,25
6 - 14	2	1	0,5
>14	3	1	1



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

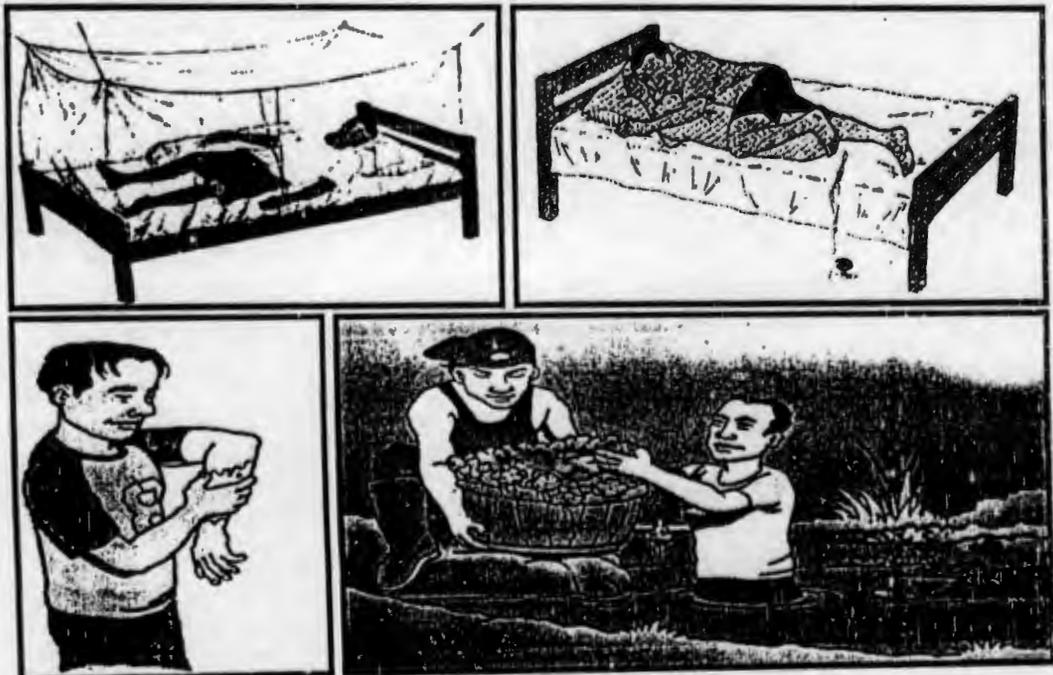
Catatan yang harus diperhatikan dalam Pengobatan Massal Filariasis oleh Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filiriasis sebagaimana tercantum dalam Formulir-3 (terlampir).

C. Apa Saja Tugas TPE Jika Menemukan atau Menerima Laporan Adanya Seseorang dengan Gejala Filariasis?

TPE melaporkan kepada petugas kesehatan setempat (puskesmas).

D. Apa Tugas TPE dalam Pemberantasan Nyamuk Penular Filariasis?

- Memberi contoh cara – cara memberantas nyamuk dan menghindari gigitan nyamuk.
- Menggerakkan masing – masing keluarga binaannya untuk meniadakan tempat berkembang biak nyamuk secara teratur di rumah dan lingkungan sekitarnya.
- Mengajak bergotong royong membersihkan tempat berkembang biak nyamuk dalam lingkungan pemukiman.



Gambar 9 : Upaya Pencegahan gigitan nyamuk

E. Bagaimana Cara TPE Melakukan Kegiatan Penyuluhan?

- Melakukan tatap muka dengan keluarga binaan dengan cara melakukan kunjungan rumah.
- Memberikan penerangan dalam musyawarah desa.
- Menitipkan pesan melalui kegiatan kesenian.
- Melakukan kegiatan simulasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



Gambar 10 : Pemberian Penyuluhan Kepada Masyarakat

F. Apa Saja Kegiatan TPE dalam Perawatan Penderita Filariasis?

- a. Memberikan contoh mengenai perawatan penderita filariasis, berupa pencucian anggota tubuh yang bengkak dan pemberian obat.
- b. Memberikan penyuluhan dan memantau keluarga binaannya yang menderita filariasis untuk selalu merawat tubuh yang bengkak agar tidak menjadi lebih parah.



Gambar 11 : Perawatan Kasus Klinis



[Handwritten signature]

Dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

FORMULIR SENSUS PENDUDUK DI WILAYAH BINAAN TPE

Puskesmas :

Nama Desa/Kelurahan :

Tahun Sensus :

No	Nama KK	Jlh Anggota Keluarga				Rt/Rw/Dusun	Jlh Kasus Kronis
		< 2 th	2-5 th	6-14 th	>14 th		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

Tenaga Pelaksana Eliminasi
 Nama :

**KARTU PENGOBATAN PROGRAM ELIMINASI FILARIASIS
DAN MONITORING REAKSI PENGOBATAN**

PUTARAN PENGOBATAN MASSAL :

NO	Nama	umur		Hub Kel	Obat diminum			Reaksi Pengobatan			Alasan Ditunda**	Kasus kronis	
		Lk	Pr		DEC	Alb	Parace tamol	Jenis*	Mulai Timbul	Lama		Limfedema	Hidrokel
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

*) = Reaksi Pengobatan (Tulis dengan angka)

Umum : (1) Mual (2) Muntah (3) Pusing (4) Demam (5) Sakit Kepala (6) Sakit Otot&Tulang (7) Berak-berak (8) Keluar cacing (9) Lain-lain
Lokal : (10) Sekelan (11) Bisul (12) Gatal-gatal

**) = Alasan ditunda (Tulis dengan angka)

- | | |
|---|---|
| 1. Anak usia < 2 tahun | 4. Orang sedang sakit berat |
| 2. Ibu hamil | 5. Penderita kronis filariasis dengan serangan akut |
| 3. Balita gizi buruk (marasmus kwasiokor) | 6. Lain-lain |

Mengetahui
Petugas Puskesmas.....

Tanggal.....
Tenaga Pelaksana Eliminasi

(.....)

(.....)

**Catatan Pengobatan Massal Filariasis oleh
Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis**

1. Pengobatan tanggal Tahun :
2. Nama Desa
3. Jumlah penduduk binaan TPE
Yang terbagi dalam kelompok Umur :

2 – 5 Tahun	:	Orang
6 – 14 Tahun	:	Orang
> 14 Tahun	:	Orang
4. Jumlah KK dalam binaan TPE : KK
5. Jumlah penduduk yang harus minum obat : Orang
6. Jumlah penduduk yang minum obat : Orang
7. Jumlah orang yang ditunda minum obatnya
Alasan :

a. Anak usia < 2 tahun	:	Orang
b. Ibu hamil	:	Orang
c. Balita gizi buruk (marasmus-kwasiorkor)	:	Orang
d. Orang sedang sakit berat	:	Orang
e. Penderita kronis filariasis dengan serangan akut	:	Orang
f. Lain-lain	:	Orang
8. Jumlah penduduk yang tidak minum obat
Karena alasan :

a. Sedang bepergian	:	Orang
b. Menolak tanpa alasan	:	Orang
9. Jumlah penduduk dengan reaksi pengobatan : Orang

Yang membuat laporan
Tenaga Pelaksana Eliminasi

(.....)