



Alat Bantu (Tool Kit) untuk Eliminasi Filariasis

*Panduan Pelaksanaan bagi Petugas Kesehatan di
Indonesia*

Buku Pegangan Alat Bantu



DAFTAR ISI

DAFTAR SINGKATAN.....	4
KATA PENGANTAR & UCAPAN TERIMA KASIH.....	6
PENDAHULUAN.....	7
1 Latar Belakang Alat Bantu (Tool Kit).....	7
2 Latar Belakang Kampanye Eliminasi Filariasis	8
2.1 Mengapa kita peduli tentang eliminasi filariasis?	8
2.2 Apa itu Filariasis?.....	9
2.3 Kampanye Eliminasi LF Global.....	10
2.4 Program Pemberantasan Filariasis di Indonesia.....	11
3 Maksud Alat Bantu.....	14
3.1 Sasaran Pengguna.....	15
3.2 Tujuan dari Alat Bantu	16
3.3 Bagaimana menggunakan alat bantu ini?.....	16
3.4 Material-material pendukung dan CD.....	16
Bab 1: PERSIAPAN.....	18
1 Tanggung Jawab pemerintah.....	18
1.1 Program tingkat nasional pada Departemen Kesehatan	18
1.2 Tingkat Provinsi	19
1.3 Tingkat Kabupaten	19
2 Memulai.....	19
2.1 Konteks Umum.....	19
2.2 Bagaimana menilai LF di daerah anda? (Informasi dasar).....	19
2.3 Menentukan Unit Pelaksanaan (<i>Implementation Unit - IU</i>).....	23
2.4 Kepada siapa hasil survei dasar harus dilaporkan? (Kabupaten, Provinsi, Pusat).....	25
3 Pelatihan Teknis untuk Petugas Kesehatan Kabupaten dan Petugas Puskesmas (1 minggu).....	29
3.1 Temuan – Temuan dari Daerah Endemis	30
3.2 Pengobatan massal (MDA), Tata Laksana Kasus, Kesadaran, Pengalaman di Lapangan	30
3.3 Pengurangan dan Pencegahan Kecacatan.....	31
4 Hal – hal yang harus diingat dari Bab	32
BAB 2: PERENCANAAN STRATEGIS	33
1 Pengembangan Rencana Strategis.....	33
1.1 Kerjasama dalam sektor dan lintas sektor	33
1.2 Analisis SWOT.....	34
1.3 Memutuskan pendekatan untuk distribusi obat	34
1.4 Jangka Waktu	41
1.5 Penyediaan Obat.....	45
1.6 Pembayaran operasi hidrokel	48
1.7 Pembiayaan	48
2 Pembiayaan program (Pemerintah kabupaten, provinsi, nasional, menggabungkan program LF dengan program kesehatan masyarakat yang telah ada)	48
2.1 Advokasi ke Pengambil Kebijakan Setempat (Komisi Kesehatan Pemerintah Kabupaten, BAPPEDA, Bupati dan Gubernur)	48
2.2 Pengintegrasian dengan program kesehatan yang telah ada	48
2.3 LSM.....	49
2.4 Industri.....	50
3 Hal – hal yang harus diingat dari Bab 2	51

Bab 3: PERSIAPAN PENGGERAKAN MASYARAKAT DAN ADVOKASI	52
1 Mengapa penggerakkan masyarakat itu penting?	52
2 Mengembangkan materi-materi untuk kelompok-kelompok sasaran (stakeholder & serta masyarakat umum).....	53
2.2 Melibatkan DPRD, Bupati, Kepala Desa/kelurahan dan stakeholder	58
3 Hal-hal Yang Harus Diingat dari Bab 3	59
Bab 4: PELAKSANAAN	60
1 Persiapan Pelaksanaan.....	60
1.1 Sensus penduduk yang memenuhi syarat untuk ikut serta dalam pengobatan massal (MDA)	60
1.2 Pelatihan	61
2 Pengobatan massal (MDA)	64
2.1 Logistik: Kabupaten ke Puskesmas dan Puskesmas ke Desa.....	64
2.2 Penggerakkan masyarakat pada tingkat desa/kelurahan atau tingkat RT (perkotaan).....	65
2.3 Pelaksanaan Pengobatan Massal (MDA)	66
2.4 Pemantauan Efek Samping.....	69
2.5 Penyisiran / Sweeping	70
2.6 Pencatatan dan Pelaporan Pengobatan massal (MDA) dari Tingkat Desa/kelurahan ke Puskesmas ke Kabupaten ke Provinsi dan ke Pusat	71
2.7 Dokumentasi Pengobatan massal (MDA)	71
3 Pencegahan Kecacatan	71
3.1 Tata Laksana Kasus.....	72
3.2 Pembedahan Hidrokel	75
4 Hal – hal yang Harus Diingat dari Bab 4	77
Bab 5: PEMANTAUAN & EVALUASI	80
1 Monitoring / Pemantauan	80
1.1 Mengapa monitoring / pemantauan penting?	80
1.2 Angka Cakupan Geografis, dan Angka Cakupan yang Dilaporkan	81
1.3 Angka Cakupan Hasil Survei setelah Putaran 1	83
1.4 Monitoring Epidemiologis	85
1.5 Monitoring Reguler untuk kegiatan-kegiatan program	90
2 Evaluasi	90
2.1 Evaluasi interupsi penularan LF	90
2.2 Bagaimana Mengukur Dampak Demi Kepentingan Bahan Pertimbangan Para Pengambil Keputusan (efisiensi biaya, program).....	98
3 Hal – Hal Yang Harus Diingat Dari Bab 5.....	99
LAMPIRAN	100
1 Daftar Istilah.....	100
2 Contact Persons (Indonesia dan internasional)	109
3 Metodologi EPI untuk cakupan yang disurvei	111
3.1 Pendahuluan	111
3.2 Tinjauan.....	111
3.3 Metode.....	112
3.4 Pemilihan individu dalam area atau sub-unit terpilih.....	114
3.5 Analisis.....	115
3.6 Contoh Pengambilan Sampel Populasi yang proporsional.....	115
3.7 Seleksi Acak Rumah Tangga Permulaan	118
4 Algoritma penemuan positif sejati	119
5 Websites untuk LF.....	120
6 Bacaan Lebih Lanjut Tentang LF.....	121

DAFTAR SINGKATAN

ADL	Adenolymphangitis
DEC	Diethylcarbamazine Citrate
DepKes	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DinKes	Dinas Kesehatan Kabupaten
ELF	Eliminasi Penyakit Filariasis Limfatik (Elimination of Lymphatic Filariasis)
EPI	Program Perluasan Imunisasi (Expanded Programme for Immunisation)
GAELF	Aliansi Global untuk Eliminasi Penyakit Filariasis Limfatik (Global Alliance for the Elimination of Lymphatic Filariasis)
GFATM	Dana Global untuk AIDS, Tuberculosis dan Malaria (Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria)
GSK	GlaxoSmithKline
GTZ	Badan Kerjasama Teknis Pemerintah Jerman (German Agency for Technical Cooperation)
ICT	Immuno-chromatic test
IDP	Pengungsi dalam negeri (Internally Displaced Person)
IDR	Rp. (Indonesian Rupiah)
IU	Unit Pelaksanaan (Implementation Unit)
KaDinKes	Kepala Dinas Kesehatan
KAPB	Survei Pengetahuan, Sikap, Praktek dan Perilaku (Knowledge, Attitude, Practice and Behaviour Survey)
KK	Kepala Keluarga (atau HH – Household)
LF	(Lymphatic Filariasis) Penyakit Filariasis Limfatik
LQA	Lot Quality Assurance
LSM	Lembaga Sosial Masyarakat atau Organisasi non pemerintah
MDA	(Mass Drug Administration) Pengobatan Massal
Mf	Microfilaria
Mfd	(Microfilaria density) Kepadatan Microfilaria
Mf%	(Microfilaraemia prevalence) Prevalensi Microfilaria
MUI	Majelis Ulama Indonesia
NTT	Provinsi Nusa Tenggara Timur
P2M	Pemberantasan Penyakit Menular
PHC	(Primary Health Centre) Puskesmas
POSKO	Pos Informasi umum / Kesehatan
PKK	Program Kesejahteraan Keluarga
PKM	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
PPS	Pengambilan Sampel Populasi yang Proporsional

RT	Rumah Tangga
SISKES	Peningkatan Sistem Kesehatan Tingkat Kabupaten di Nusa Tenggara Timur
TDR	Penelitian dan Pelatihan Penyakit Tropis (Research and Training in Tropical Diseases)
TPE	Tenaga Pembantu Eliminasi
TPP	Tenaga Pembantu Pengobatan
UI	Universitas Indonesia
WHO	Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organisation)

KATA PENGANTAR & UCAPAN TERIMA KASIH

Filariasis limfatik (FL) masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia dan negara-negara tetangga. Beberapa tahun lalu penyakit ini masih memiliki prevalensi yang memerlukan upaya eliminasi yang berkelanjutan.

Upaya gabungan dari Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten yang didukung oleh Tim Bantuan Teknis GTZ SISKES NTT telah memperkuat kampanye eliminasi filariasis beberapa tahun terakhir. Patut disebutkan disini adalah dengan diperkenalkannya pengobatan massal, secara perlahan – lahan telah menunjukkan dampak dengan adanya penurunan angka Mf yang konstan di daerah sentinel kabupaten Alor, meningkatnya kesadaran masyarakat pedesaan akan penyakit filaria dan layanan dinas kesehatan dan dilaksanakannya operasi khusus boa besar yang berlangsung sukses.

Sebagai suatu upaya dari kami untuk mengeliminasi adalah dengan penerbitan dan penyebarluasan Alat Bantu FL yang baru dan Buku Pegangan FL dan saya mengucapkan terima kasih kepada semua mitra yang terlibat dalam upaya menghasilkan buku yang penting ini.

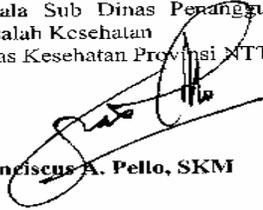
Secara khusus penghargaan ditujukan kepada Dr. I Nengah Darna dan Tim Departemen Kesehatan RI atas masukan, bimbingan dan dukungan yang terus-menerus.

Penghargaan juga pantas diberikan kepada Tim Teknis Proyek SISKES GTZ dan konsultan Alison Krentel atas kepemimpinannya selama proses produksi buku ini. Tanpa bimbingan dan bantuannya, akan sangat sulit bagi kami untuk menyelesaikan tugas yang sangat menantang ini dalam jangka waktu seperti ini. Kami juga ingin menyampaikan penghargaan kepada WHO atas dukungan yang berkelanjutan dan kemurahannya untuk menyediakan bahan – bahan yang relevan.

Penghargaan yang dalam juga kami sampaikan kepada semua mitra di pulau Alor dan Pantar yang terlibat dalam kegiatan yang kami lakukan baru – baru ini. Sejumlah besar petugas kesehatan dan pasien filaria yang telah terlibat dalam kegiatan ini. Sulit bagi kami untuk menyebutkan satu per satu dari mereka, Namun kami mengucapkan terima kasih atas keterlibatan mereka dan keterlibatan rekan – rekan lain yang telah memungkinkan diterbitkannya buku ini.

Saya berharap agar buku ini memberi semangat kepada semua pihak yang bekerja dalam bidang LF dan pada gilirannya akan bermanfaat bagi para penderita dari penyakit yang sudah ada sejak jaman dahulu kala ini.

Kupang, 29 Januari 2004
a/n Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
NTT
Kepala Sub Dinas Penanggulangan
Masalah Kesehatan
Dinas Kesehatan Provinsi NTT


Franciscus A. Pello, SKM

PENDAHULUAN

1 **Latar Belakang Alat Bantu (Tool Kit)**

Lebih dari empat tahun terakhir ini, proyek SISKES Lembaga Kerjasama Teknis Jerman (GTZ), Universitas Indonesia, Bernhard Nocht Institute Hamburg dan Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) serta P2M & PLP Departemen Kesehatan RI bekerja sama untuk melakukan penelitian operasional inovatif yang telah memberikan informasi yang bermanfaat dan relevan untuk program Eliminasi Filariasis Nasional (ELF). Diantara beragam studi dan kegiatan yang telah dilakukan termasuk: uji coba klinis berbasis rumah sakit tentang pengobatan dengan menggunakan DEC dan albendazole untuk infeksi *Brugia timori* dan *Wuchereria bancrofti*; uji coba berbasis masyarakat tentang pengobatan dengan menggunakan DEC dan albendazole untuk penderita mikrofilaremi *B. Timori* sesuai dengan dosis yang direkomendasikan untuk pengobatan massal (MDA); studi antropologis medis tentang persepsi masyarakat lokal terhadap penyakit tersebut dalam satu kabupaten; pengembangan kampanye promosi kesehatan untuk pengobatan massal (MDA); serta survei pengetahuan masyarakat dimonitor secara teratur (regular). Kombinasi kegiatan tersebut sudah diakui secara lokal dan nasional memberikan kontribusi bagi dimulainya program eliminasi filariasis di Indonesia.

Berdasarkan pengalaman ini, ada permintaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten di Indonesia Bagian Timur yang telah mendengar tentang pengalaman eliminasi filariasis di Kabupaten Alor, untuk melaksanakan program tersebut di kabupaten mereka sendiri. Antusiasme dari kabupaten-kabupaten ini menjadi pemicu untuk menggabungkan penelitian operasional dan pengalaman lapangan di provinsi NTT untuk dikembangkan dalam bentuk sebuah Alat Bantu (Tool Kit) yang akan dipakai sebagai pedoman untuk memulai dan mengimplementasikan proses eliminasi filariasis di tingkat kabupaten. Alat Bantu ini dirancang agar mudah dipakai dan praktis. Penyusunan Alat Bantu ini dilakukan oleh staff dari Subdit. Filariasis & Schistosomiasis Departemen Kesehatan, staff Subdin. Bina Penyuluhan dan Peran Serta Masyarakat, Subdin. Bina Penanggulangan Masalah Kesehatan, Dinkes Provinsi NTT dan Dinkes Kabupaten Alor serta staf teknis SISKES dan konsultan. tim memakai panduan dari World Health Organisation (WHO), berjudul “Preparing and Implementing a National Plan to Eliminate Lymphatic Filariasis / *Menyiapkan dan Melaksanakan Rencana Nasional untuk Eliminasi Filariasis Limfatik*” dan “Monitoring and Epidemiological Assessment of the programme to eliminate Lymphatic Filariasis at the

level of the Implementation Unit/*Monitoring dan Kajian Epidemiologis program eliminasi Filariasis limfatik di Tingkat Unit Pelaksanaan*” dan Buku Serial 1 – 7 dari Departemen Kesehatan Indonesia, yang menguraikan tentang panduan program eliminasi filariasis di Indonesia. Sumber-sumber tambahan termasuk “Penatalaksanaan Limfodema Dasar”¹ dan “Harapan Baru Bagi Orang dengan Lymphedema”².

2 Latar Belakang Kampanye Eliminasi Filariasis

2.1 Mengapa kita peduli tentang eliminasi filariasis?

Filariasis merupakan salah satu penyakit tertua dan paling melemahkan yang dikenal di dunia. Buku-buku medis kuno dari China, India dan Persia melukiskan penyakit ini dalam patung-patung Mesir kuno dan ilustrasi balok kayu dari Jepang yang menunjukkan orang-orang yang cacat karena filariasis limfatik.³ Selama berabad-abad orang-orang menderita karena adanya gejala klinis akut dan kronis penyakit ini.

Filariasis limfatik diidentifikasi sebagai penyebab kecacatan menetap dan berjangka lama terbesar kedua di dunia setelah kecacatan mental.⁴ Di Indonesia, mereka yang terinfeksi filariasis bisa terbaring di tempat tidur selama lebih dari lima minggu per tahun karena gejala-klinis akut dari filariasis yang mewakili 11% dari masa usia produktif. Untuk keluarga miskin, total kerugian ekonomi akibat ketidakmampuan karena filariasis adalah 67 % dari total pengeluaran rumah tangga per bulan. Rata-rata kerugian ekonomi per satu kasus kronis filariasis sebesar Rp. 735,380 per tahun (termasuk biaya berobat dan obat-obatan, serta kerugian ekonomi karena kehilangan produktifitas, kehilangan masa produktifitas bagi yang terkena kasus kronis)⁵. Di Indonesia, filariasis menyebabkan kerugian ekonomi yang utama bagi penderita dan juga keluarganya. Ada juga dampak psikologis dari penyakit ini yaitu mereka hidup dengan gejala kronis menderita karena diasingkan oleh keluarga dan oleh masyarakat; kesulitan mendapat suami atau istri dan menghambat mendapat keturunan (anak).

¹ Dreyer G, Addiss D, Dreyer P and Norões J (2002) Basic Lymphoedema Management: Treatment and Prevention of Problem Associated with Lymphatic Filariasis. Hollis NH: Hollis Publishing Company.

² Dreyer G. New Hope For People with Lymphedema. NGO Amaury Coutinho and the Division of Parasitic Diseases, CDC Atlanta.

³ Dean M. (2001) Lymphatic Filariasis: The Quest to Eliminate a 4000-Year-Old Disease. Hollis Publishing Company.

⁴ World Health Organization (1995) World Health Report “Bridging the Gap” Geneva.

⁵ Gani A (2000) Draft: Laporan Penelitian Analisis Ekonomi Filariasis. Ditjen PPM & PLP, Direktorat PP-BB, Departement Kesehatan.

Dengan adanya introduksi dari Kampanye Eliminasi LF Global pada 1997, dunia siap untuk eliminasi penyakit ini sebelum tahun 2020. Karena filariasis berdampak terutama pada masyarakat miskin, eliminasi penyakit ini akan sangat membantu peningkatan ekonomi bagi negara endemis filariasis. Eliminasi filariasis membutuhkan komitmen pemerintah daerah dan nasional serta masyarakat demi mensukseskan pelaksanaan pengobatan massal (MDA) sesuai dengan kesepakatan global WHO, karena itu mari ikut bergabung untuk mensukseskan eliminasi filariasis nasional dan internasional di daerah anda.

2.2 Apa itu Filariasis?

Filariasis limfatik adalah infeksi oleh cacing parasit yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk dan berdampak pada kerusakan sistem limfa di tubuh manusia. Pada saat nyamuk betina menggigit manusia, larva infeksius (L3) keluar dari kelenjar ludah nyamuk dan jatuh di kulit serta masuk ke tubuh melewati luka yang telah dibuat oleh probosis nyamuk. Selanjutnya (apabila sudah masuk dalam tubuh), larva-larva tersebut akan berpindah ke sistem limfa yang merupakan sistem pertahanan tubuh manusia (bagian tubuh yang memberikan perlindungan) terhadap infeksi dan penyakit. Dalam sistem limfa, selama 3 – 12 bulan larva tumbuh menjadi cacing dewasa jantan dan betina kemudian kawin dalam kelenjar limfa dan menghasilkan berjuta-juta mikrofilaria. Setiap cacing betina dewasa menghasilkan berjuta-juta microfilariae (Mf) selama hidupnya sekitar 7 tahun atau lebih. Adanya cacing dewasa dan Mf yang dihasilkan dapat mengakibatkan kerusakan pada sistem limfa karena pada awalnya terjadi pelebaran saluran limfa sehingga mengganggu jalannya cairan limfa dan sirkulasi sel – sel kekebalan. Akibatnya, cairan terkumpul dan menyebabkan odema. Lama kelamaan akan terjadi pembentukan jaringan ikat fibrosis sehingga terjadi limfodema yang berupa pembengkakan pada kaki, lengan, payudara atau alat kelamin. Kerusakan saluran sistem limfa yang disebabkan cacing dewasa ini bersifat permanen walaupun cacing dewasa sudah mati.

Berjuta-juta Mf yang dihasilkan oleh cacing dewasa berpindah ke peredaran darah tepi pada waktu malam hari seperti yang terjadi dengan *B. Timori* dan *W. Bancrofti* yang merupakan spesies nokturnal (periodik nokturnal) yang ditemukan di Indonesia. Mf yang ada di darah tepi saat nyamuk mengisap darah akan masuk ke tubuh nyamuk dan mengalami perubahan bentuk, kira-kira 10-20 hari berkembang menjadi larva infeksius (L3). Karena nyamuk hanya hidup antara 7 – 21 hari, tergantung cuaca atau predator (pemangsa), banyak Mf yang tidak akan pernah menjadi larva infeksius (L3) dan nyamuk yang membawa larva infeksius tidak akan menjadikan manusia sebagai hospes (pejamu/tuan rumah/host). Untuk

alasan inilah, penularan Filariasis dianggap tidak efisien karena ketahanan hidupnya 50:50 dari waktu sejak Mf sampai ke tahap L3.⁶

2.3 Kampanye Eliminasi LF Global

Aliansi Global untuk Kampanye Eliminasi Filariasis Limfatik (GAELF) berupaya keras untuk mengeliminir secara global filariasis limfatik – yang merupakan masalah kesehatan masyarakat – sebelum tahun 2020. Filariasis limfatik bersifat endemis di lebih dari 80 negara di dunia, termasuk di Indonesia. Diperkirakan 1,1 miliar orang di dunia beresiko terkena infeksi filariasis limfatik dengan perkiraan 120 juta telah terinfeksi. The World Health Assembly mengadopsi resolusi untuk eliminasi Filariasis limfatik pada tahun 1997 dengan mengusulkan dua strategi pokok yaitu: memutuskan rantai penularan dan mengurangi dampak kecacatan akibat manifestasi kronis dari penyakit ini.

Program eliminasi filariasis bertujuan untuk memutuskan rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal sehingga terjadi pengurangan drastis mikrofilaria dalam darah tepi, dan dengan demikian mengurangi potensi penularan oleh nyamuk. Obat-obatan yang diusulkan untuk pengobatan ini tidak mahal atau bahkan diberikan gratis kepada negara-negara yang tergabung dalam Kampanye Eliminasi Filariasis Limfatik. Ada dua strategi pengobatan massal yaitu: melakukan pengobatan secara massal (MDA) dengan memakai dua macam obat selama minimal lima tahun berturut-turut untuk semua masyarakat di daerah endemis atau pengobatan massal dengan menggunakan garam DEC. Program eliminasi filariasis di Indonesia secara nasional memutuskan menggunakan pengobatan massal dengan dua macam obat: diethylcarbamazine dan albendazole (karena direkomendasi secara internasional untuk daerah-daerah dimana onchocerciasis bukan co-endemis, seperti halnya di Indonesia). Untuk Indonesia karena dominan infeksi oleh *Brugia malayi* / *Brugia timori* yang bila diobati dengan DEC-albendazole akan timbul efek samping pengobatan, maka pengobatan massal di Indonesia menggunakan obat DEC - albendazole dan parasetamol. Obat-obat ini aman dipakai untuk masyarakat umum dengan pengecualian pada ibu hamil, anak-anak dibawah usia dua tahun dan orang yang sakit parah. Program eliminasi filariasis nasional di Indonesia tidak menyertakan ibu menyusui dalam pengobatan massal. Hal ini berbeda dengan pedoman internasional. Karena Alat Bantu ini diperuntukkan bagi Indonesia, maka ibu menyusui tidak disertakan dalam pelaksanaan pengobatan massal. Namun demikian, patut dicatat bahwa kemungkinan akan ada revisi terhadap kebijakan ini.

⁶ Dean 2001.

Untuk mencegah dan mengurangi kecacatan akibat infeksi filariasis maka program eliminasi filariasis mempunyai dua tujuan utama:

1. Untuk mencegah infeksi baru dengan cara pengobatan massal (MDA) ;
2. Untuk mengurangi cacat menetap akibat filariasis, dengan memberi dorongan kepada penderita dan keluarganya untuk melakukan perawatan limfedema di rumah (home-based care) dan melakukan operasi hidrokkel jika memungkinkan.

2.4 Program Pemberantasan Filariasis di Indonesia

Filariasis pertama dilaporkan di Indonesia pada 1889⁷. Ada tiga spesies cacing filaria di Indonesia:

- *Wuchereria bancrofti*
- *Brugia malayi*
- *Brugia timori*

Dari ketiga jenis cacing LF, *B. malayi* mempunyai penyebaran paling luas di Indonesia. *B. timori* hanya terdapat di Indonesia Timur di Pulau Timor, Flores, Rote, Alor dan beberapa pulau kecil di Nusa Tenggara Timur.

Di Indonesia ada 23 species nyamuk dari 5 genus yang menularkan penyakit ini. Sebagian besar spesies cacing filaria tersebut bersifat periodik nokturnal, artinya microfilaria ada dalam sirkulasi darah pada waktu malam hari dimulai pukul 20.00 malam waktu setempat dan puncaknya antara pukul 24 malam - 2 dini hari. Pada waktu siang hari, microfilaria tidak berada dalam darah tepi karena mereka hidup dalam organ-organ tubuh seperti lien, paru-paru dan organ yang lainnya.

Mf Rate tertinggi di Indonesia sejak tahun 2001 terdapat di Provinsi Papua, Aceh, Maluku dan NTT dengan kisaran antara 6.9 – 11.6 (Mf rate). Hasil survai cepat (Rapid Mapping) tahun 2000 oleh Departemen Kesehatan melaporkan bahwa di Provinsi Aceh terdapat 1908 kasus kronis filariasis dan di provinsi NTT terdapat 1706 kasus kronis filariasis. Kedua provinsi ini mewakili daerah-daerah lain dengan kasus kronis Filariasis terbesar di Indonesia.⁸

⁷ Oemijati S (1999) "Current Situation of Filariasis in Indonesia and its control." WHO Indonesia internal paper.

⁸ Namun patut dicatat bahwa kuesioner yang dikembalikan ke Departemen Kesehatan kurang dari 50 %; dengan demikian angka ini adalah angka kasus yang dilaporkan.

2.4.1 Sejarah Eliminasi Filariasis di Indonesia

Sejak Program pemberantasan filariasis dilaksanakan di Indonesia, sudah banyak kemajuan – kemajuan dalam di daerah endemis diantaranya adalah pengobatan massal, berkurangnya vektor karena perbaikan lingkungan (urbanisasi, pengolahan tanah rawa, dll.). Sebelumnya pengobatan dengan DEC dengan dosis 5 mg / kg berat badan selama 10 hari, kemudian direvisi dengan DEC dosis rendah (100 mg DEC 1 x 1 minggu) selama 40 minggu. Dengan pengobatan seperti ini banyak anggota masyarakat tidak memulai pengobatan yang disyaratkan karena rendahnya pemahaman tentang pentingnya obat tersebut; sedangkan mereka yang sudah mulai berobat, seringkali mendapat efek samping yang tidak menyenangkan dan akibatnya mereka berhenti berobat sebelum mencapai 40 minggu. Adanya efek samping pengobatan kadang menyebabkan trauma pada penderita dan juga petugas kesehatan serta petugas desa. Sudah diketahui secara luas bahwa pasien dengan brugian filariasis menderita efek samping yang lebih berat akibat pengobatan dibandingkan pasien dengan pasien filariasis bancrofti.⁹ Indonesia mempunyai prosentasi infeksi brugian yang besar di seluruh pelosok negeri.

Beberapa peristiwa penting dalam program LF Indonesia:

1. Program Pengendalian LF Nasional dimulai pada tahun 1970 dan dipakai dosis DEC 5 mg / kg berat badan selama 10 hari dan pasien mengalami efek samping.¹⁰
2. 10 pasien dengan *B. malayi* diobati dengan Hetrazan: semua pasien mendapat efek samping¹¹.
3. Pengobatan dengan DEC di desa-desa di Sulawesi Selatan, dari 100 pasien dengan infeksi *B. malayi*, 88% diantaranya mengalami efek samping.^{12,13}
4. Hasil uji coba di Karkuak, Flores Barat – Provinsi NTT, yang merupakan daerah endemis *B. timori*, dengan dosis pengobatan yang dipakai 3 x 100 mg pada penduduk di sebuah desa yang penduduknya kurang dari 100 jiwa, menunjukkan bahwa pada hari berikutnya, dilaporkan bahwa hampir semua pasien tidak bisa

⁹ Supali T, Ismid IS, Rueckert P & Fischer P (2002a) Treatment of *Brugia timori* and *Wuchereria bancrofti* infections in Indonesia using DEC or a combination of DEC and Albendazole: adverse reactions and short-term effects on microfilariae. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 894-901.

¹⁰ Oemijati, 1999.

¹¹ Partono F, Hudojo, Oemijati S, Noor N, Borahima & Cross JH (1972) Malayan filariasis in Margolembo, South Sulawesi, Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 3: 357.

¹² Putrali J & Caleb JM (1974) Mass treatment of filariasis in Sidondo, Central Sulawesi. *Bulletin Penelitian Kesehatan* 2:13-16.

¹³ Putrali J, Kaleb YM, Van Peenen PFD & Saroso JS (1975) Mass treatment of Malayan filariasis in the Gumbassa irrigation area of Central Sulawesi. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 6:206-210.

- bangun dari tempat tidur atau tidak cukup kuat untuk memasak dan mandi karena demam.¹⁴
5. Di Pulau Buru, pengobatan dengan dosis rendah dipakai di suatu desa dengan tingkat Mf sebesar 43 %. Tim dari pusat hampir dibunuh oleh penduduk desa enam bulan kemudian setelah mereka kembali ke Pulau Buru. Penduduk desa mengeluh karena mereka tidak bisa bekerja selama dua bulan setelah pengobatan karena menderita demam, adenolymfangitis (ADL).¹⁵
 6. Di Lembah Palu, Sulawesi Tengah, dosis yang dipakai adalah 100 mg setiap minggu selama 30 minggu, diikuti dengan dosis setiap hari sebanyak 100 mg diberikan selama 10 hari. Tingkat Mf berkurang dari 19% menjadi 2% dalam satu tahun.¹⁶
 7. Di Desa Nunkolo (Kabupaten Timor Tengah Selatan), Provinsi NTT, Dinas Kesehatan mencoba dengan pengobatan garam DEC untuk masyarakat umum. Tingkat Mf berkurang dari 14% menjadi 2% selama satu tahun. Tetapi upaya ini tidak berlanjut karena dominasi produksi garam lokal dan harga DEC iodat yang terlalu mahal untuk keberlanjutannya.
 8. Sebuah studi yang dibantu SISKES dan dilakukan bersama Universitas Indonesia dan Bernhard Nocht Institute merupakan penelitian sistematis yang pertama dilakukan untuk menilai/mengkaji efek-efek dari pengobatan dosis tunggal menggunakan DEC dan albendazole terhadap infeksi *Brugia timori*. Hasil akhir dari penelitian tersebut akan tersedia pada akhir 2005; tetapi hasil penelitian awal menunjukkan bahwa efek membunuh dari kombinasi obat sama efisiennya untuk *B. timori*. Rata-rata geometrik kepadatan Mf menurun pada hari ke tujuh setelah pengobatan yaitu dari 257 Mf/ml menjadi 8 Mf/ml untuk pasien dengan infeksi *B. timori* yang diobati dengan DEC and Albendazole.¹⁷

Pengobatan dosis rendah di Indonesia belum berhasil dalam eliminasi penyakit ini selama 34 tahun terakhir sehingga Indonesia memutuskan untuk mengikuti pedoman WHO yang terbaru tahun 1999. Hal ini disebabkan karena dengan pengobatan dosis tunggal terjadi peningkatan cakupan pengobatan dan distribusi obat relatif lebih mudah dan murah.

¹⁴ Partono F, Purnomo, Soewarta A & Oemijati S (1984) Low dosage diethylcarbamazine administered by villagers for the control of timorian filariasis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 78:370-2.

¹⁵ Oemijati, 1999.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Supali et al, 2002a.

2.4.2 Rencana dan Tujuan

Program Nasional di Indonesia telah dilakukan sejak tahun 1970. Departemen Kesehatan memperkirakan bahwa terdapat 150 juta orang yang beresiko terinfeksi LF. Pengobatan massal (MDA) putaran pertama di tingkat nasional yang mengikuti pedoman GAELF dimulai pada tahun 2002 dan menjangkau rata – rata 79 % (kurang lebih dalam kisaran 59 – 96,5 %) dari 250.000 penduduk beresiko.¹⁸

Pada saat ini program eliminasi LF di Indonesia mengacu pada rekomendasi internasional yaitu untuk memutuskan rantai penularan cacing dengan cara mengurangi secara drastis jumlah microfilaria dalam tubuh manusia, dengan demikian mengurangi potensi penularan dalam nyamuk. Tujuan utama dari program ini yakni untuk mengurangi tingkat Mf di Indonesia menjadi dibawah 1%. Untuk melakukan ini, program ELF merekomendasikan untuk menerapkan pendekatan dua strategi pokok eliminasi LF yang terdiri dari: pengobatan massal (MDA) dengan menggunakan kombinasi DEC dan albendazole pada daerah di Indonesia yang tidak endemis onchocerciasis dan mengurangi kecacatan terhadap penderita kronis LF.

Program LF nasional telah berencana untuk menangani 60 juta penduduk pada 2010.

3 Maksud Alat Bantu

Maksud dari Alat Bantu ini adalah untuk menyediakan pedoman praktis dan menyeluruh bagi eliminasi LF di tingkat kabupaten. Alat Bantu ini akan menyediakan informasi dasar, cara melakukan survei dasar, mekanisme pelaporan, alat praktis untuk advokasi dan pencarian dana di tingkat kabupaten, pedoman pelatihan, prosedur sosialisasi di tingkat masyarakat dan pelaksanaan pengobatan massal (MDA), prosedur pemantauan dan evaluasi untuk mengetahui berhentinya transmisi LF.

Alat Bantu ini berfungsi sebagai pelengkap terhadap program pelatihan pusat dan provinsi dan sebagai pedoman pelatihan di tingkat kabupaten. Modifikasi terhadap aspek teknis akan dilakukan pada edisi – edisi berikutnya. Alat Bantu ini dapat diubah sesuai persetujuan tingkat pusat dan tim kerja.

¹⁸ WHO (2003) Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: Annual Report on Lymphatic Filariasis 2002. Geneva, World Health Organization.

3.1 Sasaran Pengguna

Sasaran pengguna Alat Bantu ini adalah petugas Dinas Kesehatan Kabupaten (khususnya Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Sub Dinas P2M, Seksi eliminasi LF, gudang obat, seksi pelayanan kesehatan dan promosi kesehatan) dan pengelola program LF provinsi. Dengan diterapkannya otonomi di Indonesia, pengelola program LF provinsi akan menyediakan pedoman teknis, pelatihan, supervisi dan koordinasi untuk Tim Dinas Kesehatan Kabupaten. Idealnya, harus ada satu staf di tingkat provinsi yang bertanggung jawab terhadap eliminasi LF dan yang memiliki anggaran yang memadai untuk mengunjungi kabupaten – kabupaten yang ada dalam satu provinsi yang telah memulai atau berniat untuk memulai program eliminasi LF.

Di tingkat kabupaten, Alat Bantu ini akan menyediakan penjelasan rinci tentang langkah – langkah yang harus dilakukan untuk mengeliminir LF bagi tim eliminasi. Seharusnya ada satu staf di Dinas Kesehatan Kabupaten yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir dan mengadakan supervisi terhadap program LF di kabupaten masing – masing dan yang akan melibatkan staf dinas lain (gudang obat, promosi kesehatan, pelayanan kesehatan) dalam aspek teknis dan implementasi program.

Karena eliminasi LF membutuhkan komitmen dari pemerintah maupun masyarakat untuk jangka waktu minimal 5 tahun, sangatlah penting untuk sejak awal memastikan bahwa pejabat yang bertanggung jawab di tingkat kabupaten maupun provinsi berkomitmen untuk tetap pada jabatannya selama masa program eliminasi. Perubahan posisi petugas yang terlalu sering bisa mengakibatkan penundaan kegiatan dan biaya tambahan untuk program. Alat Bantu ini akan menyediakan pedoman dan uji petik bagi personil yang bertugas sebagai pengelola program LF di tingkat provinsi maupun kabupaten. Alat bantu ini juga memberikan pedoman untuk melakukan kunjungan mentor diantara kabupaten-kabupaten.

Pemerintah pusat juga merupakan sasaran dari alat Bantu ini. Petunjuk-petunjuk yang diuraikan disini menggambarkan standar-standar yang paling baru dan diterima untuk eliminasi LF di Indonesia. Alat Bantu ini juga dapat membantu dalam workshop TOT (Training of Trainers) untuk pejabat provinsi.

3.2 Tujuan dari Alat Bantu

Tujuan dari Alat Bantu ini adalah:

1. Untuk memberi garis besar langkah – langkah penting dalam program eliminasi LF dalam bahasa yang sederhana, praktis dan relevan;
2. Untuk standardisasi pedoman teknis untuk semua provinsi dan kabupaten;
3. Untuk mendorong kerja sama tim antara berbagai program dan bagian yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten;
4. Untuk menyediakan pedoman pelatihan teknis yang akan disediakan oleh tim Departemen Kesehatan Pusat dan tim Dinas Kesehatan Provinsi;
5. Untuk memasukkan semua format pelaporan dan pemantauan yang diperlukan ke dalam satu CD; dan
6. Untuk menyediakan alat yang penting untuk melakukan advokasi dan untuk mengembangkan bahan promosi yang spesifik lokal.

3.3 Bagaimana menggunakan alat bantu ini?

Bagian awal dari bab – bab dalam Alat Bantu ini dimulai dengan tujuan untuk masing – masing bab dan apa yang harus dipahami dan seharusnya dilakukan setelah mempelajari bab ini. Pada beberapa bagian, akan ada kotak abu – abu yang berjudul “Uji petik dari pengalaman Lapangan...” yang akan memberikan contoh kongkrit dari program eliminasi LF di seluruh Indonesia. Setiap bab akan diakhiri dengan daftar hal – hal yang perlu diingat. Apabila anda mendapati simbol “☺”, maka bahan tersebut tercantum dalam CD yang menyertai Tool Kit ini.

3.4 Material-material pendukung dan CD

CD yang melengkapi Alat Bantu ini memiliki bahan – bahan berikut:

- Semua format pelaporan dan pemantauan yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, Sub Direktorat Filariasis
- Bench Aids untuk diagnosis infeksi filaria (WHO – Geneva)¹⁹
- Modul Pelatihan bagi Staf Dinas Kesehatan Kabupaten (2 hari)
- Modul Pelatihan bagi Tenaga pembantu eliminasi (1 hari)
- Gambar – gambar spesifik LF yang dapat digunakan sebagai bahan promosi
- Foto LF (cacing, nyamuk, manifestasi kronis LF)

¹⁹ ISBN 92 4 154489 9

- Salinan materi promosi (brosur, lembar balik, poster, stiker) yang dikembangkan lewat bantuan proyek GTZ – SISKES
- Slide – slide untuk membantu advokasi ke Pemerintah Kabupaten
- Laporan tentang beban ekonomis LF (Professor Ascobat Gani)
- Contoh Jadwal Kegiatan
- Contoh anggaran

Bab 1: PERSIAPAN

Bab ini menguraikan langkah-langkah yang diperlukan untuk persiapan program eliminasi LF di tingkat kabupaten. Jika anda tertarik untuk mulai program eliminasi LF di daerah anda, maka diasumsikan bahwa anda mencurigai adanya penularan LF di daerah anda karena informasi tentang adanya kasus-kasus kronis dari penyakit tersebut atau laporan-laporan terdahulu tentang tingkat Mf. Bab ini akan memandu anda menentukan apakah ada penularan yang berkelanjutan di daerah anda dan apakah daerah anda bisa dianggap endemis (tingkat Mf >1%) sehingga perlu adanya pengobatan massal (MDA).

Pada akhir bab ini, anda akan mampu:

- 1. Memahami definisi dan pentingnya Unit Pelaksanaan (*Implementation Unit – IU*) dan menentukan pendekatan apa yang akan anda pakai;**
- 2. Melaksanakan survei dasar (baseline) di daerah anda untuk mengetahui jumlah kasus kronis serta tingkat Mf di 4 desa/kelurahan dan memetakan hasil-hasil yang diperoleh;**
- 3. Melaporkan temuan-temuan survei kepada pihak-pihak yang tepat;**
- 4. Melakukan advokasi pendahuluan terhadap pemerintah daerah dan mendapat dukungan awal mereka untuk program eliminasi LF di daerah anda;**
- 5. Melaporkan temuan – temuan survei kepada pemerintah tingkat pusat dan provinsi;**
- 6. Mempersiapkan pelatihan teknis bagi petugas kesehatan di daerah anda.**

1 Tanggung Jawab pemerintah

1.1 Program tingkat nasional pada Departemen Kesehatan

Program nasional bertanggung jawab untuk melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

- Pengembangan dan pemeliharaan panduan teknis nasional;
- Pelatihan pelatih (training of trainers) dan pelatihan untuk staff dinas kesehatan provinsi dan kabupaten;
- Monitoring dan evaluasi;
- Pencatatan dan Pelaporan;
- Hubungan dengan badan-badan internasional (WHO, GSK, dll.);
- Pengadaan Albendazole dari WHO;
- Pengadaan obat-obatan untuk penatalaksanaan efek samping; dan

- Pengarahan dan supervisi proyek-proyek penelitian nasional yang berkaitan dengan LF.

1.2 Tingkat Provinsi

Tingkat provinsi bertanggung jawab untuk melakukan koordinasi dengan kabupaten dan memastikan standar-standar nasional dipakai untuk kampanye eliminasi. Secara khusus mereka bertanggung jawab untuk:

- Pelatihan kala karya untuk survei dasar (*baseline survei*);
- Pelatihan 6 hari bagi staff dinas kesehatan di tingkat kabupaten;
- Pemantauan / Monitoring;
- Bantuan logistik dan distribusi obat;
- Evaluasi; dan
- Pengembangan materi-materi promosi (dianjurkan).

Diperlukan adanya sebuah badan multi sektor di tingkat provinsi yang akan meninjau dan memberi masukan untuk program - program di tingkat nasional dan provinsi.

1.3 Tingkat Kabupaten

Tanggung jawab tingkat kabupaten diuraikan dalam Alat Bantu ini secara rinci mulai dari survei baseline sampai pada persiapan, pelatihan, pelaksanaan pengobatan massal (MDA), penatalaksanaan kasus kronis, monitoring dan evaluasi.

2 Memulai

2.1 Konteks Umum

Sebelum memulai eliminasi LF, penting bagi anda dan tim memahami seberapa jauh LF yang terjadi di daerah anda. Berdasarkan informasi dasar (baseline) yang akan anda kumpulkan pada bab ini, anda akan mampu menentukan apakah anda perlu melakukan pengobatan massal (MDA) sesuai dengan pedoman nasional dan internasional. Langkah – langkah awal ini sangat penting karena akan menentukan biaya serta perangkat / alat yang diperlukan untuk kampanye eliminasi LF, jika di daerah anda ditemukan endemis LF. Konteks umum ini termasuk penentuan ukuran Unit Pelaksanaan dan pelaksanaan survei informasi dasar yang akan memberikan anda ide tentang luasnya LF di daerah-daerah tertentu di kabupaten anda.

2.2 Bagaimana menilai LF di daerah anda? (Informasi dasar)

Untuk menilai LF di daerah anda, ada beberapa langkah yang harus dilakukan yaitu:

1. Melihat kembali informasi yang ada;
2. Survei cepat kasus – kasus kronis;
3. Survei Darah Jari (blood smear) untuk menilai tingkat Mf.

Informasi yang dikumpulkan pada tahap ini – yang memberikan informasi apakah daerah anda termasuk endemis LF – akan menjadi informasi dasar untuk monitoring dan evaluasi di kemudian hari.

2.2.1 Melihat kembali informasi yang sudah ada tentang distribusi LF di daerah anda

Sebelum memulai suatu survei, penting untuk melihat kembali informasi – informasi yang sudah ada sebelumnya yang berkaitan dengan LF di daerah anda. Beberapa kemungkinan sumber – sumber seperti:

- Laporan-laporan dari LSM atau intervensi kesehatan;
- Penelitian medis;
- Laporan-laporan historis;
- Catatan / rekaman dari Dinas Kesehatan;
- Sebutan umum / nama lokal untuk penyakit.

Uji Petik dari pengalaman lapangan..

Di Kabupaten Alor, Dinas Kesehatan Kabupaten menggunakan informasi yang sudah ada dari penelitian yang dilakukan oleh Universitas Indonesia, University of Hamburg dan GTZ SISKES tentang prevalensi LF di dua desa: Mainang dan Wolwal. Dengan menggunakan data dari tim peneliti ini, Kabupaten Alor dapat menghemat waktu serta sumber daya dalam menentukan seberapa jauh LF ada di daerah tersebut: di Mainang sampai 27% penduduk ditemukan Mf positif. (Supali et al. 2001).

2.2.2 Survei Cepat oleh Kabupaten di Wilayah Kerja Puskesmas

Untuk menilai keberadaan LF di kabupaten anda, anda perlu mengadakan sebuah survei cepat demi mengetahui ada tidaknya kasus LF kronis di daerah anda. Survei Cepat ini ☺ akan dilakukan oleh tim Dinas Kesehatan Kabupaten bersama-sama puskesmas – puskesmas. Kemudian puskesmas akan bekerja sama dengan orang – orang kunci di desa / kelurahan (guru, kepala desa/kelurahan, pemimpin agama dan kader kesehatan) untuk mengidentifikasi jumlah orang yang menderita tanda – tanda kronis infeksi LF yaitu kaki

gajah (elefantiasis) dan hidrokela. Jumlah kasus hidrokela dan elefantiasis harus dihitung untuk setiap desa/kelurahan. Tidak perlu menuliskan nama penderita. Perlu dituliskan umur karena jika penderita kaki gajah sudah tua maka daerah tersebut mungkin tidak ada transmisi lagi (penderita kaki gajah menjadi monumen bahwa daerah tersebut pernah menjadi endemis filariasis).

Setelah hasil survei di terima, tim Dinas Kesehatan Kabupaten akan memiliki gambaran tentang berapa banyak kasus kronis di daerah kerjanya. Hasil survei cepat harus dihimpun / disusun dalam bentuk laporan dan dikirimkan ke tingkat provinsi dan pusat. Berdasarkan hasil survei cepat tersebut, tim Dinas Kesehatan Provinsi perlu mengirimkan tenaga ke kabupaten untuk melakukan pelatihan kala karya (on-the-job training) tentang metode yang tepat untuk melakukan survei darah jari untuk mengetahui tingkat/besaran Mf (Mf rate).

2.2.3 Pelatihan Kala Karya (On-the-job training) dan Survei Darah Jari

Seperti disebutkan dalam [bagian 2.2.2.](#), tim Dinas Kesehatan Provinsi akan mengirimkan salah satu pegawainya untuk melatih dan bekerja sama dengan Tim Dinas Kesehatan Kabupaten untuk melaksanakan survei darah yang diperlukan untuk mengetahui tingkat Mf (Mf rate) pada masyarakat. Peserta dari Dinas Kesehatan Kabupaten yang harus mengikuti pelatihan ini adalah petugas dari laboratorium, pemberantasan penyakit menular dan promosi kesehatan. Tim ini harus meninjau hasil survei cepat dan memilih empat desa/kelurahan yang memiliki jumlah kasus LF kronis tertinggi sebagai lokasi survei darah. Biasanya di daerah tempat ditemukannya kasus hidrokela atau elefantiasis, prosentase mikrofilariemia – positif biasanya lebih besar dari 5%. Di setiap desa/kelurahan yang dipilih, 500 orang harus diperiksa menggunakan pipet 20 µl darah jari yang dikeringkan pada slide, diwarnai dan diamati di bawah mikroskop sesuai dengan prosedur standar. (Lihat Bench Aids ☺ dan pedoman DepKes). Karena ketiga spesies cacing filaria yang ditemukan di Indonesia aktif pada waktu malam hari, darah yang akan diperiksa harus dikumpulkan pada waktu antara jam 12 malam – 2 dini hari agar microfilariae yang beredar dalam darah dapat diamati. Pengumpulan darah malam membutuhkan dukungan operasional yang semakin banyak dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Orang – orang di desa/kelurahan yang dipilih harus memahami mengapa darahnya perlu diambil dan Sub Dinas Penyuluhan dan Peran Serta Masyarakat harus berpartisipasi dalam pengumpulan darah malam hari sehingga ada cukup sosialisasi / penyuluhan kepada kepala desa / kelurahan dan kepada masyarakat sendiri. Tanpa komponen komunikasi, sulit bagi petugas kesehatan untuk melakukan tes terhadap 500 orang dari tiap desa / kelurahan. Sosialisasi

atau penyuluhan sebaiknya dilakukan satu hari sebelum dilakukan pengambilan darah jari malam. Sosialisasi harus dilakukan satu hari sebelum dilakukan survei darah jari.

Jika hasil survei Mf menunjukkan bahwa terdapat Mf rate \geq 1% microfilaraemia positif, maka sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional, kabupaten anda merupakan daerah endemis transmisi LF dan memenuhi syarat untuk melakukan Pengobatan massal (MDA).

2.2.4 Menggabungkan hasil-hasil

Apabila anda telah mendapatkan hasil-hasil dari dua survei tersebut, anda harus memasukkannya ke dalam tabel berikut untuk pelaporan.

Desa/kelurahan	Gejala-gejala kronis LF		Tingkat Mf	Total penduduk
	Hidrokel	Elefantiasis		
1				
2				
3				
4				

Jika tingkat Mf dari desa/kelurahan ini di atas atau sama dengan 1% maka daerah anda termasuk endemis LF dan memenuhi syarat untuk dilakukan pengobatan massal (MDA).

2.2.5 Pemetaan (Mapping)

Apabila kedua survei tersebut (Survei Cepat dan Survei Darah Jari) telah selesai, Tim Dinas Kesehatan Kabupaten harus memetakan hasil survei tersebut untuk kabupaten. Pemetaan ini harus dilakukan untuk kasus klinis maupun untuk tingkat Mf (Mf rate) yang dideteksi lewat survei darah jari. Kalau memungkinkan, hasil – hasil ini harus dikombinasikan dengan data pemetaan kesehatan yang sudah ada demi pemaduan kegiatan eliminasi LF dengan kegiatan pengendalian penyakit lain yang sudah ada.

Pemetaan kabupaten harus membedakan antara data kasus klinis yang dilaporkan dengan data tingkat Mf (Mf rate) yang didapatkan dari keempat desa/kelurahan tempat dilakukannya survei darah jari. Pemetaan harus juga menyertakan informasi tentang LF yang telah ada sebelumnya yang mungkin telah dikumpulkan pada penilaian awal ([lihat 2.2.1.](#)). Daerah – daerah yang terbukti mempunyai Mf rate positif atau yang mempunyai kasus kronis harus diberi warna merah. Daerah – daerah yang tidak mengalami transmisi LF harus diberi warna hijau; dan daerah – daerah yang tidak diketahui harus diberi warna

abu – abu. Tidak perlu untuk menentukan apakah daerah – daerah yang ditandai abu –abu positif LF atau tidak karena anda telah mendapati lewat survei darah jari bahwa kabupaten anda endemis LF dan karena itu berhak melakukan pengobatan massal (MDA).

Peta ini sangat penting untuk mengetahui daerah mana saja yang perlu untuk dipusatkan untuk kegiatan pengurangan kecacatan akibat kasus kronis. Kabupaten yang akan melakukan pengobatan massal (MDA) secara bertahap akan mampu mengidentifikasi kecamatan mana saja yang harus ditandai merah dan memiliki tingkat transmisi yang paling tinggi sehingga digunakan sebagai titik awal pelaksanaan Pengobatan massal (MDA) yang nantinya akan dilanjutkan ke kecamatan lain. Peta ini juga akan membantu kabupaten karena pada saat evaluasi terakhir perlu dilakukan pengujian (tes) terhadap daerah – daerah yang memiliki tingkat Mf (Mf rate) tertinggi saat dilakukan survei dasar.

Apabila pemetaan survei Mf telah selesai dilakukan dan Kabupaten dikatakan sebagai endemis (prevalensi LF ≥ 1), maka seluruh Kabupaten dianggap beresiko transmisi LF.

2.3 Menentukan Unit Pelaksanaan (*Implementation Unit - IU*)

2.3.1 Mengapa Unit Pelaksanaan penting dan apa artinya?

Unit Pelaksanaan (*Implementation Unit – IU*) didefinisikan sebagai tingkat pemerintahan di sebuah negara tempat diambilnya keputusan untuk memberikan obat anti – filaria kepada seluruh penduduk di daerah tersebut jika daerah tersebut dinilai endemis transmisi filaria.

Unit Pelaksanaan di Indonesia adalah tingkat kabupaten, terkecuali daerah-daerah dimana distribusi LF sangat vokal, dimana Unit Pelaksanaan mungkin lebih kecil, seperti kecamatan. Tetapi karena pada umumnya kabupaten merupakan Unit Pelaksanaan, kita akan terus merujuk Unit Pelaksanaan sebagai kabupaten dalam dokumen ini. Dengan demikian, Kepala Dinas dan Pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten akan bertanggung jawab untuk program ini di kabupatennya. Di Indonesia telah ditetapkan dua alternatif untuk dilakukan pengobatan massal (MDA) pada Unit Pelaksanaan:

1. Pengobatan massal (MDA) serempak bagi penduduk kabupaten (All-at-once MDA for entire IU): Jika kabupaten mampu dan mempunyai dana, mereka dapat memulai pengobatan massal (MDA) bagi semua orang di semua bagian Unit Pelaksanaan Unit Pelaksanaan atau kabupaten secara serempak tanpa memperhatikan status

infeksi²⁰. Keuntungan dari pendekatan ini yakni pelatihan dan sosialisasi dapat dilakukan pada satu waktu dan keseluruhan kampanye pengobatan massal (MDA) akan selesai dalam jangka waktu 5-6 tahun. Pendekatan ini secara khusus cocok untuk kabupaten-kabupaten dengan jumlah penduduk yang sedikit. Sangat dianjurkan untuk menggunakan pengobatan serempak karena alasan-alasan sebagai berikut:

- a. Sosialisasi dimaksimalkan dan semua orang sadar akan adanya pengobatan massal di kabupaten;
- b. Pedoman untuk monitoring dan evaluasi ditujukan untuk kabupaten sebagai Unit Pelaksanaan;
- c. Lebih murah karena selesai dalam jangka waktu 5-6 tahun;
- d. Secara epidemiologis, ini merupakan pilihan terbaik: yaitu untuk mengurangi penularan di seluruh Unit Pelaksanaan sekaligus;
- e. Logistik dan pengadaan obat lebih mudah.

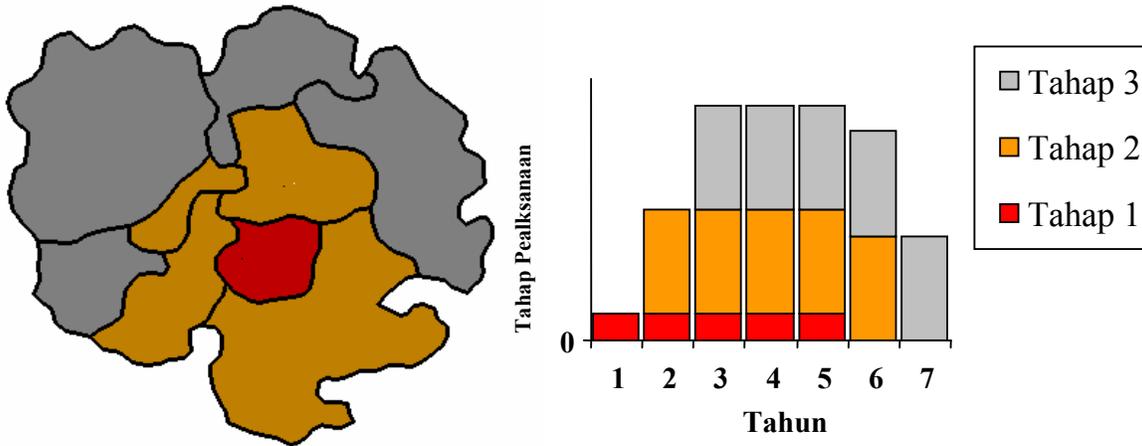
2. Pengobatan massal (MDA) Secara bertahap (Accelerated step-by-step MDA): Jika jumlah penduduk dalam kabupaten banyak atau jika dana dari pemerintah kabupaten terbatas, sebaiknya memakai kabupaten sebagai Unit Pelaksanaan yang menjalankan monitoring dan pelaporan; tetapi pelaksanaannya akan dimulai dari kecamatan dengan tingkat Mf tertinggi dan kemudian disusul dengan kecamatan-kecamatan yang berdekatan pada putaran-putaran berikutnya. Semua kecamatan harus tercakup dalam 5 tahun pada permulaan pelaksanaan. Diagram berikut menguraikan proses dengan warna merah melambangkan daerah-daerah dengan tingkat Mf yang tinggi, dan tahap 2 dan tahap 3 yang diintroduksi di sekeliling warna merah atau daerah pertama. Keuntungan dari pendekatan ini ialah jika dana terbatas pada awal program, pengobatan massal (MDA) tetap dapat dilaksanakan. Keuntungan lainnya yaitu jika jumlah penduduknya besar di satu atau dua kecamatan maka upaya-upaya dapat lebih dikonsentrasikan dari tingkat kabupaten dalam bentuk supervisi, logistik dan koordinasi pada tingkat kecamatan.

Kelemahan-kelemahan utama dari pendekatan ini yaitu:

- a. Ketidakpastian dalam adaptasi pedoman untuk monitoring dan evaluasi;
- b. Meningkatnya biaya secara keseluruhan karena tahapan – tahapan bisa sampai 7 tahun (lihat diagram);

²⁰ Dengan pengecualian bagi ibu hamil, ibu menyusui, anak-anak di bawah usia 2 tahun atau yang sakit parah. Hal ini akan dibahas pada bab-bab selanjutnya.

- c. Kecamatan mungkin tidak memahami mengapa mereka tidak mendapat pengobatan sementara kecamatan tetangganya mendapatkannya (kehilangan momentum kecamatan);
- d. Secara epidemiologis kurang efektif secara epidemiologis untuk eliminasi



2.3.2 Menetapkan ukuran Unit Pelaksanaan

Berdasarkan informasi diatas, anda perlu memutuskan pendekatan apa yang akan dipakai untuk kabupaten anda, apakah pengobatan massal (MDA) serempak bagi seluruh penduduk kabupaten (All-at-once) atau bertahap (Step-by-step). Keputusan ini harus diambil berdasarkan koordinasi dengan tingkat provinsi yang dapat memberikan advis tentang kekurangan serta manfaat dari kedua pendekatan. Jika memungkinkan, sebaiknya pengobatan dilakukan di seluruh Unit Pelaksanaan pada waktu yang sama, karena akan mengurangi biaya dan juga merupakan pendekatan yang lebih baik dari sudut pandang epidemiologi.

Pendekatan manapun yang dipakai, anda hendaknya tetap melakukan survei dasar (baseline) untuk seluruh Unit Pelaksanaan (atau kabupaten).

2.4 Kepada siapa hasil survei dasar harus dilaporkan? (Kabupaten, Provinsi, Pusat)

Apabila hasil survei telah didapatkan, anda harus melaporkan hasil temuan ke pemerintah kabupaten yang akan bertanggung jawab untuk menyediakan dana untuk program eliminasi LF dan kemudian ke provinsi dan pusat untuk perencanaan, pelatihan dan penyediaan obat. Pelaporan yang singkat dan tepat waktu akan mengurangi keseluruhan waktu yang

diperlukan untuk program. Tabel berikut memberikan garis besar tujuan pelaporan ke setiap tingkat pemerintahan dan apa saja yang diharapkan dari pelaporan yang dilakukan:

Kepada siapa?	Apa isi laporan?	Bagaimana menyajikan?	Mengapa pelaporan perlu dilakukan?
Pemerintah Daerah Kabupaten (Komisi E DPRD, Bupati, BAPPEDA)	<ul style="list-style-type: none"> - Apa itu Filariasis Limfatik? - Apa saja konsekuensi LF secara ekonomis? - Berapa banyak LF di kabupaten anda? - Bagaimana mengeliminasi LF? 	<ul style="list-style-type: none"> - Film - Slides dengan foto - Laporan Prof Ascobat Gani - Peta Prevalensi dan Kasus kronis LF 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mendapatkan dukungan keuangan dan politis selama waktu 5-7 tahun yang diperlukan untuk eliminasi LF. - Untuk memperkenalkan konsep pengobatan massal (MDA) dan untuk mempersiapkan pengintegrasinya ke Rencana Strategis.
Dinas Kesehatan Provinsi	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil survei Mf - Pemetaan hasil survei Mf dan kasus kronis - Dukungan dari pemerintah kabupaten (dukungan dana yang akan diberikan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Peta - Hasil Survei epidemiologis 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk merencanakan pelatihan kepada tim Dinas Kesehatan Kabupaten oleh tim provinsi. - Untuk menunjukkan bahwa ada komitmen dukungan keuangan dan politis dari pemerintah kabupaten terhadap program eliminasi LF.
Departemen Kesehatan, Sub Dit Filariasis	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil survei Mf - Pemetaan hasil survei Mf dan kasus kronis - Dukungan dari pemerintah kabupaten (dukungan dana yang akan diberikan) - Data jumlah penduduk total 	<ul style="list-style-type: none"> - Peta - Hasil survei epidemiologis - Data sensus 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menunjukkan bahwa ada komitmen dukungan keuangan dan politis dari pemerintah kabupaten terhadap program eliminasi LF. - Untuk memberikan data jumlah penduduk kabupaten sehingga pemerintah pusat dapat memesan albendazole untuk Pengobatan massal (MDA).

2.4.1 Advokasi ke Pemerintah Kabupaten

Advokasi ke pemerintah kabupaten sangat penting demi keberhasilan program eliminasi LF. Karena sistem pemerintahan di Indonesia telah didesentralisasi, kabupaten akan menjadi penanggung jawab penuh untuk pembiayaan kampanye ini selama jangka waktu 5 – 7 tahun yang diperlukan untuk memastikan bahwa LF telah dieliminir. Banyak politikus di kabupaten anda yang mungkin belum pernah mendengar tentang LF atau belum memahami beban keuangan apa saja yang ditanggung oleh penduduk di kabupaten anda. Sebaiknya anda mengadakan kontak terlebih dahulu dengan Dinas Kesehatan Provinsi sebelum mengadakan advokasi demi mendapatkan dukungan dari mereka lewat kegiatan advokasi di daerah anda. Dalam kontak pertama dengan pemerintah kabupaten, sebaiknya menekankan pokok – pokok berikut:

1. Apakah Filariasis Limfatik itu? (cacing parasit yang ditransmisikan oleh nyamuk)
2. Filariasis Limfatik merupakan masalah di kabupaten anda. (Tunjukkan peta dan hasil survei epidemiologis.)
3. LF merupakan masalah kesehatan masyarakat yang memberikan beban keuangan kepada kabupaten anda. (⊕ Himpun hasil survei dalam laporan Prof. Ascobat Gani)
4. LF dapat dieliminir lewat pengobatan massal (MDA) selama lima tahun terhadap seluruh penduduk kabupaten yang telah berumur 2 tahun ke atas; kecuali wanita hamil dan menyusui serta orang yang sakit berat.
5. Ada komitmen secara nasional di Indonesia untuk eliminasi LF.
6. Kombinasi obat yang diminum juga akan membunuh 5 jenis cacing usus; karena itu secara langsung akan meningkatkan derajat kesehatan dan gizi penduduk, khususnya anak usia sekolah.

2.4.1.1 Bahan - Bahan

Agar advokasi dengan pemerintah kabupaten tetap relevan, sederhana dan informatif, sebaiknya dihindari seminimal mungkin penggunaan informasi yang terlalu bersifat ilmiah dan medis dan pusatkan lebih banyak perhatian pada kecacatan, dampak ekonomi LF, kemungkinan untuk mengeliminir LF dan manfaat tambahan terhadap cacingan.

Bahan – bahan yang perlu disarankan untuk digunakan dalam advokasi adalah film singkat berdurasi 18 menit yang telah dibuat untuk kabupaten Alor, brosur – brosur serta slide yang disertakan dalam Alat Bantu ini. Jika memungkinkan, sebaiknya staf Dinas Kesehatan

Provinsi atau Departemen Kesehatan pada Unit Pelaksanaan diundang hadir dalam advokasi demi mendapatkan dukungan tambahan.

Pertemuan pertama dengan pemerintah kabupaten dimaksudkan untuk memberi informasi dan untuk mendapatkan janji bantuan keuangan untuk program eliminasi pada saat penyerahan rencana dan anggaran strategis. Sebaiknya ada dukungan politis dari pemerintah kabupaten untuk kampanye sehingga pemerintah kecamatan dan desa/kelurahan turut mendukung kegiatan tersebut.

(☺ Silahkan lihat bahan – bahan tambahan dalam CD Alat Bantu ini yang berjudul “Advokasi Putaran Pertama kepada Pemerintah Kabupaten” yang didalamnya dilampirkan foto – foto, dan slide dari laporan Prof. Ascobat Gani.)

Uji Petik dari Pengalaman Lapangan...

Di Kabupaten Alor, pertama – tama Dinas Kesehatan Kabupaten menyajikan hasil survei mereka tentang keberadaan LF di kabupaten Alor kepada Bupati dalam sebuah pertemuan tertutup. Setelah pertemuan tersebut, mereka melanjutkan dengan advokasi ke elemen pemerintahan lainnya seperti BAPPEDA dan Komisi E DPRD. Mereka berhasil mendapatkan dana sebesar lebih dari Rp. 100.000.000,- per tahun sebagai dukungan terhadap program eliminasi filariasis selama 5 tahun. Jumlah ini mencapai hampir 10% anggaran Kesehatan Kabupaten dan menunjukkan pentingnya eliminasi filariasis ini bagi pemerintah.

2.4.2 Tingkat Provinsi

Pelaporan ke Dinas Kesehatan Provinsi sangat esensial sehingga mereka dapat memulai merencanakan waktu pelatihan untuk tim Dinas Kesehatan Kabupaten. Staf Dinas Kesehatan Provinsi akan datang ke kabupaten untuk melakukan pelatihan selama satu minggu tentang pelaksanaan Pengobatan massal (MDA) di kabupaten anda. Setelah pelatihan, tim Dinas Kesehatan Provinsi akan memberikan dukungan dan pemantauan yang berkelanjutan selama pengobatan massal (MDA) di kabupaten anda.

2.4.3 Tingkat Pusat

Sebagai kabupaten atau Unit Pelaksanaan, anda harus memberikan laporan temuan anda secara langsung kepada pemerintah pusat sehingga mereka mengetahui bahwa kabupaten anda endemis LF dan bermaksud untuk mengadakan eliminasi LF. Dalam laporan ke pusat ini, penting untuk menyertakan temuan – temuan survei epidemiologis dan Survei Cepat serta penegasan bahwa pemerintah kabupaten akan mendukung eliminasi LF secara politis maupun finansial selama 5-7 tahun. Pastikan bahwa anda menyertakan angka jumlah penduduk total terbaru di kabupaten anda sehingga pusat bisa memesan jumlah obat yang tepat.

Pelaporan ke tingkat pusat sebaiknya dilakukan sebelum bulan Juli agar dapat dimasukkan ke dalam rencana tahun berikutnya. Departemen Kesehatan memesan albendazole dari WHO setelah bulan Juli dan akan menyertakan pesanan anda sehingga pada tahun berikutnya kabupaten anda dapat memulai pengobatan massal (MDA). Perlu diingat bahwa albendazole disediakan tanpa pembayaran oleh GlaxoSmithKline. Dengan demikian kabupaten anda tidak perlu membayar albendazole selama masa program eliminasi namun kabupaten anda harus membayar DEC pada tingkat kabupaten sebesar (<Rp 100 per tablet)²¹ atau mengusulkannya dalam Anggaran Belanja Daerah (APBD).

3 *Pelatihan Teknis untuk Petugas Kesehatan Kabupaten dan Petugas Puskesmas (1 minggu)*

Apabila anda telah melaporkan temuan – temuan tersebut dan pihak pusat dan provinsi sudah mengetahui keinginan kabupaten anda untuk mengeliminir LF dari kabupaten anda, anda perlu melatih petugas kesehatan yang ada di kabupaten anda. Provinsi akan mengutus seorang perwakilan untuk melakukan pelatihan selama satu minggu bagi Tim Dinas Kesehatan Kabupaten dan tim Puskesmas. Pelatihan yang dilakukan mengkombinasikan unsur - unsur yang terdapat dalam Alat Bantu ini dengan pengalaman praktis di lapangan. Alat Bantu ini tidak akan terlalu membahas secara rinci tentang materi-materi pelatihan karena hanya berfungsi sebagai pelengkap pelatihan dan informasi teknis sudah dimasukkan secara rinci.

²¹ Biaya obat dokter = Rp. 9.350,- / 100 tablet 100 mg

Pokok-pokok materi pelatihan meliputi:

- Informasi tentang LF
- Perencanaan
- Persiapan kampanye pengobatan massal (MDA)
- Pelaksanaan pengobatan massal (MDA)
- Monitoring
- Evaluasi

3.1 Temuan – Temuan dari Daerah Endemis

Bagian pertama pelatihan akan meninjau temuan – temuan dari kabupaten anda. Petugas Puskesmas perlu mengetahui sejauh mana keberadaan LF di kabupaten anda sehingga dapat menyampaikan informasi ini secara efektif kepada anggota masyarakat dan kepada kecamatan.

Temuan – temuan di daerah endemis akan menentukan bagaimana memulai pengobatan massal (MDA), tergantung dari strategi pengobatan massal (MDA) yang dipilih (langkah demi langkah atau sekaligus). Jika kabupaten memilih pendekatan pengobatan massal (MDA) langkah demi langkah, pertama – tama pengobatan harus difokuskan pada kecamatan dengan tingkat Mf (Mf rate) tertinggi.

3.2 Pengobatan massal (MDA), Tata Laksana Kasus, Kesadaran, Pengalaman di Lapangan

Pada bagian ini, pelatihan akan mereview:

1. Kriteria untuk pengobatan massal (MDA) – semua penduduk yang tinggal di Unit Pelaksanaan endemis dianggap sebagai beresiko terkena LF dan karena itu harus diberi obat sekali setahun dalam jangka waktu minimal lima tahun. Penduduk yang tidak boleh minum obat adalah: ibu hamil dan ibu menyusui, anak – anak di bawah umur 2 tahun dan orang – orang yang sakit berat. Protokol pemberian obat adalah sebagai berikut:

Umur	DEC (100 mg)	Albendazole (400 mg)
2 – 6 tahun (pra-sekolah)	1 tablet ●	1 tablet ○
7 – 12 tahun (SD)	2 tablet ● ●	1 tablet ○
13 – dewasa (SMA +)	3 tablet ● ● ●	1 tablet ○

Obat – obatan untuk mengatasi efek samping juga akan disediakan oleh petugas kesehatan. Dalam pelatihan ini, tim pelatih akan menjelaskan tentang potensi efek samping obat yang diberikan: yaitu tentang apa yang akan terjadi dan menganjurkan agar setiap orang melaporkan kasus – kasus efek samping yang parah (indikator efek samping yang parah adalah efek samping yang memerlukan rawat nginap atau mengakibatkan kematian).

2. Tata laksana kasus; orang–orang yang menderita LF kronis (hidrokel dan elefantiasis) akan diobati dengan menggunakan DEC (100 mg) 3 x 1 per hari selama 10 hari pada tahun pertama pengobatan massal (MDA). Pada tahun – tahun berikutnya mereka akan mengikuti pengobatan massal (MDA) regular dan meminum obat sesuai dengan yang direkomendasikan. Namun demikian patut dicatat bahwa kebanyakan pasien yang mengalami gejala kronis (misalnya hidrokel dan elefantiasis) biasanya amikrofilaraemik, artinya tidak memiliki cacing yang masih hidup; karena itu pengobatan dengan DEC tidak akan membawa dampak.
3. Bagaimana menyadarkan masyarakat tentang pengobatan massal (MDA) dan bagaimana memastikan cakupan pengobatan tinggi (>80% dari total penduduk).
4. Pelatihan praktis di lapangan

3.3 Pengurangan dan Pencegahan Kecacatan

1. Tata laksana kasus kronis yaitu berupa elefantiasis dan hidrokel
2. Berbagai stadia elefantiasis pada tungkai dan bagaimana merawatnya
3. Perlunya melibatkan keluarga dalam pelatihan
4. Operasi Boa Besar (Hidrokel)

4 Hal – hal yang harus diingat dari Bab

- **Unit Pelaksanaan (Implementation Unit)** dijabarkan sebagai tingkat pemerintahan di sebuah negara tempat diambilnya keputusan untuk memberikan obat anti – filaria kepada seluruh penduduk di daerah tersebut jika daerah tersebut dinilai endemis transmisi filaria.
- Di Indonesia, Unit Pelaksanaan adalah kabupaten.
- Terdapat dua metode untuk melakukan pengobatan massal (MDA) di kabupaten: **langkah demi langkah** dan **sekaligus**. Direkomendasikan untuk melakukan pengobatan sekaligus jika Unit Pelaksanaan mampu dan bersedia membiayainya.
- Untuk mendapatkan informasi dasar tentang prevalensi LF harus dilakukan **Survei Cepat (Rapid Survey)** ke puskesmas–puskesmas dan informasi ini harus dilaporkan ke Seksi LF di tingkat provinsi.
- Setelah Pelatihan Kala Karya (**on-the-job training**) yang diberikan Dinas Kesehatan Provinsi sudah selesai, harus dilakukan **Survei Darah Jari** di 4 desa/kelurahan yang mempunyai kasus kronis yang paling banyak dalam rangka mengukur tingkat Mf (Mf rate).
- Hasil survei dasar harus **dipetakan** untuk seluruh Unit Pelaksanaan.
- Jika **prevalensi LF $\geq 1\%$** , maka Unit Pelaksanaan bersangkutan endemis LF dan bisa melakukan Pengobatan Massal.
- Hasil pemetaan dan survei dasar harus dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi, Sub Direktorat LF di tingkat Pusat dan kepada pemerintah kabupaten untuk tujuan advokasi.
- **Satu minggu** pelatihan oleh tim Dinas Kesehatan Provinsi di tingkat kabupaten untuk memulai eliminasi filariasis limfatik.

BAB 2: PERENCANAAN STRATEGIS

Pengembangan suatu rencana strategis penting untuk keberhasilan eliminasi LF di daerah anda. Rencana tersebut akan memberikan suatu gambaran bagi tim anda tentang waktu serta anggaran dan juga menguraikan kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam langkah – langkah program: persiapan pengobatan massal (MDA), pengobatan massal (MDA), monitoring dan evaluasi. Rencana strategis ini juga berfungsi sebagai sebuah proposal permintaan dana kepada pemerintah kabupaten selama masa kampanye.

Pada akhir bab ini, anda akan mampu:

- 1. Memahami perbedaan pendekatan yang dipakai untuk distribusi obat dan mengetahui bagaimana memutuskan pendekatan apa yang paling tepat untuk daerah anda;**
- 2. Mengembangkan sebuah jadwal kegiatan selama jangka waktu 5-6 tahun;**
- 3. Mengetahui bagaimana pengadaan obat-obatan untuk pengobatan massal (MDA);**
- 4. Biaya untuk keseluruhan program eliminasi selama jangka waktu 5-6 tahun;**
- 5. Mengetahui bagaimana memasukkan proposal rencana strategis ke pemerintah kabupaten untuk pendanaan;**
- 6. Mengidentifikasi sumber-sumber dana potensial untuk tambahan dana kabupaten.**

1 Pengembangan Rencana Strategis

1.1 Kerjasama dalam sektor dan lintas sektor

Sebelum memulai pembahasan tentang rencana strategis, sebaiknya anda membuat sebuah kelompok kerja di Dinas Kesehatan Kabupaten. Disarankan untuk melibatkan staff-staff dari:

- Seksi Perencanaan
- Seksi Penanggulangan Kesehatan Masyarakat
- Seksi Penyuluhan Program Kesehatan
- Kefarmasian
- Layanan kesehatan
- Bagian-bagian lain yang sesuai

Jika ada LSM atau organisasi keagamaan yang aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan dalam kabupaten anda, mungkin ada manfaatnya jika mereka dilibatkan dalam kelompok kerja anda, khususnya jika anda merencanakan untuk melibatkan mereka dalam sosialisasi dan distribusi obat. Dengan melibatkan sektor lain akan menambah luas cakupan dan mempertinggi rasa memiliki terhadap program eliminasi LF bagi masyarakat.

1.2 Analisis SWOT

Sebelum dilakukan perencanaan, sebaiknya dilakukan analisa SWOT. Akan sangat bermanfaat bagi anda dan kelompok kerja anda untuk berdiskusi bersama tentang Kekuatan (Strengths), Kelemahan (Weaknesses), Peluang (Opportunities) dan Ancaman (Threats) yang berkaitan dengan kegiatan-kegiatan eliminasi. Disarankan anda melakukan curah pendapat dan membuat daftar masukan dari pendapat - pendapat yang berbeda, kemudian menggabungkannya dalam tabel seperti berikut ini (sebuah contoh diberikan sebagai informasi untuk anda):

<p>Kekuatan/Peluang</p> <p>Ada banyak petugas kesehatan / eliminasi LF dapat memberdayakan petugas kesehatan</p>	<p>Kelemahan/Peluang</p> <p>Terbatasnya pelatihan edukasi / eliminasi LF dapat memberdayakan petugas kesehatan</p>
<p>Kekuatan/Ancaman</p> <p>Ada banyak petugas kesehatan / Rendahnya motivasi dari petugas</p>	<p>Kelemahan/Ancaman</p> <p>Terbatasnya pelatihan edukasi / Rendahnya motivasi dari petugas</p>

Anda akan perlu lebih memfokuskan beberapa sumber daya dan mencari jalan keluar untuk kelemahan/ancaman. Hal ini juga paling baik dilakukan dalam kelompok kerja.

1.3 Memutuskan pendekatan untuk distribusi obat

Kita perlu memutuskan pendekatan pendistribusian obat yang paling cocok dan efektif bagi kabupaten anda. Perlu diingat pengobatan hanya diberikan untuk **semua orang yang memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan** (semua orang yang berumur di atas 2 tahun dan bukan ibu hamil, ibu menyusui serta tidak sakit berat) dan bukan seluruh penduduk. Dengan demikian, sangat penting bagi anda untuk memilih pendekatan yang

paling baik untuk mengoptimalkan cakupan serta kepatuhan penduduk. Untuk mencapai cakupan yang tinggi tergantung hal-hal sbb:

- Ketersediaan DEC dan albendazole dalam jumlah yang tepat sebelum pengobatan massal (MDA);
- Efisiensi sistem distribusi obat;
- Motivasi dari tenaga pembantu eliminasi;
- Pendidikan, pemahaman serta komitmen untuk pemberantasan LF dalam masyarakat;
- Komitmen pejabat-pejabat politik serta pemerintah setempat.

Ingat! Orang yang mendistribusi obat harus selalu mengawasi orang yang mendapat obat.

Pada bagian berikut ini, ada suatu tinjauan umum tentang beberapa pendekatan yang dianjurkan, disertai dengan beberapa kriteria yang harus dipertimbangkan oleh anda dan tim untuk menentukan pendekatan yang tepat. Bacalah bagian ini semua sebelum mengambil keputusan. Dengan menentukan kombinasi pendekatan yang akan dipakai maka anda akan mampu membuat perencanaan serta anggaran yang sesuai.

1.3.1 Pendekatan-pendekatan yang berbeda

1.3.1.1 Distribusi obat melalui Puskesmas dan Polindes

Satu cara mendistribusi obat - obatan adalah melalui sistem kesehatan desentralisasi – yakni Puskesmas, Pustu dan Polindes. Pendekatan ini mensyaratkan adanya kecukupan staff puskesmas serta transportasi ke desa/kelurahan dalam wilayah geografisnya. Jika ada polindes yang mendistribusi obat malaria atau penyakit-penyakit biasa lainnya, polindes ini bisa dipakai untuk distribusi obat LF sekaligus. Pendekatan ini menempatkan seluruh tanggung jawab pada petugas kesehatan dan terlalu intensif membebani kabupaten-kabupaten, khususnya di daerah dimana terdapat kekurangan tenaga kesehatan puskesmas. Kekurangan lain dari pendekatan ini yaitu tidak melibatkan partisipasi masyarakat dalam distribusi obat; mengurangi pemberdayaan masyarakat dan rasa memiliki terhadap kampanye yang dilakukan.

1.3.1.2 Distribusi di stand

Di masing – masing desa/kelurahan, stand-stand dibuat di lokasi-lokasi yang mudah dicapai masyarakat. Tenaga pembantu eliminasi, baik petugas kesehatan maupun relawan,

memberikan obat di stand-stand tersebut. Dianjurkan agar disediakan air minum sehingga masyarakat minum obat di depan petugas atau relawan. Pendekatan ini mensyaratkan adanya komunikasi yang baik kepada masyarakat sehingga mereka mengetahui hari-hari apa saja stand dibuka. Sebagai tambahan, pendekatan ini sangat tergantung kepada kemauan masyarakat untuk berobat. Ini mungkin merupakan suatu pilihan yang baik untuk daerah – daerah perkotaan dimana mobilitas penduduknya tinggi. Satu keuntungan dari metode ini yaitu orang akan cenderung ikut berobat karena melihat orang lain dalam komunitas mereka berobat.

1.3.1.3 Kelompok penduduk khusus

Distribusi obat dapat dilakukan bagi kelompok-kelompok tertentu seperti: pasien rawat inap di rumah sakit, nara pidana/tahanan, pelajar di sekolah, kantor-kantor, industri, pengunjung di tempat-tempat penampungan, perusahaan komersil, dll. Dianjurkan untuk menggabungkan metode ini dengan metode lain, seperti metode dari rumah ke rumah, atau distribusi lewat stand, sehingga mereka yang tidak termasuk penduduk khusus tidak akan terlewatkan dalam pengobatan.

1.3.1.4 Rumah ke rumah

Distribusi dari rumah ke rumah mensyaratkan tenaga pembantu eliminasi melakukan perjalanan dari rumah ke rumah untuk memberikan obat bagi orang-orang yang ada di rumah pada saat itu. Metode ini baik khususnya untuk penyisiran orang-orang yang ketinggalan pada saat pengobatan dengan metode lain, seperti stand atau kelompok penduduk khusus. Metode ini mensyaratkan kecukupan tenaga pembantu eliminasi sehingga keseluruhan desa / kelurahan atau daerah dapat tercakup. Apabila metode ini menjadi satu - satunya pilihan yang dipakai, maka penting untuk mencari tahu kapan orang ada di rumah dan memastikan mereka ada di rumah pada hari dilakukan distribusi. Satu keuntungan dari metode ini yaitu pencatatan yang relatif mudah.

1.3.1.5 Daerah-daerah kumpulan komunitas

Di daerah anda, mungkin juga bermanfaat untuk melakukan distribusi obat-obat LF ke daerah-daerah dimana masyarakat datang bersama-sama secara alami – seperti di pasar, terminal bis, kumpulan keagamaan, festival, pesta adat atau kegiatan-kegiatan lain dimana masyarakat berkumpul. Lokasi-lokasi inilah yang sangat berguna untuk tujuan sosialisasi sebelum distribusi obat dimulai.

1.3.1.6 Perbandingan antara pendekatan-pendekatan

Tabel berikut menggambarkan keuntungan dan kelemahan dari masing-masing metode distribusi obat:

Pendekatan	Keuntungan	Kelemahan
Fasilitas Kesehatan dan Polindes	<ul style="list-style-type: none"> - Maksimalisasi sistem kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyek yang sangat besar (tenaga kerja intensif) untuk dilakukan oleh petugas kesehatan sendiri - Tidak melibatkan masyarakat atau stakeholder padahal penting untuk kepemilikan serta motivasi
Distribusi lewat stand	<ul style="list-style-type: none"> - Orang akan lebih termotivasi untuk ikut dalam pengobatan ketika mereka melihat orang lain melakukan hal yang sama - Tidak membutuhkan banyak petugas kesehatan serta tenaga pembantu eliminasi (TPE) - Pilihan yang baik bagi daerah-daerah pedesaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Akan tetap perlu dikombinasikan dengan metode lain untuk menjangkau orang-orang yang tidak datang ke stand - Lokasi stand harus disosialisasikan sebelumnya sehingga orang-orang akan datang ke sana
Kelompok penduduk khusus	<ul style="list-style-type: none"> - Mudah menjangkau orang lewat sosialisasi serta pengobatan massal (MDA) - Pilihan yang baik bagi daerah-daerah pedesaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Orang-orang tertentu yang tidak termasuk dalam kelompok ini harus dijangkau dengan cara rumah ke rumah
Rumah ke rumah	<ul style="list-style-type: none"> - Mudah untuk pelaporan - Mudah mengawasi secara langsung orang minum obat - Pendekatan pribadi dan tenaga pembantu eliminasi (TPE) bisa memberikan keterangan yang rinci jika diperlukan, disesuaikan dengan situasi lokal - Baik untuk penyisiran (sweeping) 	<ul style="list-style-type: none"> - Butuh waktu lama - Perlu banyak tenaga pembantu eliminasi (TPE) - Mungkin sulit untuk beberapa desa/kelurahan di daerah pedesaan yang rumah-rumahnya terpisah jauh
Tempat – tempat masyarakat berkumpul	<ul style="list-style-type: none"> - Berguna untuk sosialisasi - Orang termotivasi karena melihat orang lain minum obat - Gabungan dengan instruksi dari stakeholders (gereja dan mesjid) - Tidak perlu mengumpulkan orang bersama 	<ul style="list-style-type: none"> - Masih perlu dikombinasikan dengan metode dari rumah ke rumah atau metode yang lain karena beberapa orang ada yang tidak biasa dijangkau di tempat-tempat ini

1.3.2 Penetapan waktu pengobatan massal (MDA)

Sebaiknya pengobatan massal (MDA) diatur dalam jangka pendek dalam Unit Pelaksanaan (*Implementation Unit*). Hal ini dapat memaksimalkan sosialisasi dan momentum kesadaran masyarakat. Jika tidak memungkinkan untuk melakukan pengobatan massal (MDA) selama satu hari atau satu minggu, maka pengobatan massal (MDA) dapat dilakukan bergiliran selama jangka waktu dua bulan. Masyarakat harus menjadi bagian dalam pengambilan keputusan kapan pengobatan massal (MDA) dilakukan melalui perwakilan mereka. Anda mungkin perlu mengikuti arahan nasional atau provinsi tentang dua bulan khusus (Juli / Agustus) yang dibutuhkan untuk distribusi obat.

1.3.3 Kriteria dan proses pengambilan keputusan

Kemungkinan tim anda akan memutuskan untuk memakai kombinasi pendekatan-pendekatan yang disebutkan diatas: tetapi ada kriteria – kriteria tertentu yang harus dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan anda.

1.3.3.1 Tingkat keterpencilan desa / kelurahan

Sebelum memutuskan bagaimana distribusi obat dilakukan, penting untuk mempertimbangkan jarak / keterpencilan desa / kelurahan di kabupaten anda. Desa/kelurahan terpencil mungkin membutuhkan suatu pendekatan khusus untuk memastikan bahwa desa/kelurahan tersebut terjangkau oleh pengobatan massal (MDA). Penting untuk mempertimbangkan bagaimana sosialisasi pra - pengobatan massal (MDA) dilakukan. Di daerah-daerah ini mungkin perlu petugas kesehatan yang langsung mendistribusi obat pada hari yang telah ditentukan sebelumnya karena komunikasi dengan di desa/kelurahan mungkin sulit.

Uji Petik dari pengalaman lapangan...

Ada beberapa desa di Kabupaten Alor yang letaknya beberapa jam berjalan kaki dari jalan raya terdekat. Di desa-desa ini petugas kesehatan datang pada hari Minggu karena tahu penduduk desa ada di gereja. Setelah kebaktian gereja, petugas kesehatan bisa memberikan informasi tentang LF dan kemudian langsung mendistribusikan obat-obat LF. Mereka mengoptimalkan peluang ini juga dengan menggabungkan kegiatan lain seperti: imunisasi, distribusi Vitamin A serta garam yodium.

1.3.3.2 Kapasitas petugas kesehatan dan sarana kesehatan

Kapasitas dan keberadaan petugas kesehatan penting untuk menentukan bagaimana mereka melaksanakan sosialisasi dan pengobatan massal (MDA) sekaligus. Contohnya, di beberapa daerah terpencil, mungkin jumlah petugas kesehatan terbatas dan juga mungkin perlu untuk memperoleh dukungan dan supervisi tambahan dari petugas kesehatan kabupaten.

Kondisi sarana kesehatan juga penting dalam kaitan dengan ketersediaan transportasi serta kondisi kerja di tiap-tiap fasilitas kesehatan. Hal ini akan menentukan bagaimana petugas kesehatan dari pusat ikut serta dalam sosialisasi dan melaksanakan pengobatan massal (MDA) di desa/kelurahan dan akan menentukan berapa lama waktu yang diperlukan untuk kegiatan tersebut.

1.3.3.3 Kapasitas kader kesehatan

Jika diputuskan untuk menggunakan kader kesehatan untuk melakukan distribusi obat, maka perlu untuk mengetahui apakah kader-kader yang ada masih aktif. Di kebanyakan desa/kelurahan hanya satu persen dari kader yang masih aktif; sehingga anda perlu mencari tambahan orang (tenaga pembantu eliminasi) yang bisa membantu kader untuk distribusi obat. Program LF dapat menjadi suatu cara untuk memotivasi kader-kader yang masih aktif tersebut.

1.3.3.4 Pembayaran untuk tenaga pembantu eliminasi

Jika anda akan memakai tenaga para kader dan tenaga pembantu eliminasi, anda perlu memutuskan apakah mereka perlu dibayar dan jika mereka dibayar, dalam bentuk apa. Di beberapa kabupaten, kader-kader dibayar berdasarkan jumlah mereka obati. Risiko dari metode ini yaitu kemungkinan adanya kelebihan pelaporan dari kader untuk menambah jumlah uang yang diterima. Risiko lainnya yaitu keseluruhan biaya pembayaran per orang yang mereka obati; jumlah total kemungkinan menjadi biaya paling besar dari anggaran anda. Keuntungan dari membayar kader ialah meningkatnya motivasi mereka untuk membantu dalam pengobatan massal (MDA).

Bentuk lain dari pembayaran yang dapat dipertimbangkan adalah pemberian baju kaus, seragam, lencana, gantungan kunci, topi, tas atau barang-barang promosi kesehatan lain seperti kelambu, obat nyamuk, atau benda lain yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Mungkin juga perlu memasukkan sedikit biaya untuk transportasi kader. Biaya untuk benda-benda ini lebih sedikit dari pada pembayaran kepada tenaga pembantu yang didasarkan pada jumlah orang yang obati.

1.3.3.5 Kekuatan pemerintah desa/kelurahan

Pada waktu membahas strategi distribusi obat yang akan dipakai, pertimbangkan juga kekuatan pemerintah desa/kelurahan. Jika pemerintah desa/kelurahan lemah atau terdapat disintegrasi politik, petugas kesehatan setempat atau dari kabupaten harus lebih banyak hadir selama dilakukan sosialisasi dan pengobatan massal (MDA) karena mereka tidak bisa bergantung pada pemerinthan desa/kelurahan. Hal ini penting karena pengobatan massal (MDA) bisa dimanfaatkan sebagai sarana politik untuk mempengaruhi orang untuk menolak pengobatan. Di daerah-daerah seperti ini mungkin membutuhkan tambahan dana untuk kegiatan sweeping (penyisiran) dan monitoring.

1.3.3.6 Menilai mitra kerja yang berpotensi di tingkat desa/kelurahan: lembaga keagamaan, sekolah (Dinas Pendidikan), LSM, masyarakat madani, dll.

Bersama tim, anda juga harus mempertimbangkan lembaga atau instansi pemerintah lain yang mungkin bisa bekerja sama untuk sosialisasi dan distribusi obat. Sebagai contoh, jika diputuskan untuk melakukan distribusi obat melalui sekolah-sekolah, maka anda perlu melibatkan Departemen Pendidikan Nasional. Sebagai tambahan, jika ada LSM yang aktif di kabupaten anda, anda mungkin perlu mempertimbangkan bagaimana mereka bisa memadukan kegiatan-kegiatan LF dalam program kegiatan mereka yang sudah ada. Masyarakat sipil (madani) juga bisa dilibatkan baik untuk sosialisasi maupun distribusi obat. Kelompok masyarakat sipil yang direkomendasi adalah Dewan Kesehatan Kabupaten, kelompok PKK, koperasi tani, dll.

Melibatkan mitra dalam sosialisasi dan distribusi obat akan mengurangi biaya keseluruhan.

1.3.3.7 Perbedaan pendekatan untuk daerah perkotaan dan pedesaan

Karena tingginya mobilitas orang-orang yang tinggal di daerah perkotaan, anda mungkin perlu mendiskusikan pendekatan yang paling baik untuk kegiatan sosialisasi dan distribusi obat untuk masyarakat perkotaan. Anda mungkin membutuhkan media cetak atau elektronik untuk memberikan informasi bagi masyarakat tentang LF, program eliminasi serta kapan dan bagaimana obat-obat akan didistribusikan. Anda mungkin perlu menekankan bahwa walaupun mungkin tidak ada kasus yang terlihat di daerah perkotaan (persepsi bahwa penyakit ini hanya terjadi di daerah pedesaan); tetapi tetap ada risiko infeksi sehingga semua orang harus berpartisipasi dalam pengobatan yang dilakukan (dengan pengecualian bagi ibu hamil/menyusui, anak di bawah 2 tahun, serta orang yang sakit parah). Anda mungkin perlu memasukkan tambahan biaya dalam perencanaan dan

anggaran anda bagi penduduk perkotaan karena pada umumnya lebih sulit mencapai cakupan yang baik karena tingginya mobilitas mereka.

1.4 Jangka Waktu

Bagian berikut akan membahas garis besar langkah – langkah penting dalam jangka waktu tertentu untuk memberikan gambaran tentang berapa lama setiap kegiatan tersebut bisa diselesaikan. Jangka waktu ini bukanlah pedoman yang sudah tetap karena masih bisa disesuaikan dengan keadaan setempat, namun dapat dipakai sebagai pedoman dalam perencanaan strategis di kabupaten anda. Silahkan pelajari tabel berikut untuk mendapatkan gambaran umum.

1.4.1 TAHUN 1

1.4.1.1 Kapan waktu yang baik untuk pelaksanaan pengobatan massal (MDA)?

Pada saat menyusun rencana strategis, disarankan agar anda membahas dengan pemerintah daerah dan pihak lain yang berkepentingan untuk mengetahui saat terbaik untuk melakukan pengobatan massal (MDA) di kabupaten anda. Anda bisa saja menggabungkan distribusi obat filaria dengan kegiatan program kesehatan tahunan lainnya (imunisasi polio, pembagian Vitamin A, dll.). Anda harus mempertimbangkan musim tanam dan musim panen, liburan sekolah dan liburan umum lainnya. Apabila waktu pembagian obat sudah ditentukan, penting untuk memastikan bahwa pada tahun berikutnya pembagian obat dilakukan pada bulan yang sama.

Ada kemungkinan juga bahwa program nasional akan menentukan bulan - bulan atau hari – hari tertentu untuk kegiatan pengobatan massal karena akan semakin banyak kabupaten yang terlibat dalam program eliminasi ini. Anda harus mengikuti jadwal kegiatan dari tingkat pusat ini apabila memang ditetapkan waktu khusus.

1.4.1.2 Pengadaan Obat

Diperlukan waktu sekitar satu tahun untuk memesan obat dari Jakarta sampai obat tiba di kabupaten anda. Jika anda bisa memasukkan pesanan sebelum bulan Juli, maka anda dapat merencanakan kegiatan Pengobatan massal (MDA) tahun berikutnya. Jika anda memasukkan pesanan setelah bulan Juli, anda harus menunggu setahun lagi untuk mendapatkan obat. *Rencanakan kegiatan ini untuk 1 tahun (tergantung pada kapan anda memesan obat)*

1.4.1.3 Penyiapan materi – materi penyuluhan

Jika anda memilih untuk mengembangkan materi penyuluhan sendiri, anda perlu menyediakan waktu selama satu bulan untuk mengembangkan materi dan mengujinya dalam masyarakat setempat untuk mengetahui apakah masyarakat setempat memahami atau menerima pesan yang diberikan. Diperlukan waktu 1 - 2 bulan untuk memproduksi bahan penyuluhan. *Rencanakan kegiatan ini untuk 3 bulan*

1.4.1.4 Pelatihan kader atau tenaga pembantu eliminasi dan tokoh masyarakat di tingkat desa/kelurahan

Pelatihan kader, tenaga pembantu eliminasi dan tokoh masyarakat harus dilakukan dekat dengan waktu pelaksanaan pengobatan massal (MDA). Pelatihan itu sendiri dilakukan dalam jangka waktu satu hari per

desa / kelurahan, dan biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan. Waktu pelatihan tergantung pada jarak antar desa / kelurahan dan transportasi yang tersedia untuk petugas kesehatan. *Rencanakan kegiatan ini untuk 1 bulan*

1.4.1.5 Sosialisasi di tingkat desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten

Sosialisasi di berbagai tingkat desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten harus dilakukan terus – menerus; namun demikian kegiatan ini harus dilakukan satu bulan sebelum pengobatan massal (MDA). *Rencanakan kegiatan ini untuk 1 bulan*

1.4.1.6 Pengobatan massal (MDA)

Pengobatan massal (MDA) harus dilakukan selama 1 – 2 minggu di seluruh kabupaten anda. Dengan demikian momentum sosialisasi akan dimaksimalkan. *Rencanakan kegiatan ini untuk 1 bulan*

1.4.1.7 Penyisiran / Sweeping

Kegiatan sweeping harus dilakukan selama satu bulan pasca pengobatan massal (MDA) untuk memastikan bahwa sebagian besar penduduk tercakup. *Rencanakan kegiatan ini untuk 1 bulan*

1.4.1.8 Monitoring / Pemantauan Pengobatan Massal (MDA)

1.4.1.8.1 Survei untuk mengetahui cakupan setiap putaran pengobatan dilakukan oleh pewawancara independen setelah putaran pengobatan

Survei ini harus dilakukan setelah tahun pertama. Waktu yang diperlukan adalah sekitar 2 bulan untuk mengorganisir survei, mengidentifikasi dan melatih pewawancara independen, mengumpulkan data dan menyusun hasil. *Rencanakan kegiatan ini untuk 2 bulan*

1.4.1.8.2 Program

Evaluasi Program terdiri dari pencatatan terhadap cakupan yang dilaporkan. Diperlukan waktu sekitar 2-3 bulan setelah pengobatan massal agar laporan hasil sampai ke kabupaten. *Rencanakan kegiatan ini untuk 3 bulan*

1.4.2 TAHUN 2-5

1.4.2.1 Penyediaan obat dan slide

Anda perlu memesan obat yang diperlukan dari tingkat pusat setiap tahun. Pemesanan berikutnya harus dilakukan sebelum bulan Juli. Slide dan peralatan laboratorium lainnya akan dibutuhkan pula dalam kegiatan

pemantauan (pasca-Putaran 2 dan pasca-Putaran 4) di daerah sentinel dan spot check (bahan – bahan yang diperlukan harus disediakan untuk seluruhnya 2000 orang).

1.4.2.2 Pelatihan Penyegaran pada tahun ke 2

Setiap tahun, anda harus melakukan pelatihan penyegaran bagi tenaga pembantu eliminasi dan petugas kesehatan. Hal ini penting kalau ada tenaga pembantu eliminasi atau petugas yang mengundurkan diri.

Rencanakan kegiatan ini untuk 1 bulan setiap tahun

1.4.2.3 Pemantauan lewat evaluasi epidemiologis (dengan darah jari)

Pemantauan di ke 4 daerah (2 sentinel dan 2 spot) akan memakan waktu sekitar satu bulan setelah Putaran 2 dan 4. Setelah Putaran 4, anda perlu melakukan pengujian tambahan pada anak – anak dengan menggunakan kartu ICT dan pemeriksaan tambahan ini bisa memakan waktu lebih lama. *Rencanakan kegiatan ini untuk 1-2 bulan*

1.4.2.4 Evaluasi Epidemiologis Akhir (dengan darah jari dan ICT)

Kegiatan ini perlu direncanakan untuk dilaksanakan selama beberapa bulan karena kegiatan ini dilakukan melalui berbagai tahap: evaluasi di 5-10 daerah sentinel, uji ICT di ke 5-10 daerah sentinel, uji ICT pada 300 anak dan kemudian uji ICT pada 3000 anak. Jumlah kasus positif yang ditemukan dalam berbagai tahap evaluasi akan menentukan berapa lama kegiatan evaluasi ini akan berlangsung. *Rencanakan kegiatan ini selama 6 bulan*

1.5 Penyediaan Obat

Obat – obatan untuk kampanye LF disediakan oleh Departemen Kesehatan. Albendazole diberikan tanpa pembayaran kepada pemerintah Indonesia oleh GlaxoSmithKline. Obat – obat tambahan untuk tata laksana efek samping akan disediakan pada awalnya oleh pusat; namun secara bertahap akan menjadi tanggung jawab kabupaten anda untuk menyediakannya lewat pemesanan obat yang lazim. Dalam perencanaan anda, patut diingat bahwa secara prinsip, efek samping kemungkinan akan menurun pada putaran – putaran pengobatan massal berikutnya. Dengan demikian anda akan membutuhkan jumlah obat – obatan yang semakin sedikit.

1.5.1 Bagaimana menentukan berapa banyak obat yang diperlukan?

Pada saat mengirimkan laporan pertama ke tingkat pusat dan provinsi, anda perlu menyertakan data terakhir tentang penduduk di kabupaten anda sehingga pusat dapat menghitung secara langsung jumlah kebutuhan

obat seluruhnya. Anda juga dapat menghitung sendiri jumlah obat yang diperlukan dengan rumus sebagai berikut:

<i>Obat</i>	<i>Rumus Perhitungan</i>
Albendazole (400 mg)	Kalikan jumlah penduduk seluruhnya di kabupaten (Unit Pelaksanaan) dengan 1.1 (termasuk 10% cadangan)
DEC (100 mg)	Kalikan jumlah penduduk seluruhnya di kabupaten (Unit Pelaksanaan) dengan 2.75 (termasuk 10% cadangan)

Untuk tahap – tahap selanjutnya, Anda sebaiknya menggunakan perhitungan berikut (dengan pertimbangan bahwa penduduk yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan akan dihitung sebagai stok cadangan):

<i>Obat</i>	<i>Rumus Perhitungan</i>
Albendazole (400 mg)	Kalikan jumlah penduduk seluruhnya di kabupaten (Unit Pelaksanaan) dengan 1
DEC (100 mg)	Kalikan jumlah penduduk seluruhnya di kabupaten (Unit Pelaksanaan) dengan 2.5

1.5.2 Dari mana memesan obat?

Obat – obat yang digunakan (DEC dan albendazole) harus dipesan dari Sub Direktorat Filariasis, Departemen Kesehatan di Jakarta. Anda harus selalu menginformasikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi tentang berapa banyak obat yang anda pesan, kapan anda memesan dan kapan obat tersebut dikirimkan.²²

²² Di masa depan, karena akan semakin banyak kabupaten yang melakukan pengobatan massal, maka provinsi dianjurkan untuk menghimpun pesanan kabupaten – kabupaten di tingkat provinsi sebelum dikirim ke pusat. Obat – obatan ini dapat dikirimkan pertama – tama ke provinsi yang kemudian akan mendistribusikannya ke kabupaten – kabupaten sehingga akan mengurangi anggaran pengapalan. Keputusan mengenai hal ini tentu saja akan berada di tangan provinsi yang kemudian disetujui oleh tingkat pusat.

Alamat Program Nasional ELF adalah:

Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jendral PPM & PL – Direktorat P2B2
SubDit Filariasis & Schistosomiasis
Jalan Percetakan Negara 29, PO Box 223
Jakarta, 10560 Indonesia
(tel) 021 424 7608 (ext 152)
(fax) 021 424 7475
e-mail: filschisto@yahoo.com

1.5.3 Transportasi obat - obatan dari pusat ke kabupaten

Obat – obat dari tingkat pusat akan dikirimkan langsung ke kabupaten. Biaya perjalanan akan ditanggung oleh tingkat pusat.

1.5.4 Obat yang diperlukan untuk mengatasi efek samping dan untuk tata laksana kasis kronis

Jumlah obat yang diperlukan untuk mengatasi efek samping obat filarial adalah 20 % dari penduduk kabupaten (Unit Pelaksanaan) seluruhnya. Obat yang diperlukan untuk mengatasi efek samping adalah sebagai berikut:

- Parasetamol
- Antihistamin
- Vitamin B complex
- Antasida

Obat – obatan untuk tata laksana kasus kronis akan dihitung sesuai dengan jumlah kasus kronis yang tercatat dalam survei dasar dan dugaan jumlah kasus di kabupaten anda. Untuk tata laksana kasus kronis diperlukan obat – obat berikut:

- Salep Anti Jamur
- Salep Steroid
- Salep antibiotik
- Amoxicillin

1.6 Pembayaran operasi hidrokkel

Jika di kabupaten anda ada kasus hidrokkel, dianjurkan untuk memasukkan biaya operasi, pemeliharaan, dan transportasi pasien dalam anggaran sektor kesehatan sehingga pasien bisa mendapatkan manfaat dari operasi ini tanpa harus membayar.

1.7 Pembiayaan

1.7.1 Biaya – Biaya Satuan (Unit cost)

Biaya satuan harus dihitung masing – masing kegiatan. ☺ Silahkan lihat contoh anggaran dari kabupaten Alor dan dari proyeksi SISKES untuk kabupaten Alor setelah uji coba.

2 Pembiayaan program (Pemerintah kabupaten, provinsi, nasional, menggabungkan program LF dengan program kesehatan masyarakat yang telah ada)

Dengan adanya otonomi daerah, sebagian besar biaya program LF akan ditanggung oleh pemerintah kabupaten, seperti disebutkan sebelumnya dalam buku panduan ini. Namun demikian ada metode lain untuk membiayai kegiatan LF di kabupaten anda dan sebaiknya beban pembiayaan pemerintah kabupaten dikurangi melalui: pengintegrasian program LF dengan program kesehatan masyarakat lain yang telah berjalan, memanfaatkan LSM bagian integral dari kampanye atau dengan melakukan pencarian dana di tingkat kabupaten.

2.1 Advokasi ke Pengambil Kebijakan Setempat (Komisi Kesehatan Pemerintah Kabupaten, BAPPEDA, Bupati dan Gubernur)

Apabila anda telah menginformasikan pemerintah kabupaten tentang keberadaan LF di kabupaten anda, dan anggaplah mereka telah setuju untuk membiayai program eliminasi 5-7 tahun, anda harus perlu menyajikan keseluruhan rencana dan anggaran strategis agar mendapat persetujuan. Sangat penting untuk menentukan bagaimana cara memberi laporan kemajuan program bersama – sama dengan pemerintah kabupaten. Pemerintah Kabupaten harus memahami bahwa pembiayaan perlu dilakukan selama 5-7 tahun penuh. Jika mereka hanya berkomitmen untuk mendanai kegiatan selama kurang dari 5 tahun, maka sebaiknya program tidak dilakukan karena tidak akan membawa dampak. Advokasi yang berkelanjutan sangat penting sehingga anggaran yang diperlukan untuk program LF akan dapat dialokasikan setiap tahun.

2.2 Pengintegrasian dengan program kesehatan yang telah ada

Di bawah ini ada beberapa kegiatan yang sementara dilakukan di daerah anda yang mungkin dapat dikombinasikan dengan program LF. Daftar ini belum lengkap sehingga mungkin masih ada kegiatan dalam

kabupaten anda yang bisa dipadukan dengan program LF namun tidak disebutkan disini. Sebaiknya integrasikan perencanaan dan anggaran program kesehatan yang anda lakukan untuk mengurangi biaya dan meningkatkan kinerja.

2.2.1 Vitamin A

Pada bulan Februari dan Agustus setiap tahun biasanya dilakukan distribusi Vitamin A di Puskesmas dan Posyandu. Kegiatan ini dapat digunakan untuk memaksimalkan kampanye LF dengan melakukan sosialisasi tentang filariasis limfatik, kunjungan ke penderita kasus kronis atau melakukan pengobatan massal (MDA) pada saat distribusi Vitamin A.

2.2.2 GFATM

Dengan masuknya Global Fund AIDS, Tuberculosis dan Malaria (GFATM), ada kemungkinan untuk menggabungkan kegiatan LF dengan kegiatan malaria yang direncanakan dalam proposal GFATM. Sebagai contoh, pengendalian vektor dalam kegiatan GFATM akan memberikan dukungan tambahan kepada pengobatan massal (MDA) LF yaitu dengan mengurangi jumlah vektor. Disamping itu, jika dilakukan revitalisasi Pos Obat Desa/kelurahan, sehingga obat – obatan LF dapat pula didistribusikan lewat pos ini.

2.2.3 Cacing yang ditularkan lewat tanah

Pilihan lain yakni menggabungkan kegiatan-kegiatan LF dengan program-program regular untuk eliminasi cacing yang ditularkan lewat tanah, khususnya untuk anak sekolah.

2.2.4 Imunisasi

Kampanye imunisasi polio dilakukan setiap tahun pada bulan September dan kesempatan ini bisa dikombinasikan dengan kegiatan dalam program eliminasi LF.

2.3 LSM

Sebaiknya memanfaatkan LSM yang aktif di kabupaten (Unit Pelaksanaan) anda untuk mendukung kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten. LSM dapat memberikan informasi tentang pengobatan massal (MDA) kepada masyarakat sarasannya atau dapat membantu memobilisir tenaga kader / relawan distribusi obat. Dengan memanfaatkan LSM, anda akan meningkatkan koordinasi dalam sektor kesehatan serta mengurangi anggaran keseluruhan.

2.4 Industri

Ada kemungkinan industri yang ada di kabupaten anda berminat untuk berpartisipasi dalam membiayai kampanye LF. Mereka mungkin merasa bahwa pegawai mereka beresiko terkena LF dan karena itu mereka merasa penting untuk membiayai sebagian kegiatan kampanye LF untuk mengurangi angka kesakitan pegawai. Dengan demikian akan meningkatkan reputasinya di masyarakat serta keuntungan yang diperoleh. Anda perlu melakukan pendekatan dengan industri dimaksud dengan menggunakan pendekatan yang sama dengan pendekatan terhadap pemerintah kabupaten dan dengan menggunakan sesedikit mungkin informasi ilmiah dan kedokteran dan namun lebih banyak dipaparkan informasi tentang kerugian ekonomis dan produktifitas. Sebaiknya juga ditekankan bahwa mereka akan diakui kontribusinya dalam mengeliminasi LF (mis. nama mereka akan ditampilkan pada poster, brosur, iklan radio atau cetak, dll.).

Uji Petik dari Pengalaman Lapangan...

Di Kalimantan, terdapat perusahaan penambangan batubara yang telah setuju untuk membiayai sejumlah besar kampanye LF di kabupaten tempat mereka bekerja. Dukungan seperti ini mengurangi beban tanggungan pemerintah dan Dinas Kesehatan serta telah meningkatkan rasa kepemilikan masyarakat dan daerah terhadap kampanye dan pengobatan massal (MDA).

3 Hal – hal yang harus diingat dari Bab 2

- Penting untuk menyertakan staf Dinas Kesehatan Kabupaten yang relevan dalam pembahasan perencanaan dan penyusunan usulan rencana strategis sehingga akan ada **kerjasama antar sektor** dan dukungan yang memadai terhadap kegiatan.
- Terdapat banyak metode untuk distribusi obat di dalam kabupaten (Unit Pelaksanaan) anda: petugas kesehatan, posko obat, kelompok masyarakat khusus, pembagian dari rumah ke rumah dan tempat – tempat berkumpulnya masyarakat.
- Anda perlu untuk memikirkan metode yang paling tepat untuk digunakan dalam kabupaten anda sesuai dengan pertimbangan berikut: keterpencilan atau jarak ke desa/kelurahan, kemampuan petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan, kapasitas kader yang sudah ada, pembayaran terhadap tenaga pembantu eliminasi, kekuatan pemerintah desa/kelurahan dan mitra potensial.
- Perlu membedakan metode sosialisasi dan pengobatan massal di daerah **pedesaan dan perkotaan**.
- **Obat – obat (albendazole dan DEC)** harus disediakan oleh tingkat pusat, dan mengkomunikasikan dengan provinsi tentang jumlah dan waktu pemesanan.
- Tentukan **pembagian waktu** dalam pelaksanaan program eliminasi LF selama 5-7 tahun.
- **Biaya** untuk kegiatan dan pengadaan bahan dan alat perlu disediakan untuk jangka waktu 5-7.
- **Pengumpulan dana** untuk kegiatan LF dilakukan lewat: Pemerintah Kabupaten, LSM, integrasi dengan program kesehatan masyarakat lain, industri yang ada di kabupaten.
- **Advokasi** yang berkelanjutan kepada pemerintah kabupaten perlu dilakukan selama jangka waktu program (5-7 tahun) untuk memastikan adanya dukungan politis dan keuangan selama pelaksanaan program.

Bab 3: PERSIAPAN PENGGERAKAN MASYARAKAT DAN ADVOKASI

Pada akhir bab ini, anda akan mampu:

- 1. Memahami pentingnya penggerakan masyarakat dan advokasi bagi kampanye eliminasi LF;**
- 2. Mengetahui bagaimana mengembangkan materi-materi khusus untuk kebutuhan lokal bagi kabupaten atau provinsi anda;**
- 3. Mampu melihat perbedaan antara pendekatan-pendekatan untuk stakeholder dan untuk masyarakat umum;**
- 4. Mengumpulkan dukungan dari stakeholder untuk penggerakkan masyarakat; dan**
- 5. Mengidentifikasi stakeholder serta orang kunci untuk promosi kegiatan kampanye eliminasi.**

1 Mengapa penggerakkan masyarakat itu penting?

Penggerakan masyarakat merupakan suatu bentuk pendekatan atau alat yang memungkinkan masyarakat untuk terlibat bersama dalam kegiatan. Organisasi masyarakat, sektor pemerintah dan non pemerintah, serta individu tergabung dalam suatu upaya untuk berkomunikasi, negosiasi, dan bekerja sama memaksimalkan potensi-potensi yang ada untuk kegiatan bersama, perbaikan dan perubahan sosial. Untuk eliminasi LF, penggerakan masyarakat sangat diperlukan demi keberhasilan program secara keseluruhan. Karena untuk kampanye LF memerlukan keterlibatan lebih dari 80% dari jumlah penduduk untuk minum dua macam obat, DEC dan albendazole, selama jangka waktu paling kurang 5 tahun, maka perlu adanya dukungan masyarakat luas bagi proyek dari semua sektor kemasyarakatan. Jika dukungan seperti ini tidak ada ataupun kurang, maka keberhasilan program menghadapi bahaya serius.

Telah diputuskan dalam buku panduan ini untuk mengalokasikan pada satu bab khusus untuk penggerakkan masyarakat karena penting untuk program pemberantasan LF. Penggerakan masyarakat termasuk dalam promosi kegiatan dan penyuluhan kesehatan serta teknik-teknik advokasi untuk mengatur orang-orang dalam suatu kegiatan bersama. Poin-poin ini yang akan dijabarkan dalam bab ini memberikan anda tip-tip bagaimana memungkinkan penggerakan masyarakat dalam kabupaten anda.

2 Mengembangkan materi-materi untuk kelompok-kelompok sasaran (stakeholder & serta masyarakat umum)

Pada bagian ini, akan didiskusikan materi-materi apa saja yang cocok untuk stakeholder serta bagaimana mengembangkan materi – materi tersebut. Materi-materi yang akan digunakan untuk pemerintah dan stakeholder mungkin berbeda dengan materi yang digunakan untuk masyarakat umum. Mengapa demikian? Pemimpin dalam pemerintahan serta stakeholder perlu memberi dukungan politis dan mendanai program sedangkan masyarakat perlu merasa yakin bahwa tujuan dari program bermanfaat untuk kepentingan mereka dan mereka perlu untuk terlibat dalam pengobatan yang dilakukan. Perlu dilakukan pendekatan yang berbeda untuk memotivasi stakeholder maupun masyarakat umum sehingga bisa memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang berbeda.

2.1.1 Siapa sajakah yang termasuk stakeholder

Stakeholders untuk kampanye eliminasi LF termasuk diantaranya pemerintah kabupaten, kepala desa/kelurahan, tokoh agama dan tokoh adat. Stakeholder adalah orang-orang yang menaruh minat pada keberhasilan kampanye dan mereka mempunyai kewenangan untuk mempengaruhi outcome (keluaran) kampanye, karena itu perlu adaptasi pendekatan komunikasi yang berbeda dengan mereka.

Pemerintah perlu diyakinkan bahwa program eliminasi LF akan berdampak positif secara ekonomi dan kesehatan di kabupaten anda. Pemerintah kabupaten akan didatangi banyak orang dan banyak organisasi yang meminta dana untuk proyek-proyek yang berbeda dan mereka akan perlu memahami bahwa eliminasi LF sangat membantu dan mempunyai manfaat langsung bagi masyarakat; bahkan mungkin lebih dari proyek lainnya. Apabila pemerintah bisa memahami bahwa ini merupakan kegiatan yang efektif secara finansial bagi kabupaten anda, maka mereka mungkin akan merasa lebih tertarik untuk memberi dukungan. Karena itu anda perlu meyakinkan mereka!

Stakeholder juga termasuk tokoh adat dan tokoh agama serta kepala desa/kelurahan yang mempunyai hubungan langsung dengan masyarakat. Karena biasanya masyarakat menuruti kepemimpinan mereka dalam masalah lain seperti instruksi agama, petunjuk adat, penetapan pajak, undang-undang dan aturan-aturan pemerintah lain; maka ada kemungkinan masyarakat juga akan lebih suka menuruti para pemimpin tersebut untuk masalah-masalah kesehatan. Sangat bagus untuk melibatkan stakeholder-stakeholder ini dari permulaan kampanye.

2.1.1.1 Film

Film LF ☺ yang dikembangkan untuk Kabupaten Alor merupakan cara yang bagus dan sederhana untuk menginformasikan kepada stakeholder tentang LF dan program eliminasi dalam bentuk yang disederhanakan. Film ini berdurasi 18 menit sehingga mudah digabungkan dalam sesi 1 jam dengan stakeholder tentang LF, program secara global dan nasional dan presentasi strategi yang anda rencanakan untuk kabupaten anda. Film tersebut memang khusus untuk Kabupaten Alor; tetapi anda bisa mengatakan bahwa ini hanya merupakan contoh dari kabupaten lain untuk kabupaten anda. Film ini memperlihatkan gambar-gambar visual tentang siklus penularan, gejala-gejala akut dan kronis dari penyakit ini, pengobatan massal (MDA), penatalaksanaan kasus dan tindakan – tindakan pencegahan.

2.1.1.2 Informasi singkat tentang kampanye dan bagaimana mereka bisa bergabung dan memberi dukungan

Sebaiknya disediakan lembar informasi singkat kepada stakeholder tentang LF dan kampanye yang akan anda lakukan di kabupaten anda. Dalam lembaran ini, anda bisa menggabungkan informasi tentang kerugian ekonomi, kemudahan pengobatan massal (MDA), perlunya dukungan total dari masyarakat selama 5 tahun dan keuntungan yang dijanjikan terhadap pengembangan ekonomi dan kesehatan setempat bagi penduduk.

☺ Sebagai contoh, lihat CD Alat Bantu.

Berikan instruksi-instruksi yang jelas bagaimana stakeholder dapat terlibat secara individu. Beberapa contoh seperti: mengundang stakeholder berpartisipasi dalam pembukaan kegiatan pengobatan massal LF dengan cara minum obat pertama kali di depan penduduk, membuat sesi-sesi edukasi dan informasi, distribusi materi edukasi, ikut serta dalam pengambilan keputusan tentang kampanye seperti kapan dan bagaimana mengatur pengobatan massal, pemeriksaan silang dan gambar-gambar, dll. Semakin banyak stakeholder yang terlibat – semakin baik peluang anda memberantas LF dari kabupaten anda.

2.1.2 Penduduk

Pendekatan yang akan anda pakai untuk edukasi dan motivasi penduduk akan berbeda dengan pendekatan yang digunakan untuk meyakinkan stakeholder untuk itu terlibat. Anda akan perlu memikirkan beberapa hal menyangkut penduduk anda berikut ini:

- Tingkat pendidikan (kemampuan membaca)
- Perbedaan bahasa lokal
- Nama – nama lokal untuk penyakit ini

- Persepsi lokal terhadap penyebab penyakit, penyakit dan kesehatan secara umum, kematian
- Ketersediaan media koran, TV dan radio
- Jenis LF yang ada dalam kabupaten anda (hidrokel atau kaki gajah, pembesaran lengan atau dada)
- Latar belakang agama dan spiritual dari masyarakat (khususnya jika gambar-gambar hidrokel akan dipakai)
- dll.

Ingat bahwa anda mungkin perlu memikirkan pendekatan yang berbeda untuk masyarakat pedesaan dan perkotaan.

Ada materi-materi yang sudah dikembangkan untuk Kabupaten Alor dan provinsi NTT pada tahun 2002. ☺ Materi-materi ini (brosur, flipchart dan poster) dilampirkan sebagai contoh dalam CD Alat bantu. Materi-materi tersebut sudah dimodifikasi sehingga dapat digunakan juga di kabupaten anda. Sudah pernah dilakukan uji coba di provinsi NTT untuk kejelasan, pemahaman serta penerimaan terhadap bahan – bahan ini.

2.1.2.1 Mater-materi khusus lokal

Setelah mempertimbangkan poin-poin tersebut diatas, anda mungkin ingin mengembangkan materi-materi khusus untuk kabupaten atau provinsi anda. ☺ Di dalam CD ini ada berbagai macam gambar dan foto-foto yang dapat digunakan untuk mengembangkan materi anda sendiri.

2.1.2.2 Pengembangan materi Baru

Penting bagi anda meluangkan waktu khusus pada langkah ini untuk memaksimalkan dana anda. Pertama, harus diputuskan jenis materi apa yang akan dikembangkan: brosur, lembar informasi, poster, flipchart, buklet, lagu, film, dll. Anggaran serta kemampuan membaca dari masyarakat anda akan menentukan jenis materi yang akan dikembangkan.

Pertimbangkan tujuan dari komunikasi pada saat memutuskan jenis materi apa yang akan dikembangkan. Sebagai contoh, jika anda ingin meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menginformasikan kepada mereka tentang pengobatan massal (MDA), maka poster atau lembar informasi adalah cara yang paling

tepat. Jika tujuan anda adalah untuk menginformasikan kapan pengobatan massal (MDA) akan dilakukan, maka poster mungkin akan lebih efektif. Sebaiknya dibentuk suatu kelompok kerja untuk mengembangkan materi-materi ini, yang didalamnya termasuk stakeholder dan juga orang-orang terknis. Kelompok kerja ini akan memutuskan apa tujuan dari materi dan bentuk materi apa yang paling baik untuk dipergunakan.

Apapun bentuk komunikasi yang anda pilih, ingat untuk tetap menggunakan bahasa dan informasi yang sederhana. Untuk memastikan pesan anda dipahami oleh masyarakat umum, penting bagi anda melakukan uji coba materi tersebut dengan anggota-anggota masyarakat sebelum mulai mencetak materi tersebut. Sangat dianjurkan untuk melakukan beberapa diskusi kelompok serta wawancara informal tentang materi-materi yang diusulkan dan isinya (gambar dan teks). Akan sia-sia (buang-buang duit) jika anda membuat materi-materi yang tidak dipahami oleh masyarakat atau yang membuat masyarakat salah paham! *Karena itu jangan lupa melakukan uji coba konsep materi anda terlebih dahulu!*

Diagram alur berikut menggambarkan saran langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk pengembangan materi demi mendukung penggerakkan masyarakat:



2.1.2.3 Berapa banyak materi yang harus dipesan?

Jenis materi yang akan dibuat (poster, brosur, lagu, film, stiker, dll.) akan menentukan berapa banyak yang harus dipesan. Biasanya untuk bahan cetakan, semakin banyak dipesan maka harga setiap cetakan akan lebih murah.²³

Beberapa rekomendasi untuk pemesanan materi:

- Brosur: cukup untuk satu buah per KK untuk semua Unit Pelaksanaan;
- Stiker: cukup untuk satu buah per KK untuk semua Unit Pelaksanaan;
- Poster: cukup untuk menjangkau semua puskesmas, polindes, kantor desa/kelurahan, gereja, mesjid, sekolah, dan tempat-tempat lain dimana masyarakat berkumpul;
- Lagu: kaset atau CD yang cukup untuk transportasi umum, pusat-pusat kesehatan dan stasiun radio;
- Film: stasiun TV, stakeholder pemerintah yang utama, pusat-pusat kesehatan, dll.

2.2 Melibatkan DPRD, Bupati, Kepala Desa/kelurahan dan stakeholder

DPRD dan Bupati harus dihubungi untuk minta persetujuan atas materi-materi yang akan anda buat. Dengan memasukkan saran-saran mereka atau dengan mendapatkan persetujuan mereka, anda akan meningkatkan keterlibatan mereka lebih lanjut serta pemberdayaan dalam upaya-upaya pemberantasan LF.

Jika memungkinkan, libatkan stakeholder-stakeholder penting ini untuk sosialisasi dalam masyarakat. Akan sangat efektif bagi anggota masyarakat untuk melihat wakil-wakil dari pemerintah mereka menelan obat dan mempromosikan kepatuhan minum obat. Hal ini juga meningkatkan motivasi bagi petugas kesehatan dan tenaga pembantu eliminasi.

²³ Ini adalah hal yang perlu diperhatikan oleh *provinsi*. Jika provinsi mampu, dianjurkan untuk menyediakan bahan - bahan promosi kampanye eliminasi filariasis untuk semua kabupaten. Dengan demikian akan mengurangi beban pembiayaan di tingkat kabupaten dan menjamin adanya standarisasi bahan promosi dan isi pesan. Keputusan tentang hal ini akan dibuat tingkat provinsi.

3 Hal-hal Yang Harus Diingat dari Bab 3

- ***Penggerakan masyarakat*** merupakan suatu pendekatan dan alat bantu yang memungkinkan orang mengorganisir kegiatan bersama. Kegiatan ini akan memadukan organisasi-organisasi kemasyarakatan, sektor-sektor pemerintah dan non pemerintah, serta individu dalam suatu upaya untuk berkomunikasi, negosiasi, dan bekerja sama memaksimalkan potensi mereka dalam kegiatan kolektif, perbaikan serta perubahan sosial.
- ***Stakeholder*** untuk kampanye eliminasi LF termasuk pemerintah kabupaten, kepala desa/kelurahan, tokoh adat dan tokoh agama, dan lain-lain. Stakeholder adalah orang-orang yang menaruh minat terhadap keberhasilan kampanye dan mereka yang mempunyai kewenangan untuk mempengaruhi keluaran (outcome) kampanye.
- Libatkan stakeholder sejak permulaan kegiatan. Peningkatan keterlibatan akan menambah *rasa memiliki terhadap program* – sehingga menambah keberhasilan anda dalam eliminasi LF!
- Bentuk komunikasi apapun yang anda pilih, ingat untuk tetap menggunakan informasi dan bahasa yang sederhana.
- ***Uji coba materi*** dengan anggota-anggota masyarakat dalam diskusi kelompok terarah (FGD) dan wawancara informal sebelum membuat materi.
- Libatkan ***pemerintah kabupaten, masyarakat sipil dan tokoh adat/agama*** dalam pengembangan materi dan minta persetujuan mereka sebelum materi-materi dibuat.

Bab 4: PELAKSANAAN

Bab ini akan memberikan anda informasi yang lengkap tentang pelaksanaan pengobatan massal – bagaimana mempersiapkannya dan bagaimana melaksanakannya – serta bagaimana melaksanakan kegiatan-kegiatan pencegahan kecacatan.

Pada akhir bab ini, anda akan mampu untuk:

- 1. Menentukan daerah sentinel dan spot check bagi Unit Pelaksanaan anda;**
- 2. Memahami bagaimana menyiapkan informasi dasar sebelum pengobatan massal dimulai;**
- 3. Mengidentifikasi tenaga pembantu eliminasi (TPE) di tiap-tiap desa/kelurahan dan melatih mereka untuk pengobatan massal dan pencegahan cacat;**
- 4. Melatih petugas kesehatan untuk pengobatan massal dan kegiatan-kegiatan pencegahan kecacatan;**
- 5. Melaksanakan mobiliisasi sosial sebelum pengobatan massal;**
- 6. Mengetahui langkah – langkah pelaksanaan pengobatan massal: logistik, pengaturan obat, sweeping;**
- 7. Melakukan pencatatan dan pelaporan, termasuk dokumentasi kegiatan;**
- 8. Melatih penderita limfodema serta keluarga mereka untuk kegiatan – kegiatan pengurangan dan pencegahan cacat; dan**
- 9. Mengorganisir operasi hidrokkel di kabupaten anda – penemuan kasus, edukasi/penyuluhan, perawatan pasca operasi, monitoring dan evaluasi.**

1 *Persiapan Pelaksanaan*

1.1 Sensus penduduk yang memenuhi syarat untuk ikut serta dalam pengobatan massal (MDA)

Untuk menyiapkan pengobatan massal (MDA), anda harus melakukan sensus penduduk dalam Unit Pelaksanaan anda guna mengetahui berapa jumlah penduduk di daerah-daerah tertentu yang memenuhi syarat dan yang tidak memenuhi syarat untuk pengobatan. Biasanya, sensus dilakukan oleh Puskesmas/Pustu/Polindes bersama dengan pimpinan desa/kelurahan dalam daerah mereka. Kepala desa/kelurahan kemudian bekerja sama dengan ketua RT untuk mendapatkan jumlah pasti penduduk yang tinggal di suatu daerah.

Uji Petik dari pengalaman lapangan...

Di Kabupaten Alor, staff Dinas Kesehatan kabupaten bekerja sama dengan staf puskesmas untuk mendapatkan angka yang akurat tentang penduduk. Tiap-tiap desa / kelurahan diberikan satu buku kecil untuk mencatat jumlah keseluruhan penduduk, umur serta status kehamilan / menyusui. Sensus ini memberikan angka yang paling terkini dalam kabupaten dan dapat digunakan untuk kepentingan kesehatan masyarakat lain dan inisiatif penanggulangan penyakit.

Sensus ini akan menyediakan informasi bagi tingkat kabupaten tentang berapa banyak obat yang perlu dialokasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten untuk pengobatan massal (MDA). Sensus ini juga menghasilkan denominator (angka sebutan) untuk jumlah cakupan yang dilaporkan yang akan diperiksa setelah pengobatan massal (MDA).

1.2 Pelatihan

Anda telah dilatih pada tingkat kabupaten oleh Tim dari Dinas Kesehatan Provinsi. Sekarang anda bertanggung jawab untuk mentransfer informasi tersebut ke puskesmas-puskesmas di daerah-daerah dalam Unit Pelaksanaan (IU) anda. Ada modul pelatihan yang direkomendasikan ⊕ dalam CD yang menguraikan serangkaian pelatihan dua hari bagi petugas kesehatan yang akan terlibat dalam pengobatan massal (MDA) serta penatalaksanaan kasus kronis.

1.2.1 Pelatihan bagi petugas kesehatan tingkat kabupaten: Puskesmas, Pustu dan Polindes

Modul pelatihan dua hari yang termasuk dalam Alat Bantu ini adalah untuk puskesmas/pustu/polindes. Pelatihan tersebut dirancang untuk dilaksanakan di Puskesmas (Kecamatan) sehingga sebanyak mungkin petugas kesehatan dapat ikut serta. Jika tidak memungkinkan bagi petugas kesehatan kabupaten untuk melakukan pelatihan pada tingkat kecamatan maka jika memungkinkan, akan sangat bermanfaat untuk melibatkan paling kurang satu orang dari masing-masing puskesmas dalam pelatihan tersebut.

Pelatihan tersebut meliputi topik-topik sebagai berikut:

- Pendahuluan
- Bab 1: Identifikasi, Penyebab dan Penularan Filariasis limfatik
- Bab 2: Gejala-gejala filariasis limfatik: akut dan kronis

- Bab 3: Penatalaksanaan kasus kronis dan akut
- Bab 4: Pencegahan Filariasis limfatik
- Bab 5: Pengobatan massal (MDA)
- Formulir-Formulir untuk monitoring

Pelatihan dirancang untuk menyajikan bahan – bahan yang sesuai dengan Buku I, II dan III yang disusun oleh Departemen Kesehatan. Buku – buku tersebut menguraikan kampanye eliminasi LF di Indonesia, pedoman pengobatan massal (MDA) serta pedoman untuk penatalaksanaan kasus-kasus kronis.

Modul mensyaratkan dua pelatih dan dirancang untuk dilakukan selama dua hari penuh, termasuk kerja kelompok, pre-test dan post-test.

1.2.2 Pelatihan bagi Tenaga Pembantu Eliminasi dan pengambil keputusan dalam masyarakat

1.2.2.1 Identifikasi Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE)

Dengan mengasumsikan bahwa anda sudah memutuskan dalam tahap rencana strategis (Bab 2) untuk menggunakan TPE, maka anda perlu menentukan siapa-siapa saja mereka itu. Sebaiknya dalam melakukan hal ini pada tingkat desa/kelurahan atau RT (untuk lingkungan perkotaan) karena pengambil keputusan setempat bersama-sama dengan petugas kesehatan akan sangat mampu mengidentifikasi orang-orang terbaik untuk distribusi obat. Ingat bahwa tenaga pembantu eliminasi merupakan penghubung antara fasilitas kesehatan dan masyarakat umum. Mereka bertanggung jawab untuk menginformasikan kepada orang-orang secara langsung tentang pentingnya minum dua macam obat: mereka jugalah yang akan menjawab pertanyaan-pertanyaan serta memastikan bahwa orang-orang langsung meminum obat-obat tersebut. Tenaga pembantu eliminasi idealnya harus mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- Termotivasi untuk bekerja dengan masyarakat;
- Mempunyai pengetahuan tentang kesehatan;
- Mampu untuk aktif dan bergerak – berjalan dari rumah ke rumah;
- Mempunyai sikap yang positif;
- Dihormati oleh masyarakat mereka;
- Mempunyai pengetahuan tentang masyarakatnya;
- Memiliki kemampuan untuk membujuk orang lain.

Juga akan sangat baik jika ada campuran laki-laki dan perempuan sebagai tenaga pembantu eliminasi. Untuk mengetahui berapa banyak tenaga pembantu eliminasi yang akan anda butuhkan untuk satu daerah (RT atau desa/kelurahan), pengambil keputusan setempat serta petugas kesehatan harus memutuskan berapa jumlah KK yang akan dilayani oleh 1 Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE). Hal ini akan tergantung dari jarak dari satu rumah ke rumah lain, ukuran / besarnya unit (desa/kelurahan atau RT) serta metode distribusi yang akan dipakai.

1.2.2.2 Pelatihan bagi tenaga pembantu eliminasi dan tokoh-tokoh masyarakat (pengambil keputusan dalam masyarakat)

Anda akan perlu melakukan pelatihan singkat untuk para tenaga pembantu eliminasi. Biasanya, petugas kesehatan dari puskesmas setempat akan melakukan pelatihan tersebut dan umumnya satu hari sudah cukup untuk mencakup semua hal-hal penting. Pelatihan tersebut akan mencakup:

- Informasi umum tentang LF (prevalensi, penularan, penyebab);
- Gejala-gejala (akut dan kronis);
- Dampak ekonomis dan sosial dari penyakit;
- Penatalaksanaan kasus untuk gejala-gejala akut dan kronis;
- Pencegahan;
- Mengapa kita melakukan pengobatan massal (MDA);
- Advokasi dan mobilisasi masyarakat untuk ikut serta dalam pengobatan;
- Pengobatan LF;
- Proses distribusi obat;
- Pelaksanaan distribusi obat;
- Penanganan efek samping dari pengobatan; dan
- Pelaporan hasil-hasil dari distribusi obat.

Karena keterlibatan masyarakat sangat penting demi keberhasilan kampanye, sebaiknya anda melibatkan para pengambil keputusan dalam masyarakat dalam pelatihan sehari yang dilakukan untuk tenaga pembantu eliminasi. Hal ini akan meningkatkan penggerakkan masyarakat dalam masyarakat dengan menginformasikan kepada orang-orang kunci dalam desa/kelurahan yang dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang timbul, meyakinkan orang untuk patuh berobat dan membantu pengaturan pengobatan

massal (MDA). Dengan melatih para pengambil keputusan anda akan meningkatkan rasa kepemilikan mereka terhadap program yang dilakukan karena mereka akan diminta untuk ikut bertanggung jawab terhadap program bersama-sama dengan tenaga pembantu eliminasi.

Para pengambil keputusan dalam masyarakat termasuk orang-orang sebagai berikut:

- Kepala desa/kelurahan dan staf
- Guru
- Tokoh adat
- Tokoh agama
- Pekerja LSM
- Ketua PKK, koperasi tani, kelompok adat, dll.
- dll.

TPE, pengambil keputusan masyarakat serta petugas kesehatan setempat dapat memutuskan dan merencanakan bersama – sama cara yang paling tepat untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat dan mendistribusi obat pada tingkat desa/kelurahan. Sebaiknya tambahkan komponen perencanaan ini pada kegiatan pelatihan untuk memaksimalkan kehadiran semua orang.

2 Pengobatan massal (MDA)

Bagian ini akan menjelaskan pelaksanaan pengobatan massal (MDA). Diasumsikan bahwa pada waktu anda sampai pada poin ini, anda akan sudah melatih petugas kesehatan maupun tenaga pembantu eliminasi untuk masing-masing desa/kelurahan atau RT (dalam lingkungan kota) dan obat-obatan untuk kampanye telah dikirim ke unit pelaksanaan (IU) anda.

2.1 Logistik: Kabupaten ke Puskesmas dan Puskesmas ke Desa

Anda akan perlu memastikan bahwa obat-obat untuk pengobatan massal (MDA) dan untuk penatalaksanaan efek samping sudah tiba di puskesmas 1-2 minggu sebelum pengobatan massal (MDA) dimulai. Hal ini akan memberikan cukup waktu bagi puskesmas untuk mendistribusi obat-obat kepada fasilitas kesehatan yang berada di bawahnya atau desa/kelurahan dalam rangka persiapan hari-hari distribusi obat. Anda mungkin memutuskan untuk mengirim obat-obatan tersebut sebelum sosialisasi dimulai atau mungkin memutuskan untuk melakukannya diantara waktu sosialisasi dan waktu distribusi. Pada waktu perencanaan

pertimbangkan geografis daerah lokasi dalam kabupaten anda dan hambatan/kemungkinan pengiriman ke lokasi-lokasi tertentu. Sebaiknya semua logistik sudah ada di desa/kelurahan 3 hari sebelum pengobatan massal (MDA).

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

Penggerakan masyarakat merupakan unsur penting dari pengobatan massal (MDA) – karena itu jangan lupa untuk meluangkan waktu dan sumber daya untuk langkah ini! Penggerakan masyarakat akan menginformasikan kepada masyarakat tentang distribusi obat yang akan dilakukan dan akan mengajarkan kepada mereka tentang filariasis limfatik, termasuk alasan mengapa mereka harus minum dua macam obat tersebut. Jika masyarakat tidak diinformasikan tentang manfaat obat, maka akan ada risiko orang tidak mau meminumnya karena mereka tidak mengerti apa faedah obat-obat tersebut bagi mereka. Bayangkan betapa akan sangat membuang waktu dan tenaga percuma jika hal ini terjadi! Karena itu pastikan anda merencanakan untuk melakukan penggerakan masyarakat untuk daerah-daerah perkotaan maupun pedesaan.

Cara-cara lain untuk melakukan penggerakan masyarakat:

- Pertunjukan film LF dan kemudian disusul dengan penjelasan singkat tentang kampanye distribusi obat yang akan dilakukan (kapan, bagaimana, dimana);
- Distribusi brosur atau pamflet kepada semua rumah tangga;
- Informasi dari rumah ke rumah (dapat dilakukan selama sensus);
- Pengumuman lewat radio dan/atau televisi;
- Poster-poster yang memberikan informasi tentang hari pendistribusian obat, termasuk informasi singkat kapan, mengapa, dan dimana;
- Gunakan tempat-tempat dimana orang berkumpul seperti di gereja pada hari Minggu, di mesjid pada hari Jumat, hari-hari pasar atau di sekolah-sekolah untuk memberikan informasi tentang distribusi obat yang akan dilakukan (kapan, mengapa, dimana);
- Pakai pengeras suara untuk menyampaikan pesan-pesan;
- dll.

Daftar ini tidaklah lengkap dan anda mungkin menemukan di kabupaten anda cara-cara lain untuk menginformasikan kepada orang tentang pengobatan massal (MDA) yang akan dilakukan. Sebaiknya

melakukan kegiatan-kegiatan penggerakan masyarakat selama 2 minggu sampai satu bulan sebelum pelaksanaan pengobatan massal. Jika anda menginformasikan kepada mereka jauh sebelumnya, kemungkinan mereka akan lupa. Dengan menginformasikan kepada orang-orang dan kemudian langsung merencanakan kampanye distribusi obat, anda memaksimalkan momentum yang diciptakan lewat penggerakan masyarakat. Orang akan diinformasikan dan akan ikut minum obat – karena itu hanya masalah penyediaan obat-obat kepada masyarakat.

Uji Petik dari pengalaman lapangan..

Di Kabupaten Alor, para pengambil keputusan memberikan sambutan serta meminum obat tersebut di depan masyarakat pada saat peluncuran kegiatan pengobatan massal yang dilakukan di berbagai tingkat pemerintahan. Dengan melakukan itu, mereka menunjukkan dukungannya serta menunjukkan pula bahwa mereka tidak ragu-ragu terhadap pengobatan tersebut dan dampaknya dan menunjukkan bahwa pengobatan itu penting buat mereka.

2.3 Pelaksanaan Pengobatan Massal (MDA)

Pelaksanaan pengobatan massal biasanya dilakukan pada hari yang sama di seluruh Unit Pelaksanaan (IU). Biasanya perlu 1 – 2 hari agar pengobatan massal (MDA) menjangkau semua rumah dan daerah di dalam satu Unit Pelaksanaan (IU). Sebaiknya diadakan ‘satu hari khusus’ untuk distribusi obat sehingga anda menggunakan momentum dalam masyarakat; jika semua orang sadar bahwa ada distribusi obat gratis sedang berlangsung, mereka akan memastikan diri mereka ikut serta.

Ingat orang-orang yang tidak termasuk dalam daftar distribusi obat adalah:

1. Ibu hamil/menyusui;
2. Bayi usia dibawah dua tahun;
3. Orang-orang yang sakit parah.

Orang-orang tersebut diatas tidak termasuk sebagai peserta pengobatan massal karena mereka akan mendapatkan kontra-indikasi dari kedua macam obat tersebut. Pengecualian mereka dari pengobatan tidak akan berdampak pada keberhasilan kampanye secara keseluruhan dan mereka akan diikuti sertakan dalam kampanye yang sama di waktu mendatang dalam kurun waktu 5 tahun.

Dosis obat sesuai dengan golongan umur adalah sebagai berikut:

Umur	DEC (100 mg)	Albendazole (400 mg)
2 – 6 tahun (pra-sekolah)	1 tablet ●	1 tablet ○
7 – 12 tahun (SD)	2 tablet ● ●	1 tablet ○
13 – dewasa (SMP +)	3 tablet ● ● ●	1 tablet ○

Tenaga pembantu eliminasi harus memastikan bahwa obat-obat ditelan penerima obat secara langsung di depan petugas. Untuk alasan ini, mungkin perlu dipikirkan untuk melakukan pengobatan massal pada sore hari menjelang malam yaitu pada waktu orang sudah selesai makan siang atau makan malam. Disarankan dilakukan setelah makan untuk mengurangi efek samping. Selain itu, karena efek samping biasanya terjadi setelah kira-kira 6 jam, maka apabila diberikan pada malam hari orang akan mengantuk atau pergi tidur dan dengan demikian tidak akan banyak menderita karena efek samping walaupun ada. Sebaiknya tenaga pembantu eliminasi menyediakan air minum pada waktu pembagian obat.

Jika obat didistribusikan dari rumah ke rumah, maka setiap kali membagikan obat tenaga pembantu eliminasi harus memeriksa kartu untuk keluarga yang dikunjungi (lihat contoh di bawah ini dan pada bagian di bawah format pada Alat Bantu (Tool Kit ☺) dan mencatat jumlah obat yang dibagikan serta memastikan bahwa umur yang tercatat tepat. Bagi mereka yang tidak dapat dijangkau atau yang tidak boleh minum obat, pastikan untuk menuliskan alasannya pada bagian “Keterangan”. Jika ada orang yang tidak berada di tempat pada saat tenaga pembantu eliminasi membagikan obat, maka tenaga pembantu eliminasi harus kembali ke rumah tersebut keesokan harinya atau pada hari lain sesuai dengan perjanjian untuk membagikan obat kepada yang bersangkutan. Tenaga pembantu eliminasi tidak boleh meninggalkan obat untuk anggota keluarga yang tidak ada pada saat pembagian obat dan jangan mencatat bahwa anggota tersebut telah mendapatkan obat. Hal ini sangat penting karena keadaan seperti ini hampir pasti akan terjadi di setiap desa/kelurahan atau kampung. **Ingat!** Tenaga pembantu eliminasi harus meminta mereka yang diberi obat untuk meminum obat tersebut di depan mata mereka.

Jika digunakan metode distribusi obat yang lain (distribusi lewat posko atau kelompok masyarakat khusus), anda mungkin perlu memikirkan bagaimana kartu keluarga digunakan untuk pemantauan dalam situasi seperti ini. Sebagai contoh, di beberapa desa/kelurahan, seluruh rumah tangga penduduk harus datang ke

posko distribusi sehingga kartu keluarga dapat diisi. Pendekatan ini mungkin tidak bisa dipakai di daerah perkotaan, sehingga perlu digunakan metode pencatatan yang lain.

Kartu Pengobatan Keluarga

Tanggal Mulai Pelaksanaan Pengobatan: 09 / 08/2004:

Nama KK: Yopi M. Laumaley

Nomor Rumah: 2

RT/RW: 05 / 03

Kampung/Desa/kelurahan: Binongko / Kalabahi

Puskesmas dan Kecamatan Puskesmas Kenarilang / Kec. Teluk Mutiara

No	Nama	Umur pada distribusi obat tahun pertama		Jumlah tablet DEC untuk setahun				Albendazole 400mg	Bulan/Tahun					
		L	P						1	2	3	4	5	
1	Yopi M. Laumaley	25		3				1	10/11/04					
2	Jelita Kamis		20	3				1	10/11/04					
3	Tara Y. Dorothee		1 bln	0				0	10/11/04					
4	Angmereng S. L.		18	3				1	10/11/04					
5	Efraim Kamis	13		3				1	10/11/04					
6	Zet Boy L.	9		2				1	10/11/04					
7	Maria Motuka		2	1				1	10/11/04					
8	Bianca F.		9 bln	0				0	10/11/04					
9	Adriani		31	0				0	10/11/04					

Keterangan:

No. 9 hamil (2004)

No. 10 di luar desa, ke Kupang (2004)

Pastikan bahwa tim Dinas Kesehatan di kabupaten anda melakukan supervisi di beberapa lokasi pada hari pelaksanaan pengobatan massal (MDA). Supervisi ini tidak mungkin dilakukan di setiap desa/kelurahan, namun kalau mungkin, sebaiknya jumlah desa/kelurahan yang akan disupervisi sudah direncanakan.

Ada dua alasan yang mendasari mengapa supervisi ini perlu dilakukan:

- 1) Petugas Puskesmas, tenaga pembantu eliminasi, dan masyarakat akan merasa terdorong untuk berpartisipasi aktif;

2) Petugas dinas kesehatan kabupaten akan melihat secara langsung keterbatasan dan keberhasilan yang dialami dalam proses pelaksanaan pengobatan massal (MDA) sehingga mereka akan memperbaiki proses tersebut pada tahun berikutnya. Supervisi dilakukan dengan menggunakan format. Lihat contoh dalam CD Alat Bantu (Tool Kit ☺).

2.4 Pemantauan Efek Samping

Seperti disebutkan di atas, selalu ada kemungkinan untuk terjadinya efek samping pada orang – orang yang berpartisipasi dalam pengobatan massal (MDA). Jika seseorang memiliki Mf dalam tubuhnya, maka pada saat obat membunuh Mf, tubuh kadang – kadang bereaksi akibat kematian cacing – cacing tersebut. Efek samping yang dialami tidaklah mengancam jiwa. Efek samping yang paling sering dijumpai adalah: demam, kelelahan, mual dan pusing. Efek samping yang kurang lazim adalah: bintik – bintik merah, gatal - gatal, pembesaran scrotum atau tungkai dan terjadinya abses. Jika ada yang menderita efek samping pengobatan, mereka perlu memahami bahwa efek samping adalah sesuatu yang baik, dan hal itu berarti bahwa obat yang diminum bekerja dan bahwa mereka mempunyai cacing filaria (Mf) dalam tubuh mereka.

Jika seseorang dicurigai terkena efek samping parah, yang disebut reaksi merugikan yang parah atau *severe adverse reactions (SAE)*, maka petugas kesehatan harus melaporkannya sesegera mungkin kepada Dinas Kesehatan Kabupaten dan melakukan tindakan seperlunya. Kemudian Dinas Kesehatan Kabupaten harus melaporkannya kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan sesegera mungkin.

Efek samping parah yang diklasifikasikan sebagai pengalaman yang tidak diinginkan akan menyebabkan:

- Kematian;
- Reaksi terhadap pengobatan yang mengancam nyawa;
- Rawat nginap (opname) atau perpanjangan masa rawat nginap;
- Kecacatan menahun atau kecacatan total;
- Cacat bawaan pada bayi yang dilahirkan oleh wanita hamil yang mengkonsumsi obat;
- Kanker;
- Overdosis yang disengaja atau yang tidak disengaja.

Ingat bahwa efek samping yang parah atau reaksi merugikan yang parah sangat jarang terjadi dan kemungkinan besar selama pengobatan massal (MDA) di Unit Pelaksanaan (IU) anda, tidak akan ada orang yang menderita reaksi parah. Tahun lalu (2003), selama pengobatan massal (MDA) yang dilakukan di

seluruh dunia, hanya terjadi empat kematian yang dilaporkan ke WHO yang kemungkinan berhubungan dengan Pengobatan massal (MDA) dari antara 133 juta orang yang mendapat pengobatan dosis tunggal (DEC) dan dua dosis (DEC dan albendazole). Namun demikian, petugas kesehatan di kabupaten anda perlu memahami efek samping yang mungkin terjadi dan bagaimana menanganinya apabila kasus tersebut muncul. Perlu diingat bahwa ada kemungkinan orang meninggal karena penyebab lain yang tidak ada hubungan dengan pengobatan massal pada saat distribusi obat. Karena itu, tim Dinas Kesehatan di kabupaten anda harus mampu menjelaskan kepada masyarakat bahwa kematian tersebut tidak disebabkan oleh obat filaria, tetapi karena sebab yang lain.

Ingat bahwa albendazole juga membunuh 5 jenis cacing usus lain; karena itu pada keesokan harinya akan keluar cacing pada saat buang air besar. Ini adalah salah satu efek samping positif dari pengobatan yang diberikan.

Sebaiknya daerah – daerah yang memiliki tingkat Mf tinggi memastikan bahwa dokter atau perawat tinggal di desa/kelurahan pada saat malam pertama setelah obat didistribusikan. Hal ini akan memastikan bahwa petugas kesehatan berada di daerah masing – masing untuk membantu masyarakat apabila terjadi efek samping. Apabila hal ini tidak mungkin, sebaiknya ditinggalkan sejumlah kecil obat (antihistamine dan paracetamol) kepada tenaga pembantu eliminasi untuk merawat efek samping yang mungkin terjadi dalam masyarakat. Prosedur ini sebaiknya dilakukan di daerah yang sangat terpencil. Tabel berikut ini menggambarkan tentang dosis sederhana dari obat – obat tersebut:

Umur dan rata – rata berat	Paracetamol (500 mg)	Antihistamine (4 mg)
2– 4 tahun (8 kg)	3 x ¼ tablet	3 x ¼ tablet
5 – 15 tahun (15- 30 kg)	3 x ½ tablet	3 x ½ tablet
16 tahun – dewasa (> 40 kg)	3 x 1 tablet	3 x ½ tablet

2.5 Penyisiran / Sweeping

Setelah 1-2 hari pertama pembagian obat, akan dilakukan penyisiran / sweeping. Penyisiran / sweeping merupakan proses untuk mencari orang yang tidak minum obat pada hari pembagian obat yang telah

ditentukan. Biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan tenaga pembantu eliminasi dan akan memakan waktu 1 - 2 bulan. Prosedur sweeping yang dilakukan akan sangat tergantung pada metode distribusi yang dipilih dan apakah lokasi pengobatan terletak di desa/kelurahan atau di kota. Anda mungkin memilih melakukan sweeping dari rumah ke rumah atau kembali ke sekolah, kantor bisnis, pemerintah dan memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pengobatan. Anda perlu melakukan metode sweeping yang berbeda di seluruh Unit Pelaksanaan (IU).

2.6 Pencatatan dan Pelaporan Pengobatan massal (MDA) dari Tingkat Desa/kelurahan ke Puskesmas ke Kabupaten ke Provinsi dan ke Pusat

Setelah kegiatan Pengobatan massal (MDA) dan penyisiran / sweeping selesai dilakukan, perlu mencatat dan melaporkan hasil yang dicapai ke berbagai tingkat pemerintahan. Petugas kesehatan perlu mengumpulkan hasil – hasil kegiatan dari desa / kelurahan dan kota di wilayah kerjanya dan kemudian mengirimkan informasi cakupan pengobatan kepada tingkat kabupaten. Lihat [Bab 5, Bagian 1.2](#) untuk rinciannya.

2.7 Dokumentasi Pengobatan massal (MDA)

Jika anda memiliki sarana pemotretan di kabupaten anda, sebaiknya mengabil gambar / foto atau video dari berbagai tahap pengobatan massal (MDA): pelatihan, sosialisasi, pengobatan massal (MDA), sweeping, dll. sehingga anda memiliki bukti – bukti dokumentasi untuk ditunjukkan kepada pengambil keputusan di kabupaten (pemerintah dan non pemerintah) sebagai bagian dari advokasi berkelanjutan.

3 Pencegahan Kecacatan

Salah satu komponen penting program eliminasi LF adalah pencegahan kecacatan bagi mereka yang menderita gejala – gejala kronis LF yaitu: limfodema dan elefantiasis. Karena gejala – gejala kronis ini bisa menyebabkan kecacatan yang lebih parah sering berjalannya waktu, maka penting untuk menjangkau setiap orang yang menunjukkan gejala kronis dan memberi penyuluhan mengenai langkah – langkah yang mereka dapat lakukan untuk mengurangi kecacatan dan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut di masa depan. Prinsip utama untuk mencegah kecacatan adalah:

1. Perawatan bagi mereka yang menderita limfodema pada tungkai, dada, penis dan skrotum yang mencakup kebersihan diri / higine secara umum, pencegahan infeksi bakteri sekunder dan perawatan kulit.

2. Melakukan gerakan – gerakan alami secara berulang – ulang dan selalu melakukan pengangkatan (elevasi) terhadap bagian yang mengalami pembengkakan sesering mungkin.
3. Pembedahan hidrokel (pembedahan hidrokelektomi).
4. Penyuluhan kepada keluarga dan pasien tentang langkah – langkah yang bisa diambil.

Ingat bahwa langkah – langkah di atas sebaiknya dilakukan sesuai dengan keadaan setempat sehingga akan berkelanjutan. Mereka yang memberi perhatian / perawatan secara informal (anggota keluarga, teman, tetangga, tenaga pembantu eliminasi dan kader) harus memahami berbagai langkah yang dapat diambil sehingga mereka dapat memberi bantuan bagi penderita untuk melakukan perawatan pribadi; hal ini penting bagi mereka yang sudah memiliki tingkat kecacatan yang parah. Mereka yang memberi perawatan / perhatian secara informal juga dapat membantu penderita untuk mencegah kecacatan lebih lanjut dan mereka juga dapat membantu mengurangi beban pengucilan sosial yang diderita oleh penderita gejala kronis.

Dianjurkan pula untuk melibatkan Departemen Sosial dalam penanganan kasus. Departemen ini dapat melakukan tindak lanjut dengan penanganan terhadap penderita LF bersama keluarga dan petugas kesehatan.

3.1 Tata Laksana Kasus

Program eliminasi LF di Indonesia telah menetapkan bahwa mereka yang menderita gejala kronis untuk secara khusus dirawat selama 10 hari dengan dosis berikut: 100 mg 3 X hari selama 10 hari pada putaran pengobatan massal (MDA) yang pertama. Pada tahun kedua, mereka akan diberi pengobatan yang sama dengan yang diberikan pada masyarakat lain yaitu pengobatan dosis tunggal.

Bagi mereka yang menderita berbagai tahap limfodema, dapat dirawat sesuai dengan skema di bawah ini:

Komponen Perawatan	Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4	Tahap 5	Tahap 6	Tahap 7
Gejala	Pembengkakan berkurang setelah waktu satu malam	Pembengkakan tidak dapat berkurang setelah satu malam	Ditemukan satu atau lebih lipatan kulit dangkal	Ditemukan satu benjolan atau lebih	Ditemukan satu atau lebih lipatan kulit yang dalam	Ditemukan lesi yang berbentuk seperti lumut (seperti kutil)	Pasien tidak mampu melakukan kegiatan yang biasa dilakukan sendiri
Kebersihan diri (membersihkan dan mengeringkan)	Ya (sebaiknya pada malam hari)	Ya (sebaiknya pada malam hari)	Ya (sebaiknya pada malam hari)	Ya (sebaiknya pada malam hari)	Ya (dua kali sehari kalau mungkin)	Ya (dua kali sehari kalau mungkin)	Ya (dua kali sehari kalau mungkin)
Perawatan terhadap lesi	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada	Kalau ada
Gerak Badan	Ya	Ya	Ya	Ya	Kalau mungkin	Kalau mungkin	Kalau mungkin
Mengangkat kaki	Biasanya tidak perlu	Malam hari	Siang dan malam	Siang dan malam	Siang dan malam	Siang dan malam kalau memungkinkan	Siang dan malam kalau memungkinkan
Krim Propilastik	Tidak	Tidak	Biasanya tidak perlu	Biasanya tidak perlu	Biasanya perlu	Perlu	Perlu
Antibiotika Sistemik Propilastik (dokter)	Tidak	Tidak	Tidak	Biasanya tidak perlu	Biasanya perlu (kalau ada serangan akut)	Perlu	Perlu

Tata laksana Limfodema memiliki banyak keuntungan untuk penderita:

- Mengurangi bau yang tidak sedap;
- Mencegah dan menyembuhkan lesi;
- Meningkatkan ‘kepercayaan diri’ pasien;
- Seringkali mengurangi ukuran kaki, lengan, atau bagian tubuh lain yang terkena;

- Mengurangi serangan akut yang disebabkan infeksi bakteri terhadap kulit (daerah yang diserang membengkak dan sakit serta penderita menderita kedinginan, kemerah - merahan, demam, dan sakit pada kelenjar, sakit kepala dan mual – mual);
- Meningkatkan kemampuan pasien bekerja, pergi ke sekolah atau kegiatan lain.

Dasar bagi tata laksana kasus adalah tindakan sederhana yang berupa pencucian daerah yang terserang secara seksama. Pastikan bahwa penderita menggunakan air bersih dan sabun yang tidak diberi wewangian. Kuman menyebabkan adanya serangan akut, sehingga dengan mencuci daerah yang diserang dengan baik, penderita akan menyingkirkan kotoran dan kuman. Pastikan bahwa penderita mencuci daerah yang diserang secara berulang – ulang sampai air yang digunakan tidak lagi kotor – yaitu sampai air yang digunakan mencuci tidak lagi kotor. Kalau penderita telah cacat atau tidak mampu mencapai beberapa bagian kaki, maka mereka harus mencari bantuan pada teman atau anggota keluarga. Patut dicatat bahwa kuman tidak akan membahayakan orang yang merawat. Pastikan bahwa semua luka ditemukan dan dicuci bersih. Periksa secara khusus daerah lipatan ibu jari kaki dan lipatan kulit. Setelah dicuci, daerah ini harus dikeringkan dengan baik untuk menghindari pertumbuhan bakteri dan jamur. Jika penderita memiliki luka kecil, mereka harus mengoleskan krim anti bakteri pada luka tersebut. Pastikan bahwa kedua kaki (yang terserang dan yang tidak terserang) dirawat dengan cara yang sama. Hal ini akan mencegah terjadinya limfodema pada kaki yang tidak terkena.

Penderita limfodema kaki, harus selalu memakai sepatu yang tidak terlalu sempit. Penderita tersebut mungkin harus meminta tukang sepatu untuk memperbesar sepatunya sehingga akan cocok dengan kakinya yang besar. Sepatu diusahakan tidak terlalu ketat karena akan menyebabkan terjadinya luka dan meningkatkan resiko serangan akut. Dianjurkan bagi limfodema ringan (tahap 1 atau 2) untuk memakai sepatu hujan dengan ukuran yang tidak sempit.

Mereka yang menderita limfodema Tahap 2 – Tahap 7 harus sering mengangkat kaki setiap ada kesempatan. Hal ini sebaiknya dilakukan pada siang dan pada malam hari saat tidur. Sebaiknya pula dilakukan gerak badan seperti mengayunkan kaki ke depan dan ke belakang serta berputar. Latihan – latihan seperti ini harus sesering mungkin dilakukan.

Para kader tidak perlu harus mampu menggolongkan tahap - tahap limfodema. Para kader cukup mengetahui bagaimana memberikan saran bagi semua pasien yang menderita limfodema: kebersihan kaki, gerak, dan meninggikan kaki kapan saja dimungkinkan. Para kader harus pula memahami kapan harus merujuk penderita ke fasilitas kesehatan – khususnya pada saat penderita mengalami serangan akut dan membutuhkan antibiotika sistemik.

3.2 Pembedahan Hidrokel

Hidrokel merupakan masalah kelamin yang paling sering dijumpai akibat LF. Masalah ini terjadi apabila terdapat kumpulan cairan pada kantung skrotum di sekitar testis. Kadang – kadang hidrokel hanya kecil dan pasien mungkin tidak mengetahuinya. Hidrokel bisa pula sangat besar dan menyebabkan kecacatan terhadap pasien, menghambat fungsi seksual dan kencing pada saat penis benar – benar tersembunyi. Mereka yang menderita hidrokel harus mengikuti anjuran di atas mengenai pencucian terhadap daerah – daerah yang diserang dan penderita harus memberi perhatian khusus pada daerah pangkal paha dan skrotum yang mudah terkena infeksi jamur.

Hidrokel harus dibedah. Jika pasien menderita hidrokel, mereka harus dirujuk ke dokter sehingga mereka dapat membahas tentang kemungkinan dilakukannya pembedahan dan juga untuk memastikan bahwa hidrokel yang diderita pasien adalah akibat filariasis limfatik dan bukan penyebab lain.

Anda perlu mengidentifikasi apakah ada kemungkinan untuk melakukan pembedahan hidrokel di Unit Pelaksanaan (IU) anda. Anda mungkin perlu mengkoordinasikannya dengan tingkat provinsi dan pusat untuk mengorganisir kegiatan pelatihan untuk dokter bedah yang ada di rumah sakit kabupaten.

3.2.1 Penemuan Kasus, Penyadaran, Penyuluhan dan Konseling

Jika mungkin untuk melakukan operasi hidrokel di daerah anda, anda perlu menentukan bagaimana memberikan informasi kepada masyarakat tentang pembedahan. Anda perlu menginformasikan mereka tentang proses pembedahan, apa yang kemungkinan akan terjadi dan apa hasil pembedahan. Adalah penting untuk memastikan bahwa penderita dan keluarganya mendapat konseling yang tepat tentang pembedahan dan memahami apa dampak dari keputusan untuk mengadakan pembedahan dalam hal keuntungan dan perawatan yang perlu dilakukan setelah pembedahan serta biaya yang harus ditanggung.

Di beberapa daerah, terdapat jangka waktu khusus untuk mengadakan pembedahan hidrokkel dimana dokter ahli bedah secara khusus datang untuk melakukan hidrokelektomi untuk seluruh Unit Pelaksanaan (IU). Unit Pelaksanaan (IU) perlu secara aktif mencari kasus dan merujuknya ke rumah sakit untuk perawatan. Jika anda memutuskan untuk secara aktif mencari penderita, pastikan memberitahukan mereka bahwa pembedahan tersebut adalah sebuah pilihan dan bukan sesuatu yang dipaksakan. Mereka harus memilih apakah akan menjalani pembedahan atau tidak. Jika mereka memilih untuk dioperasi, mereka harus diberikan konseling tentang prosedur dan keuntungan pembedahan. Disamping itu, jika kabupaten anda melakukan operasi hidrokkel secara berkala, pastikan bahwa operasi tersebut tidak dilakukan pada saat penduduk laki – laki sementara bekerja di ladang/sawah.

3.2.2 Tindak Lanjut Pasca Operasi

Bagi mereka yang memutuskan menjalani hidrokelektomi, pastikan bahwa penderita dan keluarganya diberikan informasi yang cukup tentang pencegahan infeksi di sekitar luka pembedahan serta tentang keharusan bagi penderita untuk mengurangi kegiatan normal (mengangkat benda – benda berat, bekerja keras, dll.) sampai luka benar – benar sembuh. Sebaiknya petugas kesehatan harus menindaklanjuti atau memantau pasien pasca operasi untuk mengikuti perawatan pasca operasi.

3.2.3 Evaluasi (dokumentasi)

Untuk mendorong masyarakat melakukan hidrokelektomi, sebaiknya mengevaluasi pembedahan yang dilakukan pada beberapa pasien sehingga anda dapat menggunakan pengalaman mereka untuk mendorong anggota masyarakat lain untuk berpartisipasi. Ingat bahwa pembedahan merupakan satu hal yang menakutkan bagi banyak orang, khususnya bagi mereka yang berpendidikan rendah; karena itu penting untuk menunjukkan hasil positif pembedahan kepada masyarakat. Jika anda foto – foto sebelum /sesudah pembedahan, pastikan bahwa orang yang berada dalam foto tidak dikenali (mis. jangan ambil foto bagian muka atau mencantumkan namanya). Ada juga orang yang bersedia maju dan berbicara terbuka tentang bagaimana hidup mereka telah berubah sejak pembedahan. Kesaksian orang – orang seperti ini akan berguna untuk program karena orang akan mempercayai apa yang dialami orang lain. Jika perlu orang ini harus diberikan konseling sebelum berbicara kepada masyarakat sehingga dia memahami keuntungan dan kerugian dari menceritakan pengalaman kepada orang lain.

4 Hal – hal yang Harus Diingat dari Bab 4

- Anda harus memilih dua desa dalam Unit Pelaksanaan yang memiliki tingkat Mf yang paling tinggi dari hasil survei darah jari dasar sebagai daerah sentinel untuk pemantauan di masa depan. Untuk setiap Unit Pelaksanaan, harus ada dua daerah sentinel atau jika Unit Pelaksanaan mempunyai jumlah penduduk yang banyak, maka harus ada dua daerah sentinel untuk setiap satu juta penduduk atau satu daerah sentinel untuk setiap 500,000 penduduk.
- Di samping ke dua daerah sentinel yang tetap, anda perlu mengidentifikasi dua daerah spot check yang akan berubah – ubah pada setiap fase pemantauan / monitoring.
- Sebelum memulai pengobatan massal, anda perlu memiliki indikator minimum untuk daerah sentinel:
 - Prevalensi dan kepadatan microfilaraemia dalam 500 penduduk yang diuji lewat survei darah jari malam
 - Tanda – tanda klinis penyakit LF (prevalensi limfodema dan hidrokul)
- Pegawai Puskesmas bersama dengan pengambil keputusan setempat harus melakukan sensus terhadap penduduk di dalam Unit Pelaksanaan dalam rangka mengetahui jumlah orang di daerah tersebut yang memenuhi syarat dan yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan.
- Tim Dinas Kesehatan Kabupaten bertanggung jawab untuk melatih petugas kesehatan yang akan dilibatkan dalam pemberian obat massal dan dalam tata laksana kasus kronis. Modul untuk pelatihan selama dua hari dilampirkan juga dalam Alat Bantu ini.
- Sebaiknya mengidentifikasi tenaga pembantu eliminasi lokal di tingkat desa atau RT (pada daerah perkotaan) karena pengambil keputusan setempat bersama dengan petugas kesehatan akan bisa mengidentifikasi siapa saja yang paling tepat untuk melakukan distribusi obat. Ingat bahwa tenaga pembantu eliminasi merupakan penghubung antara puskesmas dan masyarakat umum. Mereka harus di beri dorongan dan harus memiliki pengetahuan tentang masalah – masalah kesehatan dan tentang masyarakat di desa masing – masing.
- Petugas kesehatan perlu melatih tenaga pembantu eliminasi. Sebaiknya perlu juga untuk melatih pengambil keputusan setempat / lokal. Pelatihan selama satu hari biasanya sudah cukup dan pedoman pelatihan sudah dilampirkan dalam Alat Bantu ini.
- Penggerakan masyarakat merupakan unsur esensial / penting dalam pengobatan massal – karena itu jangan lupa untuk menggunakan sumber daya dan waktu yang cukup untuk melakukan kegiatan ini! Lewat penggerakan masyarakat akan diberi informasi tentang kegiatan pengobatan massal yang akan datang dan akan memberikan penyuluhan tentang filariasis limfatik, termasuk alasan mereka harus mengkonsumsi dua macam obat.

- Pastikan bahwa obat – obatan untuk pengobatan massal dan untuk tata laksana efek samping tiba di Puskesmas dalam waktu dua minggu sebelum kegiatan pengobatan massal dilakukan sehingga cukup banyak waktu bagi puskesmas untuk membagikannya ke pustu atau polindes dan desa – desa.
- Pengobatan massal biasanya harus dilakukan seara serempak di seluruh Unit Pelaksanaan dan mungkin pula untuk dilakukan pada hari yang telah ditentukan secara nasional. Sebaiknya perlu diadakan “satu hari khusus” untuk pengobatan massal sehingga menciptakan momentum dalam masyarakat.
- Ingat bahwa yang tidak boleh mengambil bagian dalam pengobatan massal adalah:
 - Ibu hamil/ menyusui;
 - Anak – anak berumur 2 tahun ke bawah;
 - Orang – orang yang sakit parah.
- Tenaga pembantu eliminasi harus memastikan bahwa obat – obat langsung diminum oleh mereka yang mendapatkan obat.
- Perlu dipertimbangkan untuk meakukan pengobatan massal pada sore hari pada saat orang telah makan siang atau pada malam hari saat mereka telah makan malam demi mengurangi efek samping.
- Beberapa orang mungkin akan mengalami efek samping setelah pengobatan karena obat akan bekerja membunuh Mf dan kadang – kadang tubuh bereaksi terhadap matinya cacing. Efek samping yang dialami tidaklah mengancam nyawa. Efek samping yang paling sering dijumpai: demam, kelelahan, mual dan pusing.
- **Sweeping** merupakan proses untuk menemukan mereka yang terlewatkan pada hari pengobatan massal utama. Biasanya kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan tenaga pembantu eliminasi dan akan berlangsung sampat 1-2 bulan.
- Petugas kesehatan perlu mengumpulkan hasil cakupan kegiatan di desa dan kota di daerah kerjanya dan kemudian mengirimkannya ke ke kabupaten. Kabupaten akan mengirimkannya ke tingkat provinsi dan pusat.
- Pastikan bahwa anda mendokumentasikan kegiatan pengobatan massal untuk tujuan advokasi. Tunjukkan kepada pemerintah kabupaten anda hasil dari kegiatan yang mereka danai!
- Komponen kedua kegiatan eliminasi LF adalah **pencegahan kecacatan** bagi mereka yang menderita gejala kronis: limfodema dan elefantiasis. Anda harus menjangkau semua orang yang terbukti memiliki gejala kronis dalam rangka memberikan penyuluhan tentang berbagai tindakan yang dapat diambil untuk mengurangi kecacatan dan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut di masa depan: menjaga kebersihan diri yang teratur, meninggikan anggota tubuh yang terkena, latihan dan memakai sepatu.

- ***Pembedahan hidrokela*** dapat dilakukan dan anda harus menentukan apakah pembedahan dapat dilakukan di kabupaten anda atau tidak. Usaha aktif untuk menemukan kasus kronis harus disertai penyuluhan tentang prosedur, resiko dan keuntungan pembedahan.

Bab 5: PEMANTAUAN & EVALUASI

Bab ini akan memberikan gambaran menyeluruh tentang kegiatan pemantauan dan evaluasi di Unit Pelaksanaan (IU) anda. Tool Kit ini menyertakan informasi terbaru dari Organisasi Kesehatan Sedunia dan Global Elimination Campaign. Bahan – bahan dalam bab ini disadur dari buku pedoman WHO: “Monitoring and Epidemiological Assessment of the programme to eliminate Filariasis lymphatic at the level of the Implementation Unit.” Berhubung kampanye eliminasi LF masih relatif baru, pedoman ini bisa saja berubah seiring dengan diadakannya penelitian operasional dan studi - studi berbasis data. Karena itu penting bagi anda untuk mengkoordinasikannya dengan pengelola program LF di tingkat provinsi maupun pusat.

Pada bagian akhir bab ini, anda akan mampu untuk:

- 1. Menjelaskan mengapa pemantauan dan evaluasi penting;**
- 2. Mencatat cakupan yang dilaporkan dari Unit Pelaksanaan (IU) setiap tahun;**
- 3. Mencatat cakupan geografis untuk Unit Pelaksanaan (IU) setiap tahun;**
- 4. Mengevaluasi angka cakupan hasil survei di Unit Pelaksanaan (IU) anda dari Putaran 1;**
- 5. Melakukan survei darah jari dan kepadatan Mf di daerah sentinel dan spot check 11 bulan setelah Putaran 2 dan 11 bulan setelah Putaran 4;**
- 6. Memantau secara teratur cakupan yang dilaporkan petugas di Unit Pelaksanaan (IU) anda;**
- 7. Melakukan evaluasi program secara rutin selama 5 tahun Pengobatan massal (MDA);**
- 8. Mengevaluasi penurunan transmisi LF di Unit Pelaksanaan (IU) anda bersama dengan petugas provinsi dan pusat; dan**
- 9. Mengukur dampak penurunan transmisi LF sebagai informasi untuk pengambil keputusan di daerah anda.**

1 Monitoring / Pemantauan

1.1 Mengapa monitoring / pemantauan penting?

Patut diingat bahwa tujuan pengobatan massal (MDA) adalah untuk memberikan obat kepada semua orang yang memenuhi persyaratan di Unit Pelaksanaan (IU) yang endemis LF sekali setahun. Semakin banyak orang yang meminum obat, semakin tinggi kemungkinan bagi anda untuk mengeliminir LF. Pemantauan terhadap pencapaian program perlu dilakukan setiap tahun sehingga anda dapat mengetahui dalam bidang

apa anda sudah berhasil (misalnya prosentasi orang yang meminum obat tinggi) dan dalam bidang apa saja anda masih memerlukan perbaikan (misalnya tidak banyak orang yang meminum obat). Pemantauan adalah suatu kegiatan yang terus – menerus dan dilakukan sepanjang jangka waktu Pengobatan massal (MDA) sesuai dengan pedoman yang digariskan dalam Tool Kit ini.

1.2 Angka Cakupan Geografis, dan Angka Cakupan yang Dilaporkan

Indikator di bawah ini telah dijabarkan untuk menilai program di Unit Pelaksanaan (IU) anda:

1. Cakupan Geografis: dijabarkan sebagai proporsi desa atau kelurahan atau kota yang melakukan Pengobatan massal (MDA) dalam Unit Pelaksanaan (IU) sasaran selama tahun yang dilaporkan. Indikator ini akan membantu pengelola program di tingkat Unit Pelaksanaan (IU) untuk menilai apakah petugas Puskesmas tenaga pembantu eliminasi telah menjangkau semua daerah Unit Pelaksanaan (IU).

Cakupan ini dihitung dengan menggunakan rumus di bawah ini:

Angka Cakupan Geografis pedesaan = $\frac{\text{Jumlah Desa/kelurahan yang dijangkau}}{\text{Jumlah Total desa/kelurahan di IU}} \times 100$
Angka Cakupan Geografis perkotaan = $\frac{\text{Jumlah daerah perkotaan yang dijangkau}}{\text{Jumlah total daerah kota di IU}} \times 100$

2. Cakupan Obat: dijabarkan sebagai proporsi individu yang benar – benar minum obat. Terdapat dua jenis cakupan obat: cakupan yang dilaporkan dan cakupan hasil survei. Kita hanya membahas cakupan yang dilaporkan pada bagian ini dan bagian berikut (1.3) akan membahas secara garis besar cakupan hasil survei. Cakupan yang dilaporkan merujuk kepada hasil pencatatan yang dilakukan tenaga pembantu eliminasi pada saat dilakukan distribusi obat terhadap orang – orang yang meminum kedua jenis obat. Tenaga pembantu eliminasi juga akan mencatat orang – orang yang tidak memenuhi syarat untuk minum obat atau orang yang layak namun tidak mendapatkan pengobatan pada saat pengobatan massal (MDA) (lihat [Bab 4](#) untuk informasi yang rinci). Cakupan obat akan dihimpun oleh Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) dan kemudian oleh petugas puskesmas yang akan melaporkannya ke pengelola program LF di Dinas Kesehatan Kabupaten. Terdapat dua indikator yang digunakan: cakupan yang dilaporkan terhadap jumlah penduduk dan cakupan yang dilaporkan terhadap penduduk yang memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan.

Angka cakupan ini dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$\begin{aligned} &\text{Cakupan obat yang dilaporkan / jmlh penduduk total} \\ &= \frac{\text{\# orang yang dilaporkan minum obat}}{\text{Jumlah penduduk dalam Unit Pelaksanaan (IU)}} \times 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Cakupan obat yang dilaporkan / jmlh penduduk yang boleh minum obat} \\ &= \frac{\text{\# orang yang dilaporkan minum obat}}{\text{Jmlh orang yang boleh minum obat dlm IU}} \times 100 \end{aligned}$$

Kedua indikator ini akan mengukur dampak pengobatan massal (MDA) terhadap jumlah penduduk secara keseluruhan dan terhadap penduduk yang memenuhi syarat untuk minum obat. Angka cakupan yang dihitung terhadap seluruh penduduk mencerminkan proporsi penduduk yang beresiko (misalnya seluruh Unit Pelaksanaan (IU) endemis) yang dijangkau oleh pengobatan massal (MDA) dan digunakan untuk pemantauan epidemiologis. Angka cakupan yang dihitung terhadap penduduk yang memenuhi syarat untuk minum obat akan mengukur kinerja sistem kesehatan dalam pelaksanaan pengobatan massal dan berfungsi sebagai indikator bagi Dinas Kesehatan untuk mengevaluasi kegiatan demi penguatan terhadap kegiatan tersebut dalam waktu selanjutnya.

Informasi berikut ini penting untuk format monitoring / pemantauan:

No.	Nama desa/kelurahan atau daerah	(A) Jumlah Penduduk	(B) Jumlah ibu hamil / menyusui, anak < 2 tahun, orang sakit	(C) Jumlah penduduk yang harus mendapatkan pengobatan =(A)-(B)	(D) Jumlah penduduk yang mendapatkan pengobatan	(E) Cakupan obat yang dilaporkan terhadap penduduk yang boleh minum obat [(D) / (C)] X 100	(F) Cakupan obat yang dilaporkan terhadap penduduk seluruhnya [(D) / (A)] X 100
1.	Desa Tasi	396	17	379	366	96,6%	92%
2.	Desa Wolwal	877	45	832	523	62,3%	59,6%

Format pelaporan ini (yang berisi angka cakupan per desa/kelurahan yang berada di bawah masing – masing Puskesmas) akan dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan kemudian dikirimkan ke tingkat provinsi dan pusat. Informasi ini perlu dihimpun tepat waktu sehingga laporan akan masuk ke Jakarta sebelum setiap bulan September untuk dilaporkan ke pada donor internasional.

1.3 Angka Cakupan Hasil Survei setelah Putaran 1

Walaupun diasumsikan bahwa angka cakupan obat yang dilaporkan mencerminkan angka konsumsi obat yang sebenarnya; kadang – kadang laporan tersebut lebih tinggi dari angka cakupan yang sebenarnya. Beberapa alasan yang mungkin adalah:

- Tenaga pembantu eliminasi meninggalkan obat buat anggota keluarga yang tidak berada di tempat saat distribusi dan menganggap bahwa obat telah dikonsumsi oleh anggota keluarga yang bersangkutan;
- Jika tenaga pembantu eliminasi dibayarkan berdasarkan jumlah orang yang diberikan obat, mungkin saja dia melaporkan angka yang lebih tinggi demi mempertinggi upah yang didapatkan;
- Data tentang jumlah penduduk atau penduduk yang memenuhi syarat tidak tepat atau sudah usang dan menghasilkan kesalahan penghitungan tentang angka cakupan obat.

Untuk menghindari kejadian seperti di atas, sebaiknya dilakukan verifikasi terhadap angka cakupan yang dilaporkan dengan melakukan sebuah survei, yang hasilnya disebut angka cakupan hasil survei. Angka cakupan hasil survei akan melengkapi angka cakupan yang dilaporkan sehingga dapat dilakukan pengujian ganda terhadap laporan Puskesmas dan tenaga pembantu eliminasi. Survei ini menggunakan metode berbasis penduduk dengan 30 cluster (kelompok) yang masing-masing terdiri dari 10 rumah tangga (RT) dan disadaptasikan dari metode Expanded Programme for Immunisation (EPI).

Indikator hasil survei dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

Angka cakupan hasil survei

$$= \frac{\text{Jumlah orang dari survei RT yang benar – benar meminum obat}}{\text{Jumlah penghuni semua RT yang disurvei yang diketahui apakah dia minum obat atau tidak}} \times 100$$

Metode yang digunakan untuk mengetahui angka cakupan hasil survei secara rinci diuraikan dalam Lampiran. Sebaiknya yang melakukan survei ini adalah badan / lembaga independen. Beberapa kemungkinan adalah: LSM lokal, Dewan Kesehatan Kabupaten, atau kelompok kemasyarakatan lainnya. Jika tidak mungkin mengidentifikasi badan – badan independen, maka survei harus dilakukan oleh pihak – pihak yang tidak terlibat dalam pelaksanaan pengobatan massal (MDA). Hal ini dilakukan untuk mengurangi bias.

Survei sebaiknya dilakukan setelah Putaran 1 sehingga anda dapat mengidentifikasi kejanggalan / masalah dalam pengobatan massal (MDA) yang dilakukan di Unit Pelaksanaan (IU) anda – misalnya cakupan obat terlalu tinggi atau terlalu rendah. Angka cakupan hasil survei harus dibandingkan dengan angka cakupan yang dilaporkan. Tabel berikut mengarisikan kemungkinan – kemungkinan hasil yang akan yang bisa didapatkan:

Hasil	Penjelasan yang mungkin	Bagaimana Mengatasi Masalah
Angka cakupan yang dilaporkan dan hasil survei sama – sama rendah	<ul style="list-style-type: none"> - Beberapa daerah dalam Unit Pelaksanaan (IU) belum dijangkau Pengobatan massal (MDA); - Beberapa kelompok umur tidak terjangkau; - Penduduk yang memenuhi syarat untuk minum disalah kenali oleh tenaga pembantu eliminasi; - Penduduk menolak minum obat karena alasan – alasan tertentu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan massal (MDA) diulangi di daerah yang terlewatkan; - Peningkatan mobilisasi masyarakat; - Peningkatan ketrampilan tenaga pembantu eliminasi (pelatihan dan supervisi yang lebih baik); - Mengadakan survei KAP untuk mengidentifikasi alasan orang menolak minum obat.
Angka cakupan yang dilaporkan <u>lebih tinggi</u> dari cakupan survei	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) mungkin salah melaporkan jumlah orang yang minum obat; - Angka jumlah penduduk salah atau belum diperbaharui; - Angka penduduk yang memenuhi syarat minum obat salah; - Rendahnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya minum obat-obat tersebut; - Orang-orang di luar Unit Pelaksanaan (IU) mengambil obat-obat tersebut dan dicatat sebagai bagian dari Unit Pelaksanaan (IU). 	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan ketrampilan tenaga pembantu eliminasi (pelatihan dan supervisi yang lebih baik); - Perbaiki cakupan pada daerah-daerah cakupan rendah melalui penguatan penggerakkan masyarakat; - Periksa ulang angka jumlah penduduk (apakah ada angka sensus yang terbaru?); - Memberitahu Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) bahwa mereka harus memisahkan non penduduk karena bukan bagian dari penduduk sasaran dalam Unit Pelaksanaan (IU).
Angka cakupan yang dilaporkan <u>lebih rendah</u> dari cakupan survei	<ul style="list-style-type: none"> - Angka jumlah penduduk salah atau belum diperbaharui; - Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) 	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan ketrampilan tenaga pembantu eliminasi (pelatihan dan supervisi yang lebih baik);

	tidak mencatat semua orang yang mendapat pengobatan.	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cakupan pada daerah-daerah cakupan rendah melalui penguatan penggerak masyarakat; - Periksa ulang angka jumlah penduduk (apakah ada angka sensus yang terbaru?).
Angka cakupan yang dilaporkan dan hasil survei sama – sama tinggi	<ul style="list-style-type: none"> - Sistem pelaporan yang baik; - Masyarakat dan Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) termotivasi; - Program pengobatan massal (MDA) berjalan sesuai rencana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terus menjaga momentum ini sampai tahun-tahun berikut; - Beritahukan petugas kesehatan dan Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) tentang hasil-hasil dan bahwa mereka telah bekerja dengan baik – ini akan meningkatkan rasa kepemilikan mereka terhadap program.

1.4 Monitoring Epidemiologis

Tujuan dari kampanye eliminasi LF adalah untuk mengurangi muatan microfilariae pada penderita Mf dalam Unit Pelaksanaan sampai pada tingkat rendah dimana penularan berkurang sampai pada pemutusan rantai penularan. Untuk mengukur apakah telah mencapai tujuan epidemiologis ini, kita perlu mengukur secara berkala tingkat-tingkat Mf dalam sampel penduduk di Unit Pelaksanaan (IU). Karena butuh banyak waktu dan dana maka tidak mungkin mengukur tingkat Mf di setiap tempat tinggal orang dalam Unit Pelaksanaan (IU), sebaliknya program ELF menganjurkan untuk mengukur tingkat Mf dalam populasi sentinel.

1.4.1 Menentukan daerah sentinel dan spot check

Sebelum putaran pertama pengobatan massal (MDA), anda harus menyeleksi dua desa atau kelurahan dengan tingkat Mf tertinggi dari survei dasar darah jari sebagai lokasi sentinel untuk monitoring yang akan datang (lihat Bab 4 untuk lebih jelas). Harus ada 2 lokasi sentinel untuk masing-masing Unit Pelaksanaan (IU) atau Unit Pelaksanaan (IU) mempunyai banyak penduduk, maka harus ada dua lokasi sentinel untuk setiap satu juta orang. Lokasi-lokasi tersebut harus mempunyai paling sedikit 500 penduduk, dan jika penduduknya lebih dari 500 jiwa, maka sub unit 500 jiwa dapat dipakai sebagai lokasi sentinel. Populasi yang terpilih haruslah populasi yang relatif stabil dan harus secara umum mencerminkan masyarakat di Unit Pelaksanaan (IU) (penduduk kota, masyarakat pedesaan, dll.). Sekali terpilih, dua lokasi sentinel ini akan terus dipakai selama pengobatan massal (MDA) dan tidak berubah. Akan sangat baik jika dilakukan konfirmasi dengan provinsi untuk seleksi lokasi sentinel.

Di beberapa daerah dimana terdapat distribusi terfokal, ukuran Unit Pelaksanaan (IU) bisa berupa kecamatan atau satu desa / kelurahan. Dalam kasus ini, tidak mungkin memilih dua lokasi sentinel per Unit Pelaksanaan (IU); tetapi memungkinkan untuk memilih lokasi sentinel acuan untuk sekelompok Unit Pelaksanaan (IU). Jika hal ini dilakukan, anda harus memastikan bahwa Unit Pelaksanaan (IU) – Unit Pelaksanaan memiliki kesamaan karakter dalam hal berikut ini:

- Kemiripan geografis;
- Memiliki kemiripan karakteristik epidemiologis;
- Telah melakukan pengobatan massal (MDA) pada saat yang sama.

Harus dicatat bahwa pengaturan ini merupakan pengecualian dan hanya dapat dilakukan setelah ada pembahasan dan persetujuan dari pengelola program nasional.

Karena ada kemungkinan bahwa petugas kesehatan sudah mengetahui lokasi sentinel sehingga mereka lebih memusatkan perhatian pada lokasi - lokasi tersebut selama pengobatan massal, yang pada akhirnya akan mempengaruhi hasil yang diperoleh, maka anda harus mengidentifikasi lokasi - lokasi spot check untuk mengurangi bias. Lokasi spot check ini akan menyediakan informasi tambahan tentang penyebaran penyakit di IU bersangkutan. Harus dipilih pula daerah spot check yang jumlahnya sama dengan jumlah sentinel site di Unit Pelaksanaan (IU) bersangkutan. Daerah spot check tidak tetap; artinya akan dipilih daerah spot check baru untuk setiap kegiatan monitoring. Sebagai contoh, di sebuah Unit Pelaksanaan (IU) yang berpenduduk kurang dari 500.000 orang, anda akan mempunyai dua 2 daerah sentinel yang tetap dan 2 daerah spot check yang tidak tetap. Daerah spot check harus mempunyai syarat-syarat yang sama dengan lokasi sentinel (jumlah penduduk lebih dari 500 jiwa atau jika lebih, maka dapat dipilih sub unit yang terdiri dari 500 orang).

Sebelum mulai pelaksanaan pengobatan massal (MDA), anda akan perlu mempunyai serangkaian indikator-indikator yang essential di daerah sentinel:

- Kepadatan dan prevalensi Microfilaraemia;
- Tanda-tanda klinik penyakit;

Anda akan perlu menguji paling sedikit 500 orang di masing-masing lokasi sentinel untuk microfilaraemia dengan pengujian survei darah jari (waktu malam) dan untuk prevalensi limfodema dan hidrokkel. Anda akan perlu menghitung prevalensi dasar microfilaraemia dan rata-rata kepadatan microfilaraemia dengan rumus-rumus berikut:

Prevalensi Microfilaraemia (Mf%) =

$$\frac{\text{Jumlah orang yang yang slidenya positif untuk Mf} \times 100}{\text{Jumlah keseluruhan orang yang dites untuk Mf}}$$

Kepadatan Microfilaria (mfd) =

$$\frac{\text{Total hitungan dari microfilariae dalam slide yang ditemukan} \times 50^*}{\text{Jumlah keseluruhan slide yang ditemukan positif}}$$

* 50 digunakan pada faktor koreksi apabila volume darah 20 µl, sementara untuk jumlah darah yang berbeda faktor-faktor koreksinya pun berbeda.

Karena anda telah memilih lokasi-lokasi ini dari antara lokasi yang anda amati dalam survei dasar, anda mungkin tidak perlu lagi untuk mengulangi survei darah jari lagi.

Prevalensi kasus klinis dari limfodema dan hidrokkel harus dicatat di semua lokasi sentinel. Hal ini akan memberikan suatu indikasi dari beban penyakit dalam Unit Pelaksanaan (IU) dan akan membantu dalam perencanaan kegiatan-kegiatan pencegahan kecacatan. Gunakan contoh tabel berikut untuk menghitung prevalensi dari tanda-tanda klinis:

Unit Pelaksanaan	Lokasi Sentinel	Jumlah orang (laki2 & perempuan) yang dites (c)	Jumlah kasus limfodema (d)	Prevalensi (%) (d/c) x100	Jumlah perempuan yang dites (e)	Jumlah kasus hidrokkel (f)	Prevalensi (%) (f/e) x100
X	A	500	6	1,2	250	39	15,6
	B	510	18	3,5	245	55	22,4

Apabila lokasi-lokasi sentinel telah ditetapkan dan data dasar sebelum pengobatan massal (MDA) sudah jelas, maka anda bisa mulai menyiapkan pengobatan massal di daerah anda. Pengukuran - pengukuran yang dilakukan di daerah sentinel (prevalensi dan kepadatan microfilaria serta tanda - tanda klinis) akan menjadi dasar bagi anda untuk mengikuti / menilai dampak dari program sejak awal program sampai akhir program.

1.4.2 Monitoring dalam surveillance sentinel dan daerah-daerah spot check setelah Putaran 2 dan 4

Anda telah melaksanakan pengukuran-pengukuran dasar (baseline) pada daerah-daerah sentinel sebelum kampanye pengobatan massal (MDA) dimulai dan sekarang anda sudah mulai melakukan pengobatan massal (MDA). Pengukuran-pengukuran yang anda kumpulkan sebelum memulai pengobatan massal (MDA) akan menjadi data dasar yang akan memungkinkan anda mengikuti dampak – dampak dari program.

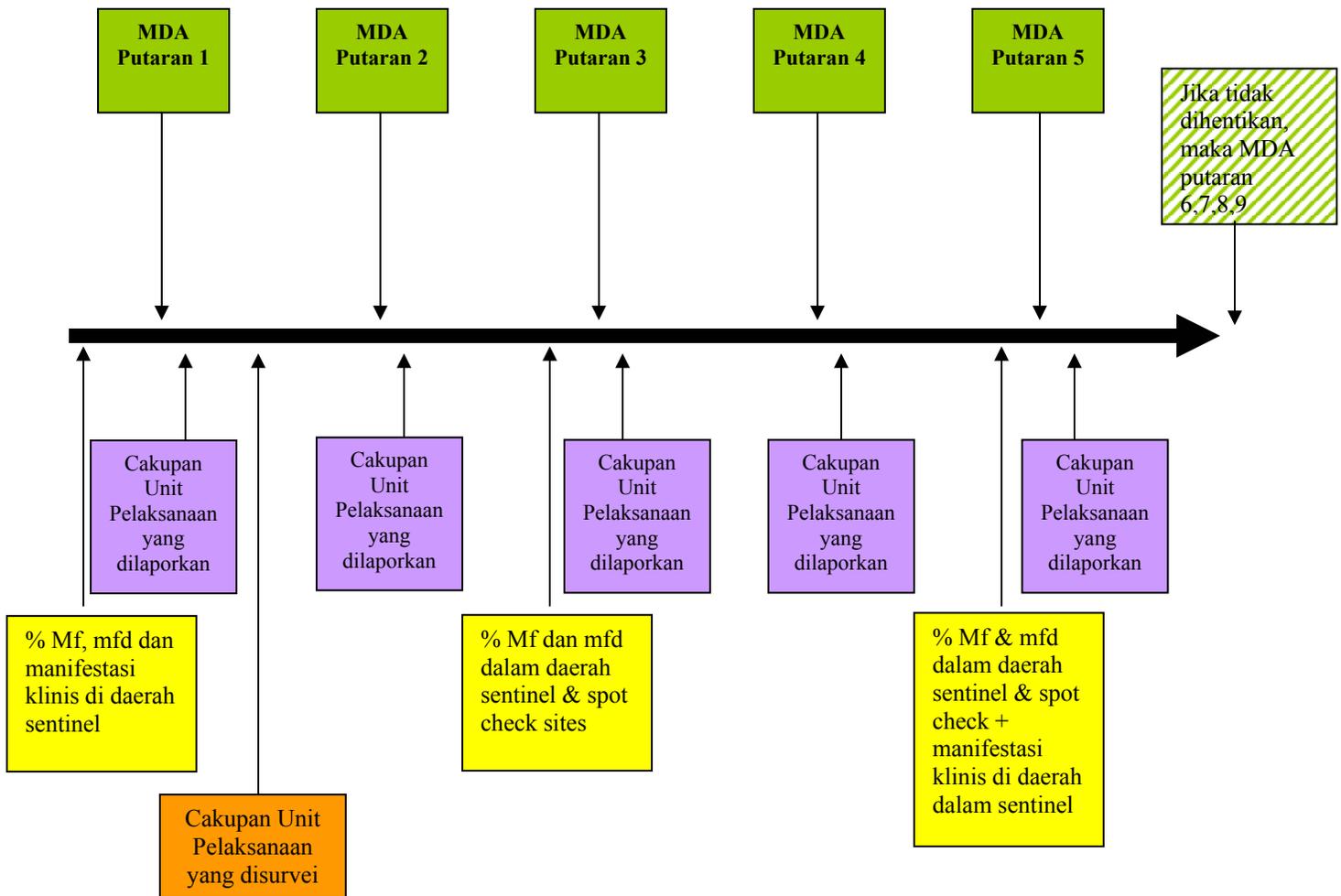
Untuk mengukur dampak kampanye obat microfilaria, kita perlu mengukur secara teratur prevalensi serta kepadatan microfilaria di daerah-daerah sentinel dan spot check. Indikator-indikator ini bersama dengan data cakupan obat akan memberikan suatu indikasi dari dampak pengobatan massal tentang penularan LF. Anda akan melakukan dua kali survei darah jari pada semua penduduk di daerah sentinel (sekitar 500 orang per lokasi) dan daerah spot check (sekitar 500 orang per lokasi) untuk kepadatan dan prevalensi microfilaria. Survei-survei monitoring ini harus dilakukan 11 sebelum setelah Putaran 2 dan 11 bulan setelah Putaran 4. Karena di Indonesia, LF sifatnya nokturnal, anda akan perlu mengambil darah jari antara pukul 22.00 dan 02.00 sesuai dengan protokol yang benar untuk mengukur microfilaria.

Tabel berikut menguraikan frekuensi dari pengukuran indikator:

	Cakupan pengobatan massal (MDA) yang dilaporkan	Prosentase Mf atau prevalensi microfilaraemia	Mfd (kepadatan microfilaria)	Manifestasi klinis
Daerah Sentinel	Setelah setiap pengobatan massal (dalam satu bulan)	Sebelum pengobatan massal putaran ke-1 ke-3, dan ke-5. Jika diperlukan, sebelum putaran ke-7 dan ke-9 sampai pengobatan massal dapat dihentikan.	Sebelum pengobatan massal putaran ke-1 ke-3, dan ke-5. Jika diperlukan, sebelum putaran ke-7 dan ke-9 sampai pengobatan massal dapat dihentikan.	Sebelum pengobatan massal putaran ke-1 ke-3, dan ke-5. Jika diperlukan, sebelum putaran ke-7 dan ke-9 sampai pengobatan massal dapat dihentikan.

Daerah Spot check	Tidak	Sebelum tahun ke-3 dan ke-5. Jika diperlukan sebelum putaran ke-7 dan ke-9 sampai pengobatan massal dapat dihentikan.	Sebelum tahun ke-3 dan ke-5. Jika diperlukan sebelum putaran ke-7 dan ke-9 sampai pengobatan massal dapat dihentikan.	Tidak
-------------------	-------	---	---	-------

Kegiatan-kegiatan monitoring selama pengobatan massal (MDA) lima + tahun dapat digambarkan sebagai berikut:



1.5 Monitoring Reguler untuk kegiatan-kegiatan program

Disamping monitoring terhadap program dan monitoring epidemiologis pada daftar diatas, sebaiknya anda melakukan pertemuan-pertemuan evaluasi jangka menengah dengan petugas kesehatan serta Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE) untuk membahas hasil – hasil survei monitoring serta hasil – hasil dari cakupan pengobatan. Akan sangat penting mendapatkan pendapat mereka tentang mengapa tingkat cakupan lebih tinggi atau atau lebih rendah di daerah-daerah tertentu dan juga mendapatkan masukan atau saran mereka seperti bagaimana memperbaiki cakupan. Ini juga akan memberikan kesempatan bagi tim petugas kesehatan untuk berbagi pengalaman-pengalaman positif dari satu daerah ke daerah lain. Evaluasi jangka menengah ini akan memberikan suatu rasa kepemilikan dan pemberdayaan pengobatan massal baik bagi petugas kesehatan maupun Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE). Mereka akan merasa mempunyai suara untuk arah kampanye dan kesempatan untuk memberikan solusi bagi kesulitan – kesulitan serta peran dalam mensukses. Terserah kepada anda di kabupaten berapa sering anda akan melakukan evaluasi seperti itu – sebaiknya minimal setelah putaran pertama dan setelah putaran ketiga.

2 Evaluasi

Evaluasi sangat penting untuk menentukan apakah anda telah mencapai interupsi penularan. Anda harus hati-hati mengikuti langkah-langkah yang diuraikan disini sehingga tidak membuat kesalahan menghentikan pengobatan massal (MDA) lebih dini. Dinas provinsi dan pusat akan membantu anda dalam evaluasi. Penting bagi anda untuk mematuhi panduan-panduan sebagai tertulis. Setelah pengobatan massal putaran ke 5 selesai, pastikan bahwa anda menghubungi pengelola program di tingkat nasional untuk memastikan bahwa anda telah mengikuti pedoman terbaru dan telah terjadi penurunan transmisi.

2.1 Evaluasi interupsi penularan LF

Untuk mengevaluasi interupsi penularan LF, ada 5 langkah yang perlu anda lakukan sebelum menentukan apakah anda telah menghentikan penularan dalam Unit Pelaksanaan (IU) anda.

Langkah 1: Follow-up survei monitoring setelah Putaran 4, jika $M_f < 1\%$, tambahkan uji kartu ICT untuk anak-anak usia 2-4 tahun

Sebagaimana disebutkan diatas pada bagian monitoring, anda akan melakukan survei darah jari untuk mfd dan % M_f pada daerah sentinel dan spot check satu bulan sebelum merencanakan untuk melakukan putaran kelima pengobatan massal (MDA) (atau 11 bulan seelah Putaran 4). Jika hasil-hasil dari survei ini menunjukkan bahwa % $M_f < 1\%$ pada daerah sentinel dan spot check, maka anda akan perlu melakukan

pengujian dengan menggunakan kartu ICT pada semua anak usia antara 2 – 4 tahun (artinya mereka lahir setelah pengobatan massal (MDA) dimulai) di daerah sentinel maupun spot check.

Test kartu ICT antigenaemia anak-anak menunjukkan apakah mereka telah terpapar Mf selama hidup mereka. Kartu ICT hanya melihat antigen untuk bancroftian filariasis, karena itu jika terdapat *B. timori* atau *B. malayi* di Unit Pelaksanaan (IU) anda, maka anda tidak perlu menggunakan kartu ICT dan sebagai gantinya anda dapat menggunakan darah jari malam untuk mendeteksi adanya microfilaria.

Kalaupun anda hanya menemukan satu kasus positif dari kartu test ICT atau survey darah jari, anda akan perlu memastikannya (konfirmasi) terlebih dahulu apakah positif sejati – artinya tidak ada kesalahan dalam prosedur test. Ada alogaritma yang terlampir pada dokumen ini yang akan menguraikan langkah-langkah pasti yang harus diambil. Anda akan pertama-tama perlu menguji ulang anak itu untuk memastikan bahwa dia positif sejati. Jika hasil test menunjukkan positif sejati lagi, maka anda akan perlu melakukan penyelidikan dimana kemungkinan anak itu terpapar filariasis. Sebagai contoh, mungkin keluarganya adalah pendatang baru atau baru saja dari bepergian. Dimana pun anak itu terpapar LF, anda akan perlu menilai status Mf dalam anggota keluarganya serta tetangga-tetangganya (test Mf dan test kartu ICT). Pengelola program nasional akan mampu membantu anda dalam proses ini apabila anda menemukan lebih dari 3 kasus positif. Jika kasus-kasus tersebut positif sejati, maka anda akan perlu melakukan putaran tambahan pengobatan massal (MDA) (5 dan 6). Hal ini harus diputuskan bersama dengan tingkat pusat dan provinsi.

Jika anda tidak menemukan kasus yang positif sejati pada anak-anak, maka anda bisa lanjut ke Langkah 2.

Langkah 2: 5 – 10 daerah sentinel tambahan untuk survei Mf dan test ICT

Sebelum putaran kelima pengobatan massal (MDA), anda harus mengulangi prosedur pada Langkah 1 untuk tambahan 5 – 10 daerah sentinel. Daerah-daerah ini harus diyakini memiliki risiko paling tinggi terhadap penurunan Mf (contohnya mereka mempunyai tingkat Mf yang tinggi sebelum dimulainya pengobatan massal (MDA), tingkat cakupan yang rendah, perubahan dramatis pada penduduk dalam Unit Pelaksanaan (IU) (pengungsi atau pengungsi lokal, dll.). Perlu diingat bahwa kalau di daerah anda ada filaria yang disebabkan kuman *Brugia*, maka anda harus menggunakan darah jari malam dan bukan uji ICT.

Jika anda menemukan kasus yang positif sejati pada anak-anak usia 2-4 tahun, maka anda akan perlu melakukan putaran tambahan pengobatan massal (MDA). Namun demikian, jika anda menemukan 1 atau 2 positif, anda harus melakukan pengobatan massal putaran ke 5 dan kemudian melakukan Langkah ke 4 serta memutuskan bersama - sama dengan tingkat provinsi dan nasional apakah akan menghentikan atau melanjutkan pengobatan massal. Keputusan ini harus disepakati dengan tingkat pusat dan provinsi.

Jika anda tidak menemukan kasus yang benar-benar positif, maka lanjutkan ke Langkah 3.

Langkah 3: Putaran ke-5 pengobatan massal (MDA)

Karena anda telah merencanakan putaran ke-5 pengobatan massal (MDA), anda akan meneruskannya, apapun hasil yang diperoleh (positif sejati atau tidak dari kartu-kartu ICT dan/atau survei darah jari).

Langkah 4: Lot Quality Assurance (LQA) pada 300 anak menggunakan kartu ICT

Sebaiknya anda melakukan langkah ini secepat mungkin setelah pengobatan massal (MDA) putaran ke-5, sehingga jika ada tanda bahwa rantai penularan belum diputuskan, anda akan mampu memesan obat-obatan untuk putaran ke-6.

Untuk langkah 4, anak-anak yang dijadikan sampel adalah antara usia 2 – 4 tahun. Untuk menentukan masyarakat mana yang perlu diidentifikasi, maka pastikan anda membuat daftar masyarakat dimana prevalensi Mf-nya diketahui dan kemudian anda membuat ranking, daerah dengan prevalensi Mf tertinggi diurutkan pertama. Anda harus memilih daerah-daerah dengan penularan tertinggi untuk survei LQA.

Dalam masyarakat-masyarakat ini anda akan membutuhkan 30 sampel yang masing-masing terdiri atas 10 orang anak. Setiap sampel (10 anak), anda akan memilih satu rumah di daerah-daerah bancroftian secara acak dan anak paling tua (antara 2 – 4 tahun) dipilih dan ditest dengan kartu ICT untuk antigenaemia. Jika tidak ada anak-anak usia 2 – 4 tahun di rumah tersebut, anda akan perlu pergi ke rumah berikutnya (yang paling dekat dengan rumah yang dipilih pertama) dan mulai dengan anak yang paling tua, yang berusia antara 2 – 4 tahun. Jika anak terpilih tersebut tidak ada di rumah itu, maka anak tertua kedua yang dipilih untuk test kartu ICT. Pastikan anda mencatat rumah-rumah mana saja yang anak tertuanya tidak hadir/ada; kalau anda berniat untuk kembali lagi ke sana untuk melakukan pengujian pada anak tertua di situ. Anda kemudian harus pergi ke rumah berikutnya (paling dekat dari rumah dimana anda berada) dan memilih anak

tertua disana dengan mengikuti prosedur yang sama seperti tadi. Anda harus melanjutkan dari satu rumah ke rumah yang lain sampai anda megetest 10 anak yakni satu anak per satu rumah.

Jika anda menemukan kasus yang positif sejati diantara 300 anak ini, anda akan perlu melakukan putaran tambahan pengobatan massal (MDA). Setelah putaran tersebut, maka anda langsung lanjut ke Langkah 5.

Jika anda tidak menemukan kasus yang positif sejati diantara 300 anak tersebut, maka anda bisa lanjut ke Langkah 5.

Langkah 5: LQA Komunitas Besar (Large community LQA) menggunakan kartu ICT pada 3000 anak sekolah

Dalam langkah terakhir untuk memastikan apakah anda telah memberantas penularan LF dalam unit pelaksanaan anda, anda akan perlu mengetest 3000 anak untuk filarial antigenaemia dengan menggunakan kartu ICT (kecuali di daerah-daerah dimana terdapat brugian filariasis, dimana anda akan perlu melakukan survei darah jari). Anda akan perlu yakin bahwa anda mengikuti dengan tepat petunjuk-petunjuk yang diberikan disini untuk seleksi anak.

Pertama anda perlu mengetahui jumlah keseluruhan anak sesuai kelompok umur (6-7 tahun). Sebagai contoh ada 180.000 anak dalam Unit Pelaksanaan (IU) anda yang berusia antara (6-7 tahun). Anda perlu menguji 3000 anak. Pertama – tama, anak perlu menentukan interval sampel. Anda bisa melakukannya dengan cara menghitung $180.000 / 3.000$. Jawabannya, = 60. Ini adalah interval sampel anda.

Kemudian, anda perlu membuat daftar sekolah-sekolah yang ada dalam Unit Pelaksanaan (IU) anda serta jumlah keseluruhan anak usia (6-7 tahun).

Buatlah daftar seperti berikut ini:

Sekolah Dasar	Jumlah anak usia antara 6-7 tahun
Kalabahi	300
Maukuru	50
Kamot	45
Lekom	20
Alila	80
Bukapiting	100

Dalam rangka mengidentifikasi anak - anak dari sekolah mana saja yang anda akan wawancarai, anda perlu menghitung jumlah kumulatif siswa di sekolah - sekolah tersebut.

Tabel berikut ini memberikan gambaran tentang hal ini:

Sekolah Dasar	Jumlah keseluruhan anak umur 6-7 tahun	Jumlah Kumulatif Penduduk
Kalabahi	300	300
Maukuru	50	350
Kamot	45	395
Lekom	20	415
Alila	80	495
Bukapiting	100	595

Setelah itu anda perlu memilih sebuah angka acak untuk memulai pengambilan sampel. Anda perlu memilih sebuah angka antara 1 dan jumlah penduduk kumulatif. Sebagai contoh angka acak yang dipilih adalah 42.

Di bawah ini dijabarkan tentang cara memilih anak sekolah dari sekolah – sekolah berbeda:

Sekolah Dasar	Jumlah keseluruhan anak umur (6-7 tahun)	Jumlah Kumulatif Penduduk	Sampling frame	Jumlah anak yang diuji
Kalabahi	300	300	42	5
			$42+60=102$	
			$102+60=162$	
			$162+60=222$	
			$222+60=282$	
Maukuru	50	350	$282+60=342$	1
Kamot	45	395		
Lekom	20	415	$342+60=402$	1
Alila	80	495	$402+60=462$	1
Bukapiting	100	595	$462+60=522$	1
Dll.				

Anda memulai dengan sekolah yang mempunyai 42 anak yaitu Kalabahi. Kemudian anda menambahkan interval sampel ($42+60$) yaitu 102. Kalabahi mempunyai lebih dari 102 anak, jadi tambahkan satu anak lagi yang harus diuji di Kalabahi. Kemudian tambahkan lagi 60 ($102+60$) sehingga didapatkan 162. Namun Kalabahi masih memiliki anak umur 6 – 7 tahun lebih dari 162 anak; karena itu sudah ada 3 anak yang akan diuji. Dengan menambahkan angka 60 lagi ($162+60$) ternyata jumlah anak yang berada di sekolah di Kalabahi lebih besar ($222 < 300$) dan apabila ditambahkan 60 lagi akan didapatkan $222+60= 282$. Kedua angka tersebut masih berada di bawah jumlah anak umur 6 – 7 tahun di Kalabahi karena itu tambahkan 2 anak lagi yang harus diuji di Kalabahi. Namun apabila proses dilanjutkan maka akan didapatkan $60+282 = 342$, dan ini berarti angka ini telah melebihi jumlah kumulatif anak umur 6 – 7 tahun di Kalabahi namun berada di bawah jumlah kumulatif anak 6 – 7 tahun di Maukuru, jadi diambil 1 anak dari Maukuru. Anda akan melanjutkan proses ini sampai mendapatkan anak sejumlah 3000 orang.

Di tingkat sekolah, anda perlu memilih siswa dengan cara yang sama seperti di atas. Sebagai contoh, kalau dipilih 10 siswa dari sebuah sekolah contoh yang memiliki siswa sebanyak 500 orang, maka harus dipilih setiap anak ke-50 dalam daftar yang digunakan ($=500 / 10$) dimana anak pertama dipilih secara acak dari ke-50 anak pertama. Adalah berguna untuk menggunakan daftar hadir absensi kelas yang ada.

Jika seperti dalam contoh ini, ada banyak kasus positif sejati, anda perlu mengkaji apa yang harus dilakukan bersama – sama dengan pengelola filaria nasional apakah harus mengulangi pengobatan massal (MDA) atau menghentikan pengobatan massal (MDA). Waktu yang diperlukan untuk menjangkau semua sampel anak dan menghimpun data hasil survei bisa mencapai 1 sampai 2 bulan.

Apabila di antara ke 3.000 anak tersebut tidak ada kasus positif, maka anda dapat menghentikan pengobatan massal (MDA) .

Diagram berikut menjelaskan skema untuk mengevaluasi transmisi LF.

2.2 Bagaimana Mengukur Dampak Demi Kepentingan Bahan Pertimbangan Para Pengambil Keputusan (efisiensi biaya, program)

Apabila anda telah berhasil mengurangi transmisi LF, anda harus sekali lagi mengkomunikasikannya dengan pengambil keputusan di Unit Pelaksanaan (IU) anda untuk menunjukkan berapa banyak uang yang berhasil dihemat di kabupaten anda karena eliminasi LF. Anda harus menghitung berapa banyak orang yang diobati per tahun dan bukti – bukti penurunan prevalensi dan kepadatan Mf di kabupaten (atau Unit Pelaksanaan/IU) anda.

Anda dapat menghitung berapa banyak uang yang berhasil dihemat di kabupaten anda. Kalikan jumlah orang yang menderita LF sebelum pengobatan massal (MDA) dengan Rp. 735.000 (kerugian ekonomis total per tahun untuk setiap kasus). Angka total tersebut mencerminkan jumlah kerugian ekonomis yang dialami kabupaten per tahun sebelum eliminasi LF – angka tersebut juga merupakan jumlah uang yang telah dihemat per tahun pada saat penyakit telah dieliminir. Namun jumlah tersebut tidak memperhitungkan kasus – kasus baru yang telah dihindari, sehingga estimasi tersebut merupakan estimasi minimal dari biaya sebenarnya.

Selain itu terdapat pula keuntungan tahunan lain dalam bidang kesehatan akibat tereliminirnya cacangan terutama cacangan pada anak – anak. Eliminasi cacangan tersebut akan berdampak baik terhadap pendidikan anak dan peningkatan kesehatan anak secara menyeluruh.

3 Hal – Hal Yang Harus Diingat Dari Bab 5

- Evaluasi sangat penting untuk menentukan apakah anda telah mencapai penurunan angka transmisi.
- Anda harus secara tepat mengikuti langkah – langkah yang digariskan dalam bab ini sehingga anda tidak membuat kesalahan dengan menghentikan pengobatan massal terlalu dini. Anda akan disupervisi oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan.
- Untuk mengevaluasi penurunan transmisi LF, ada 5 langkah yang perlu anda lakukan sebelum menentukan apakah transmisi LF di unit pelaksanaan (IU) anda telah berhenti.
 - Langkah 1: Mempelajari prevalensi Mf di daerah sentinel dan spot check dan uji kartu ICT terhadap anak – anak umur 2 – 4 tahun di daerah sentinel dan spot check
 - Langkah 2: Mempelajari prevalensi Mf di 5 – 10 daerah sentinel tambahan dan uji kartu ICT terhadap semua anak umur 2 – 4 tahun di daerah sentinel
 - Langkah 3: MDA Putaran 5
 - Langkah 4: Survei Small community Lot Quality Assurance terhadap 300 anak umur 2 – 4 tahun di daerah resiko
 - Langkah 5: Survei Large community Lot Quality Assurance terhadap 3000 anak baru masuk SD
- Ingat untuk mengkomunikasikan dampak program eliminasi LF yang telah dilakukan di kabupaten anda.

LAMPIRAN

1 *Daftar Istilah*

Sebagian besar definisi dalam bagian ini diambil langsung dari buku Dreyer et al. “Basic Lymphoedema Management: Treatment and Prevention of Problems Associated with Lymphatic Filariasis.”

Albendazole: Obat anti filarial yang memiliki efek membunuh dan sterilisasi terhadap cacing dewasa maupun membunuh microfilariae. Albendazole juga membunuh cacing usus.

Antibiotika: Obat yang digunakan untuk merawat infeksi bakteri.

Antibiotika Profilaksis: Antibiotika yang diberikan untuk mencegah infeksi bakteri. Antibiotika ini diresepkan oleh dokter pada saat pasien terus mengalami serangan akut walaupun tindakan sementara diambil. Antibiotika ini bisa diberikan lewat injeksi atau lewat mulut. Orang yang terkena limfoedema tingkat lanjut seringkali membutuhkan antibiotika profilaksis

Bakteri: Jenis kuman yang dapat memasuki kulit dan menyebabkan serangan akut.

Benjolan: Gumpalan kecil atau tonjolan ke luar kulit. Gumpalan tersebut ditemukan pada limfoedema tahap 4. Dengan pengobatan, benjolan – benjolan ini dapat dikecilkan dan dilembutkan dan kadang – kadang dihilangkan.

Brugia malayi: Parasit filaria yang menyebabkan 10% filariasis limfatik di dunia – dan ditemukan di beberapa bagian Asia dan Pasifik Barat.

Brugia timori: Parasit filaria yang hanya ditemukan di Indonesia Timur dan Timor Timur. Prosentase globalnya sangat kecil.

Cairan Limfa: Cairan yang ditemukan dalam saluran limfa. Terdiri dari air, buangan dari sel dan sel yang melawan bakteri.

Cakupan geografis: proporsi daerah-daerah pedesaan atau perkotaan yang termasuk dalam pengobatan massal selama tahun yang dilaporkan.

Cakupan hasil survei: Hasil-hasil dari suatu survei yang dilakukan di seluruh Unit Pelaksanaan (IU). Cakupan hasil survei adalah proporsi jumlah total individu yang diidentifikasi melalui survei rumah tangga yang telah minum obat dibanding jumlah total penduduk yang bertempat tinggal di semua rumah tangga yang disurvei yang mana informasi tentang siapa saja yang minum obat diketahui.

Cakupan yang dilaporkan: proporsi jumlah orang yang dilaporkan telah minum obat dalam penduduk yang memenuhi syarat untuk pengobatan massal (kepentingan program) dan proporsi jumlah orang yang dilaporkan telah minum obat dalam penduduk secara keseluruhan (kepentingan epidemiologis).

Cluster: Sekelompok atau satu ikat.

Contraindication/Kontra-indikasi: Suatu alasan untuk tidak memberikan jenis obat tertentu kepada seseorang. Ibu hamil, penderita sakit berat serta anak dibawah usia 2 tahun kontra-indikasi untuk obat-obatan anti-filaria.

Daerah Endemis: Daerah tempat berkembangnya penyakit. Untuk filariasis limfatik, jika prevalensi $Mf > 1\%$ di dalam masyarakat tertentu, maka daerah tersebut adalah daerah endemis.

Daerah sentinel: tempat-tempat dimana akan dilakukan monitoring selama pengobatan massal untuk prevalensi Mf , kepadatan Mf serta cakupan obat yang hasil-hasilnya akan mewakili seluruh Unit Pelaksanaan (IU). Tempat-tempat tersebut merupakan tempat yang tetap.

Daerah-daerah spot check: Menunjukkan suatu daerah spot check untuk setiap daerah sentinel dalam satu Unit Pelaksanaan (IU). Sama seperti daerah sentinel, daerah-daerah spot check akan dipantau/monitor pada tenggang waktu yang berbeda untuk mengetahui prevalensi dan kepadatan Mf . Bukan merupakan tempat-tempat yang tetap dan akan berubah sebelum tiap-tiap survei monitoring.

Demam: Suhu tubuh yang meningkat secara abnormal.

DEC (Diethylcarbamazine): Obat anti-filaria yang membunuh microfilariae dalam darah manusia dan membunuh beberapa jenis cacing dewasa.

Diethylcarbamazine: lihat DEC.

Drug coverage/Cakupan Obat: Proporsi seseorang yang benar-benar minum obat. Ada dua jenis cakupan obat yang berbeda: cakupan yang dilaporkan dan cakupan hasil survei.

Elefantiasis: limfoedema parah atau tahap lanjut.

Elevasi: Meninggikan. Pengangkatan terhadap kaki yang menyebabkan mengalirnya cairan (penyebab pembengkakan). Orang yang terkena limfoedema harus selalu mengangkat / meninggikan pada malam hari. Pengangkatan kaki dari orang yang tidak memiliki limfoedema tidak merugikan.

Eliminasi: Menurunnya suatu penyakit pada suatu tingkat dimana penularannya diputuskan. Dalam LF, eliminasi terjadi pada saat tingkat Mf dalam suatu penduduk berkurang menjadi dibawah 1%.

Epidemiologi: studi pola, penyebaran dan kejadian penyakit.

Faktor resiko: Sesuatu yang meningkatkan resiko. Misalnya, bagi orang yang mengalami limfoedema, kekurangan kebersihan diri dan kulit merupakan factor resiko untuk serangan akut. Orang yang tidur tanpa kelambu beresiko tinggi untuk terkena gigitan nyamuk yang membawa larva filaria.

Fatigue/Penat: kelelahan

Filariasis: Filariasis Limfatik.

Filariasis Limfatik: Penyakit yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria dan akibat jangka panjang infeksi tersebut.

Hidrokel: Berkumpulnya terlalu banyak cairan dalam kantung skrotal, yang menyebabkan pembengkakan dan pembesaran skrotum.

Higine: Kebersihan. Bagi mereka yang mengalami limfoedema, kebersihan ini termasuk pencucian / pembersihan dengan sabun dan air sampai air bilasan bersih dan daerah tersebut perlu pengeringan secara berhati – hati.

Implementation Unit/Unit Pelaksanaan (IU): Tingkatan administratif yang ditunjuk dalam suatu negara dimana diambil keputusan – keputusan untuk memberi obat anti filaria kepada semua penduduk jika ditetapkan mempunyai penularan endemis.

Infeksi: Kehadiran dan perkembangan kuman dalam tubuh atau organisme yang menyebabkan penyakit.

Infeksi Filaria: Kehadiran cacing filaria dewasa pada saluran limfa atau microfilariae dalam darah.

Infeksi jamur: Infeksi yang diakibatkan jamur.

Inflamasi/Peradangan: Menggambarkan kemerahan, nyeri, pembengkakan dan hangat. Pembengkakan adalah salah satu tanda peradangan.

Ivermectin: Obat yang membunuh microfilariae dalam darah. Obat ini juga membunuh cacing dalam usus, namun tidak digunakan di Indonesia.

Jamur: sejenis kuman yang mengakibatkan infeksi, umumnya pada daerah antara jari kaki dan dan kebanyakan merupakan penyebab paling utama lesi masuk. Jamur sendiri tidak menyebabkan serangan akut, namun lesi masuk yang disebabkannya memungkinkan masuknya bakteri yang akan menyebabkan serangan akut.

Kantung scrotal: Skrotum. Kantung yang menahan testis dan terletak di bawah penis.

Kecacatan: Ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasanya. Kegiatan sehari-hari meliputi: jalan, mandi, ke kamar mandi, dll.

Keletihan: kelelahan.

Kerpercayaan diri: Kepercayaan pada diri sendiri atau pada kemampuan diri sendiri.

Krim Anti bakteri: Krim topikal yang membunuh bakteri dan menghentikan pertumbuhan bakteri. Krim seperti ini digunakan untuk mengobati lesi dan luka serta mencegah infeksi bakteri pada lipatan kulit yang dalam.

Krim anti jamur: Krim topikal yang membunuh jamur dan menghentikannya. Krim ini digunakan untuk merawat lesi antara ibu jari kaki yang mengalami limfodema dan elefantiasis. Krim ini juga membantu mencegah infeksi jamur dalam lipatan kulit yang dalam yang terdapat pada kulit orang yang telah menderita gejala limfodema lanjut.

Krim Steroid: Sejenis krim yang mengurangi peradangan. Krim ini dapat digunakan untuk mengurangi peradangan lesi masuk.

Latihan: Gerakan otot yang aktif. Bagi mereka yang menderita limfodema, latihan harus dilakukan kapan saja dan sesering mungkin. Latihan akan membantu mengalirkan cairan dari jaringan.

Lesi masuk: Setiap pecahan pada kulit yang dapat menyebabkan masuknya bakteri ke dalam tubuh. Luka pada permukaan kulit seperti potongan, goresan atau garukan juga merupakan lesi masuk. Hampir semua pasien yang menderita serangan akut memiliki lesi masuk yang nyata.

Lesi seperti lumut: Kelompok gelembung yang kelihatan seperti lumut atau kutil, atau kepala bunga cauliflower. Biasanya menyerang kaki, dan dikenal sebagai “mossy foot” (kaki lumut). Keberadaan mossy lesi ini merupakan gejala limfedema tahap 6.

Limfoedema (limfedema): Pembengkakan yang diakibatkan terkumpulnya cairan dalam jaringan. Limfoedema seringkali terjadi pada kaki, lengan, dada, kulit scrotum dan penis.

Limfoedema Tahap 1: Pembengkakan balik dalam waktu semalam.

Limfoedema Tahap 2: Pembengkakan tidak dapat balik dalam waktu semalam

Limfoedema Tahap 3: Muncul satu atau lebih lipatan kulit.

Limfoedema Tahap 4: Muncul satu benjolan atau lebih.

Limfoedema Tahap 5: Muncul satu lipatan kulit dalam atau lebih.

Limfoedema Tahap 6: Muncul Lessi seperti lumut.

Limfoedema Tahap 7: Pasien tidak mampu untuk melakukan kegiatan sehari – hari dengan baik atau secara independen seperti berjalan, mandi, memasak, pergi ke kamar mandi, dll.

Lipatan: Kusutan. Apabila limfoedema memburuk, kulit membengkak dan mengeras, seringkali pembengkakan tidak merata. Hal ini menyebabkan munculnya lipatan. Lipatan kulit bisa dangkal dan bisa pula dalam namun akan semakin bertambah kedalamannya apabila terus terjadi pembengkakan.

Lipatan kulit dalam: Lipatan kulit dimana dasar lipatannya hanya dapat terlihat bila ujung lipatan dipisahkan dengan tangan. Lipatan dalam merupakan tanda-tanda limfodema tingkat lanjut.

Lipatan kulit dangkal: Lipatan pada kulit yang dasarnya terlihat pada saat kaki digerakkan, yaitu saat lipatan terbuka ”opening”. Jika pasien memiliki lipatan kulit dangkal pada pergelangan kaki, dasar lipatan dapat dilihat saat dia membengkokkan kakinya ke bawah. Lipatan jenis ini terjadi pada penderita limfedematahap 3.

Luka: Potongan, goresan atau garukan pada kulit yang disebabkan oleh gangguan pada kulit. Luka bisa adalah sejenis lesi masuk.

Luka terinfeksi: Luka dimana terdapat bakteri yang berkembang sehingga mengakibatkan lebih banyak penyakit.

Microfilaria density /Kepadatan Microfilaria (mfd):

$$\frac{\text{Total hitungan dari microfilariae dalam slide yang ditemukan found X 50*}}{\text{Jumlah keseluruhan slide yang ditemukan positif}}$$

* 50 digunakan pada faktor koreksi apabila volume darah 20 μ l, sebaliknya untuk jumlah darah yang berbeda faktor-faktor koreksinya pun berbeda.

Mikrofilaria: “Bayi” cacing filaria yang dihasilkan cacing betina dewasa dalam pembuluh limfa. Mikrofilariae ditemukan dalam darah dan dibawa oleh nyamuk pada saat mengisap darah.

Mikroskop: Sebuah peralatan yang memungkinkan melihat benda – benda yang sangat kecil yang tidak dapat dilihat dengan mata telanjang.

Obat Antifilaria: Obat yang membunuh microfilariae dalam darah manusia serta bisa pula membunuh atau memberikan efek terhadap cacing dewasa. Di Indonesia, obat antifilaria yang digunakan adalah Diethylcarbamazine (DEC) dan albendazole.

Oedema (edema): Pembengkakan yang diakibatkan oleh kelebihan cairan dalam jaringan. Terjadi dengan atau tanpa peradangan.

Parasetamol: Obat untuk mengurangi demam dan rasa sakit.

Parasit: Binatang yang hidup dalam, atau pada, binatang lain (atau inang) dan yang bisa merugikan inangnya. Cacing filaria *Brugia timori*, *Brugia malayi*, *Wuchereria bancrofti* merupakan parasit pada manusia.

Pembengkakan yang dapat balik: Pembengkakan yang dapat hilang atau yang muncul dan kemudian hilang.

Penggerakan masyarakat: Suatu pendekatan dan alat Bantu yang memungkinkan orang mengorganisir kegiatan bersama. Terdiri dari organisasi masyarakat, sector-sektor pemerintah dan non-pemerintah, serta individu-individu dalam upaya mengkomunikasikan, negosiasi dan bekerja bersama memaksimalkan potensi mereka untuk tindakan kolektif, perbaikan dan perubahan sosial.

Pengobatan massal (MDA): Pemberian obat kepada semua anggota masyarakat.

Reaksi merugikan (juga efek samping): Reaksi yang tidak diinginkan atau disenangi akibat pengobatan. Orang yang darahnya mengandung microfilariae bisa menderita reaksi – reaksi tersebut setelah meminum obat anti – filaria. Reaksi – reaksi tersebut termasuk: demam, kepala sakit, perasaan bahwa ada tusukan jarum pada kulit, pembengkakan sementara, badan sakit dan rasa tidak enak badan.

Saluran limfa: Sebuah sistem saluran yang mengalirkan cairan limfa. Pembuluh limfa mirip dengan pembuluh darah, namun tidak mengalirkan darah tetapi mengalirkan cairan, buangan serta bakteri dari jaringan dan menuju ke jantung. Cacing filarial dewasa hidup dalam pembuluh limfa.

Sambungan limfa: Organ kecil berbentuk kacang yang berada pada sepanjang saluran limfa. Sambungan limfa merupakan perangkap terhadap bakteri sebelum mencapai darah.

Serangan akut: Tanda dan gejala yang disebabkan oleh infeksi bakteri pada kulit yaitu: demam, kedinginan, sakit kepala, pembengkakan, kemerahan, hangat, sakit pada daerah yang diserang.

Sistem limfa: Jejaring saluran dan sambungan limfa yang mengalirkan cairan limfa, bakteri dan buangan berupa air dari jaringan – jaringan. Sistem limfa membantu memerangi infeksi.

Sosialisasi: Proses meningkatkan kesadaran dan memberikan informasi tentang suatu topik tertentu sehingga orang termotivasi untuk bertindak. Merupakan suatu bagian terpadu dari proses mobilisasi.

Stakeholders: Orang-orang yang menaruh minat pada keberhasilan kampanye dan mereka mempunyai kewenangan untuk mempengaruhi outcome (keluaran) kampanye. Bisa berupa orang-orang pemerintah, politisi, masyarakat sipil, LSM, industri, organisasi swasta, dll.

Streaking/Goresan: Munculnya pembuluh limfa yang meradang, yang kelihatan seperti goresan atau kawat merah, lunak dan hangat. Pada saat cacing dewasa mati, akan terjadi goresan yang memburuk.

Sweeping/Penyisiran: Proses untuk menemukan orang-orang yang mungkin tertinggal / terlupakan selama kampanye pengobatan massal dan memberikan mereka pengobatan yang disyaratkan.

Testis: Organ seksual laki – laki (testes).

Topikal: Yang menyangkut kulit.

True positive / Positif Sejati: Kasus yang benar – benar positif, sebagaimana ditetapkan oleh algoritma untuk memeriksa hasil-hasil positif palsu.

***Wuchereria bancrofti*:** Parasit filaria yang menyebabkan 90% filariasis limfatik di dunia. Ditemukan di Asia, Afrika, Kepulauan Pasifik dan benua Amerika.

2 Contact Persons (Indonesia dan internasional)

Indonesia

Dr. Sholah Imari
LF Programme Manager Indonesia
Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jendral PPM & PL – Direktorat P2B2
SubDit Filariasis & Schistosomiasis
Jalan Percetakan Negara 29, PO Box 223
Jakarta, 10560 Indonesia
(tel) 021 424 7608 (ext 152)
(fax) 021 424 7475
filschisto@yahoo.com

Professor Sudomo
Department of Health
Mekong Plus RPRG member
Jakarta Indonesia

Dr. Taniawati Supali
Universitas Indonesia
Department of Parasitology
Jakarta Indonesia

Dr. Steven Bjorge
Communicable Diseases
World Health Organisation
Jakarta Indonesia
BjorgeS@who.or.id

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry
Team Leader GTZ SISKES Project
Kupang Indonesia
Aula Utama El Tari Lantai 1
Jl. Polisi Militer NO. 3
Kupang 85000
Telp. 0380 – 828 965
Fax. 0380 – 830 617
Gertrud.schmidt-ehry@gtz.de
gtzsiskes@telkom.net

Dr. Asmus Hammerich
Technical Advisor GTZ SISKES Project
Kupang Indonesia
asmus.hammerich@gtz.de

International

Dr. Gautam Biswas
Technical Advisor
World Health Organisation
Geneva Switzerland
biswasg@who.int

Dr. David Molyneux and Ms Joan Fahy
Liverpool School of Tropical Medicine
LF Support Centre
Liverpool UK
www.filariaasis.net

Dr Derek Lobo
Regional Advisor - Leprosy & other Priority Diseases
World Health Organization
South East Asia Regional Office
Email: lobod@whosea.org; sundaresanv@whosea.org

Dr. Mark Bradley
GlaxoSmithKline
Brentford UK
www.gsk.com

Alison Krentel
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Department of Public Health and Policy
London UK
Alison.krentel@lshtm.ac.uk

3 Metodologi EPI untuk cakupan yang disurvei

Bagian ini diambil langsung dari buku panduan dari WHO: “Monitoring and Epidemiological Assessment of the programme to eliminate Lymphatic Filariasis at the level of the Implementation Unit / *Monitoring dan Penilaian Program Eliminasi Lymphatik Filariasis pada tingkat Unit Pelaksanaan.*”.

3.1 Pendahuluan

Protokol ini dirancang untuk membantu pengelola program LF dalam melaksanakan survei-survei cakupan berbasis kelompok penduduk untuk melengkapi ‘cakupan yang dilaporkan’ yang diperoleh dari lembar data tally. Survei – survey representatif menyediakan suatu metode untuk mengkonfirmasi hasil-hasil cakupan yang dilaporkan, dan penting khususnya jika ada keraguan tentang data yang dilaporkan. Informasi tambahan dapat dikumpulkan secara ekonomis pada waktu yang sama selama survei cakupan dengan menambahkan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan topik seperti pengetahuan tentang LF, efek samping yang dialami, serta informasi-informasi lain tentang program. Protokol ini membahas suatu metode pengambilan sample yang baku meniru survei cakupan imunisasi, dirancang untuk mencapai keseimbangan antara kesyahihan statistik dan implementasi praktis. Metodologi sampling dirancang untuk menyediakan estimasi cakupan aktual yang akurasinya kurang lebih 6.5.

Protokol ini mencakup serangkaian tahapan, yakni:

- = Seleksi Unit Pelaksanaan (IU) yang akan disurvei
- = Seleksi sub-unit atau daerah-daerah (desa/kelurahan, distrik kota, daerah sekitarnya) dalam Unit Pelaksanaan (IU), menggunakan sampel proporsi penduduk untuk menimbang daerah-daerah ini sesuai dengan ukuran jumlah penduduk mereka.
- = Seleksi acak dari suatu rumah tangga awal yang diikuti dengan pengambilan sampel dari sekelompok (cluster) rumah yang bersebelahan
- = Memakai bentuk data dalam tabel yang sederhana dan kuesioner untuk menentukan apakah anggota rumah tangga ikut serta dalam pengobatan massal (MDA) atau tidak.

Berbagai bentuk dan instruksi yang membantu untuk melaksanakan survei cluster tercakup disini:

- Draft/rancangan pola kuesioner
- Contoh pengambilan sampel penduduk yang proporsional
- Rincian seleksi rumah tangga awal
- Tabel dengan contoh ukuran sampel untuk asumsi dan kondisi yang berbeda

3.2 Tinjauan

Tujuan. Tujuan dari survei berbasis penduduk adalah untuk memberikan suatu estimasi cakupan yang kemungkinan besar secara statistik mewakili populasi yang dijadikan sampel. Estimasi tidak tergantung pada data yang dikumpulkan dari daerah-daerah distribusi yang berbeda, dan dengan demikian tidak akan mengalami data hilang, kesalahan matematis atau kesulitan-kesulitan mengestimasi denominator yang akurat dari angka sensus.

Pengambilan Sampel/contoh. Idealnya, untuk mendapat suatu tanggapan yang representatif dari orang-orang yang tinggal dalam suatu unit pelaksanaan (biasanya kabupaten) atau satu kelompok Unit

Pelaksanaan (IU), semua orang harus didaftar, dan sampel dari orang – orang ini dipilih secara acak. Karena ini tidak praktis, maka bentuk kompromi terbaik adalah memastikan dilakukannya seleksi acak dari daerah-daerah yang lebih kecil dalam wilayah survei, dan orang – orang dalam daerah-daerah kecil tersebut dipilih secara acak. Untuk melakukan hal ini, suatu daerah geografis yang lebih kecil perlu ditentukan – dan biasanya mewakili sebuah desa, kabupaten/ kota, daerah sekitarnya atau pembagian administratif kabupaten lainnya. Untuk menyederhanakan analisis, seleksi unit-unit yang lebih kecil ini dilakukan secara proporsional terhadap penduduk sehingga lebih semakin banyak penduduk di satu daerah, semakin tinggi kemungkinan daerah tersebut dimasukkan dalam sample.

Apabila sub-sub unit yang lebih kecil ini telah terpilih, penting untuk memastikan bahwa semua orang dalam sub unit mempunyai kemungkinan yang sama untuk dipilih dalam survei. Ada bermacam-macam metode yang dipakai untuk mencapai hal ini. Yang paling mudah yakni memilih secara acak sebuah ‘rumah tangga awal (starting household), mewawancarai semua anggota keluarga dan kemudian memilih rumah-rumah yang berdekatan sampai jumlah orang yang diinginkan telah terpilih. Untuk beberapa sub unit perlu membuat sub-divisi / pembagian lebih lanjut dengan menggunakan teknik-teknik seleksi acak sampai jumlah rumah tangga dalam sub-unit cukup kecil untuk dapat dihitung dengan mudah. Apabila rumah sudah terpilih, semua anggota dalam rumah tersebut diwawancarai.

Interpretasi. Teknik survei ini memberikan suatu estimasi yang representatif tentang angka cakupan populasi. Ketepatan dari estimasi tersebut tergantung dari beberapa faktor, termasuk jumlah orang yang diambil sebagai sampel, bias yang ditimbulkan oleh pengambilan penduduk hanya dari dalam sebuah sub unit dan dan bukan yang dipilih secara acak (yang disebut efek rancangan) dan angka cakupan populasi sebenarnya (sampel kurang akurat apabila cakupannya 50 %). Lampiran 5 berisi sebuah tabel yang mengindikasikan interaksi antara ukuran sampel, efek rancangan dan cakupan sebenarnya terhadap keakuratan perkiraan sampel. Dalam metode yang dijelaskan di sini, 30 orang diambil dari masing – masing sub-unit sehingga total ukuran sampel adalah 900. Dengan berasumsi bahwa efek rancangan 4 (mungkin terlalu tinggi) dan angka cakupan sebenarnya 50% (mungkin terlalu rendah), hasil survei akan berada dalam kisaran 6.5% dari angka cakupan sebenarnya yaitu 95 %. Perkiraan dari 30 sub-unit berlaku sebagai rata – rata untuk seluruh daerah yang termasuk dalam sample. Hasil dari sebuah sub-unit tunggal bukanlah perkiraan yang syah terhadap sub – unit tersebut.

3.3 Metode

Pemilihan Unit Pelaksanaan (implementation units atau IU)

Survei ini dilakukan pada tingkat IU, yang biasanya adalah sebuah kabupaten. IU atau kumpulan IU yang akan disurvei dapat dipilih dengan sengaja, yaitu dengan memilih IU atau kumpulan IU yang memiliki angka cakupan yang rendah atau tinggi, untuk meninjau IU dimana program berjalan baik, dan IU yang menemui kesulitan. Perkiraan cakupan mewakili IU yang disurvei. Angka rata – rata dari semua IU yang disurvei tidak memberikan perkiraan yang syah secara statistik terhadap cakupan nasional. Walaupun menarik secara politis, perkiraan semacam itu tidak mengidentifikasi IU yang melakukan pengobatan dengan baik atau kurang baik. Walaupun mungkin untuk melakukan pengambilan sampel terhadap masing – masing IU dan menggabungkan hasil – hasilnya untuk mendapatkan perkiraan angka cakupan nasional, hal ini akan meningkatkan biaya yang ditanggung dan menambah kerumitan, sehingga hanya boleh dilakukan apabila ada masukan dari ahli statistik.

Pemilihan daerah tempat mengambil individu

Untuk protokol ini, 30 sub-unit perlu dipilih dalam daerah yang telah dipilih. Dari setiap daerah ini, sebuah kelompok individu akan dipilih. Sub-unit yang ideal adalah sebuah unit pemerintahan dimana tersedia data tentang penduduk. Sub-unit ini bisa berupa desa, pembagian daerah untuk sensus, pembagian daerah pemilihan, atau kampung. Ke 30 sub-unit ini harus dipilih secara acak dari antara semua sub-unit yang berada dalam daerah survei. Disamping itu, karena ada setiap daerah memiliki jumlah penduduk yang berbeda pula, daerah – daerah tersebut perlu melakukan pembobotan (weighting) demi mempertimbangkan perbedaan jumlah penduduk yang ada. Walaupun dilakukan pembobotan selama seleksi, tidak perlu untuk melakukan pembobotan (weighting) selama analisis.

Sebuah contoh lengkap pengambilan contoh yang proporsional akan dibahas pula. Untuk melakukan metode ini, hal – hal yang diperlukan adalah:

- Definisi yang jelas terhadap sub-unit (mis. desa, pembagian daerah untuk pemilihan umum, kampung) di dalam sebuah daerah survei, termasuk kemampuan untuk mendefinisikan batas – batas geografisnya pada saat melakukan pengumpulan data.
- Sebuah daftar lengkap sub unit – sub unit yang ada dalam daerah survei yang memastikan bahwa tidak ada daerah berpenduduk yang tidak diambil. Jika tidak ada daftar desa untuk daerah survei tertentu, maka unit administratif / pemerintahan alternatif mungkin perlu dipilih sebagai sub-unit, seperti daerah pemilihan.
- Angka perkiraan jumlah penduduk untuk setiap sub-unit. Pelatihan terhadap pekerja survei harus menekankan pentingnya berpegang pada prinsip pemilihan acak. Apabila satu sub-unit atau rumah tangga awal telah dipilih, sub unit atau rumah tangga tersebut perlu dimasukkan ke dalam sampel. Penggantian bisa mengakibatkan tidak validnya pemilihan acak dan dengan mudah mengakibatkan kesalahan.

Pemilihan rumah tangga dalam sebuah daerah atau sub-unit

Apabila ke 30 sub-unit daerah survei telah diidentifikasi, pengambil data perlu melakukan penyampelan terhadap satu kelompok individu dari setiap daerah tersebut. Untuk protokol ini, 30 individu akan dipilih dari setiap daerah, sehingga ukuran sampel keseluruhan berjumlah 900 orang. Dalam melakukan seleksi, semua individu harus memiliki kesempatan yang sama untuk disertakan dalam survei. Secara praktis, hal ini biasanya dilakukan dengan menggunakan metode – metode untuk memilih secara acak sebuah ‘rumah tangga awal’. Hanya rumah tangga yang berpenghuni yang (berfungsi sebagai tempat tinggal, walaupun mungkin penghuninya berada di jauh) diikutsertakan dalam pengambilan survei. Idealnya, rumah tangga harus dipilih secara acak dari daftar rumah tangga dalam sub-unit. Namun demikian, hal ini biasanya tidak mungkin dilakukan, karena daftar seperti itu biasanya tidak tersedia. Satu alternatif adalah dengan melakukan pemetaan terhadap rumah tangga dalam sub-unit, dan peta yang memungkinkan penomoran terhadap rumah tangga biasanya tersedia pada program lainnya (mis. eradikasi polio). Namun demikian, pemetaan untuk survei, dan untuk survei angka cakupan LF memerlukan banyak dana, karena itu pemetaan tersebut hanya direkomendasikan kalau belum tersedia peta yang sudah jadi. Jika sub-unit yang dipilih terlalu besar sehingga sulit mengidentifikasi rumah tangga awal, sub – unit tersebut perlu dibagi lebih lanjut. Pertama – tama bagikan sub-unit ke dalam daerah – daerah yang dapat ditangani dengan rata – rata jumlah rumah tangga yang sama kemudian pilih salah satunya secara acak. Setelah itu pilih rumah tangga awal dalam daerah yang telah dipilih. Hal yang paling penting adalah bagaimana memiliki mekanisme praktis yang memungkinkan pemilihan ‘rumah tangga awal’ secara acak, dengan syarat bahwa semua rumah tangga di daerah tersebut memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih.

Berdasarkan pilihan, direkomendasikan menggunakan metode pemilihan berikut:

- 1) Secara acak memilih rumah tangga awal dari daftar rumah tangga dalam sub unit.
- 2) Gunakan peta untuk mencacah semua rumah tangga dalam sub-unit dan kemudian secara acak pilih salah satu. Peta idealnya harus diremajakan berdasarkan informasi dari penduduk masing - masing daerah yang mengetahui perubahan jumlah penduduk terakhir.
- 3) Bagikan sub-unit ke dalam kuadran dengan jumlah rumah tangga yang kira – kira sama. Pilih satu kuadran secara acak, daftarkan rumah tangga dan pilih satu rumah tangga secara acak. Jika kuadran masih terlalu besar, ulangi proses tersebut dengan membagikannya lagi ke dalam daerah – daerah yang lebih kecil.
- 4) Dari perkiraan pusat sub-unit, pilih secara acak arah perjalanan. Hitung jumlah rumah tangga antara pusat dan batas sub-unit dan pilih secara acak rumah tangga awal. Rincian lebih spesifik tentang metode pemilihan acak untuk rumah tangga awal termasuk dalam dokumen ini.

3.4 Pemilihan individu dalam area atau sub-unit terpilih

Apabila rumah tangga awal telah terpilih, data dikumpulkan dari semua individu di dalam rumah tangga awal. Apabila telah selesai, rumah tangga berikut yang terdekat dipilih, dan data dikumpulkan dari semua individu dalam rumah tangga tersebut. Proses ini berlanjut sampai data terkumpul dari 30 individu. Jika terdapat lebih banyak individu dalam rumah tangga terakhir yang dikunjungi, maka data tentang semua individu individu dalam rumah tangga terakhir harus dikumpulkan, sehingga sampelnya lebih dari 30 untuk kelompok tersebut.

Setelah menyelesaikan rumah tangga awal, maka untuk memilih rumah tangga berikutnya pilihlah rumah tangga yang pintu masuknya terdekat dengan rumah tangga awal. Teruskan dengan memilih rumah tangga lain dengan cara yang sama (kecuali rumah tangga yang telah terpilih) sampai cukup banyak rumah tangga telah dikunjungi untuk mendapatkan 30 individu untuk sampel.

Terdapat sejumlah definisi dan kriteria yang berlaku untuk seleksi terhadap individu yang berada dalam rumah tangga. Pedoman umum berikut harus diikuti:

- Semua individu yang tinggal di dalam rumah selama waktu pengobatan massal terakhir harus dihitung. Daftar tersebut termasuk individu – individu yang mungkin tidak memenuhi syarat (mis. ibu hamil), dan mereka yang mungkin tidak berada di rumah, atau yang mungkin tidak ada pada saat dikunjungi. Dari daftar ini, jawaban ditabulasikan.
- Idealnya, setiap individu memberikan jawaban untuk dirinya sendiri. Orang tua atau perawat dapat saja menjawab untuk anak – anak kecil. Jika penghuni rumah tidak ada, anggota keluarga lain bisa memberikan informasi tentang orang tersebut jika menurut pengambil data, anggota keluarga tersebut memberikan informasi yang akurat.
- Jawaban yang diberikan termasuk apakah orang tersebut meminum obat atau tidak, dan jika tidak, apakah karena mereka tidak memenuhi syarat. Bagi mereka yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan, perlu dicatat alasannya (termasuk umur, kehamilan, penyakit). Bagi mereka yang memenuhi syarat namun tidak meminum obat, alasannya perlu dicatat pula (termasuk penolakan, tidak mengetahui tentang pengobatan massal atau karena hambatan lain seperti mengetahui tentang Pengobatan Massal namun berada di ladang, bepergian, atau bekerja).
- Individu yang dihitung namun tidak tersedia informasi tentangnya, perlu dicatat namun tidak perlu dicantumkan dalam sample secara keseluruhan.
- Pertanyaan lain yang opsional ditanyakan kepada satu responden rumah tangga
- Seluruh sampel secara harus melibatkan 900 individu yang diperoleh informasinya.

Survei cakupan dirancang untuk mendapatkan data tentang 30 *individu* untuk setiap daerah atau sub-unit, bukan data tentang sebuah sampel *rumah tangga* yang jumlah rumah tangganya sudah tetap. Dengan

demikian, jumlah total rumah tangga yang dikunjungi tergantung jumlah orang per rumah tangga — semakin tinggi rata – rata jumlah anggota keluarga per rumah tangga, maka semakin sedikit jumlah rumah tangga yang dikunjungi.

3.5 Analisis

Pada saat ini, sebaiknya laporkan jumlah total individu yang mendapatkan obat per jumlah penduduk seluruhnya di daerah endemis sebagai pelaporan. Karena itu, untuk survei cakupan, perkiraan cakupan didasarkan pada jumlah total individu yang mengatakan bahwa mereka mendapatkan obat selama pengobatan massal dan dibagikan terhadap jumlah semua individu yang informasinya diperoleh dan merupakan anggota rumah tangga diambil sebagai contoh pada pengobatan massal terakhir.

Analisis dasar untuk survei cakupan cukup sederhana dan dapat dilakukan secara manual. Pola untuk formulir pengumpulan data yang ada dalam *Bagian Formulir Pencatatan dan Pelaporan* dari CD ini berupa sebuah tabel yang memiliki informasi dasar untuk ke – 30 individu yang diambil sebagai sampel dari setiap daerah, dan tabel ringkasan untuk semua daerah dapat dibuat dengan mudah. Dengan demikian, kita bisa menentukan jumlah total individu yang disurvei serta jumlah total individu yang menyatakan meminum obat pada saat dilakukan pengobatan massal. Dalam melakukan analisis, pembilang yang digunakan untuk mengetahui angka cakupan adalah jumlah total orang yang menjawab bahwa mereka meminum obat selama pengobatan massal terakhir, dan penyebutnya adalah jumlah total individu yang berhasil digali informasinya, baik yang meminum maupun yang tidak meminum obat. Disamping itu, dalam analisis perlu dilaporkan hal – hal berikut:

- Proporsi total sampel yang berhasil digali informasinya
- Proporsi sampel yang berhasil digali informasinya namun tidak memenuhi syarat untuk minum obat beserta alasan untuk tidak memenuhi syarat.
- Proporsi sampel yang berhasil digali informasinya dan yang memenuhi syarat untuk minum obat namun menolak untuk minum obat
- Proporsi sampel yang berhasil digali informasinya dan yang memenuhi syarat untuk minum obat namun tidak minum obat karena tidak mengetahui tentang pengobatan massal.

Dengan metode pengambilan contoh ini, tidaklah tepat (secara statistik) untuk mendefinisikan / menentukan angka cakupan untuk daerah tertentu atau sub-unit tempat individu dipilih atau membandingkan angka cakupan di berbagai daerah yang dipilih. Namun demikian, adalah mungkin untuk melihat angka cakupan untuk strata yang berbeda dari ke – 900 individu untuk melihat apakah ada perbedaan besar antara laki – laki dan perempuan, atau antara orang dewasa dan anak – anak.

Namun demikian, interpretasi harus dilakukan secara hati – hati karena semakin kecil sampel untuk strata tersebut maka interval kepercayaan akan semakin lebar sehingga semakin sulit untuk menentukan perbedaan yang nyata secara statistik antara berbagai strata yang berbeda. Akan berguna untuk memasukkan data ke dalam spreadsheet atau database untuk memudahkan sub-analisis, dan untuk mengelola survei cakupan majemuk seiring waktu. Jika pertanyaan tambahan ditanyakan kepada individu dalam rumah tangga, seperti misalnya pertanyaan tentang pengetahuan, kesadaran, perilaku dan praktek, maka diperlukan komputerisasi dan informasi tersebut akan berguna untuk ditinjau seiring waktu.

3.6 Contoh Pengambilan Sampel Populasi yang proporsional

LANGKAH 1: Buat daftar semua sub unit dalam daerah atau Unit Pelaksanaan (IU) yang akan disurvei dalam daerah terpilih, buatlah daftar lengkap semua sub-sub unit dimana sekelompok individu / orang akan diseleksi. Daftar tersebut tidak perlu mengikuti urutan tertentu tetapi harus mencakup semua sub unit dalam Unit Pelaksanaan (IU).

LANGKAH 2: Buat daftar semua penduduk / populasi dari tiap-tiap sub unit dalam satu kolom di sebelah nama sub unit, buatlah daftar estimasi jumlah penduduk. Sumber angka penduduk tidaklah penting selama sumber yang sama dipakai untuk tiap – tiap daerah. Biasanya data yang dipakai adalah angka sensus (dengan koreksi jika sensusnya sudah lama).

LANGKAH 3: Hitunglah populasi kumulatif untuk daftar sub unit dalam kolom ketiga, dengan berturut-turut tambahkan populasi dari tiap-tiap sub unit, maka akan diperoleh angka populasi kumulatif untuk keseluruhan daerah survei. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan spreadsheet computer.

LANGKAH 4: Hitung interval sampling. Untuk menghitungnya, bagi total populasi IU dengan 30 (jumlah total sub unit yang diseleksi).

LANGKAH 5: Secara acak pilih titik mula dengan menggunakan tabel angka acak, pilih satu angka antara 1 dan interval sampling, dan catat ini pada kolom keempat.

LANGKAH 6: Hitung populasi untuk seleksi sub-unit berikutnya. Tambahkan interval sampling ke titik mula, dan catat pada kolom keempat. Lanjutkan menambahkan interval sampling secara berurutan sampai total populasi dari daerah tersebut tercapai atau terlampaui.

LANGKAH 7: Pilih sub unit yang sisa dengan menggunakan angka-angka dalam kolom keempat, tentukan jika satu sub unit akan dimasukkan dalam survei sebagai berikut: jika angka acak yang pertama (antara 1 dan sampling interval) dan tercatat pada kolom keempat termasuk populasi dari sub unit pertama yang didaftar (pada kolom ketiga), kemudian sub unit tersebut dipilih sebagai daerah pertama dari 30 daerah yang diseleksi. Jika angka acak lebih besar, maka sub unit yang pertama dimana populasi kumulatif termasuk angka acak ini dipilih sebagai sub unit yang pertama. Pakai angka berikut dalam kolom keempat, tentukan sub unit berikut yang termasuk dalam angka itu, dan lanjutkan membuat seleksi sampai ke-30 sub unit terseleksi. Pada beberapa contoh, suatu daerah akan mempunyai populasi yang lebih besar, dan memungkinkan untuk dipilih lebih dari sekali.

Tabel berikut ini menunjukkan contoh seleksi daerah-daerah dengan menggunakan metode PPS.

sub-unit (desa, distrik kota, ..)	Populasi	Populasi kumulatif	Daerah- daerah terpilih	Star acak plus interval sampling	Kalkulasi interval sampling
1	480	480			Total populasi=37741
2	555	1035	1	718	
3	657	1692			Jumlah total daerah=30
4	489	2181	1	1976	
5	367	2548			Interval sampling= 1258 (37741/30)
6	456	3004			
7	1299	4303	1	3234	
8	345	4648	1	4492	Star acak = angka acak antara 1 dan 1258
9	333	4981			
10	777	5758	1	5750	
11	888	6646			Untuk contoh ini, angka 718 dipilih secara acak sebagai titik pusat
12	675	7321	1	7008	
13	324	7645			
14	865	8510	1	8266	
15	567	9077			
16	756	9833	1	9524	
17	1234	11067	1	10782	
18	3465	14532	2	12040	
				13298	
19	567	15099	1	14556	
20	878	15977	1	15814	
21	898	16875			
22	909	17784	1	17072	
23	345	18129			
24	345	18474	1	18330	
25	556	19030			
26	675	19705	1	19588	
27	564	20269			
28	867	21136	1	20846	
29	933	22069			
30	967	23036	1	22104	
31	876	23912	1	23362	
32	347	24259			
33	879	25138	1	24620	
34	1266	26404	1	25878	
35	1244	27648	1	27136	
36	2134	29782	2	28394	
37	467	30249		29652	
38	234	30483			
39	266	30749			
40	188	30937	1	30910	
41	399	31336			
42	789	32125			
43	987	33112	1	32168	
44	867	33979	1	33426	
45	856	34835	1	34684	
46	745	35580			
47	679	36259	1	35942	
48	346	36605			
49	457	37062			
50	679	37741	1	37200	
			30		

3.7 Seleksi Acak Rumah Tangga Permulaan

1) Secara acak pilih sebuah 'rumah tangga awal' dari daftar semua rumah di sub unit.

Dalam situasi yang ideal tetapi kurang mungkin ini, lakukan seleksi secara acak satu rumah dari daftar keseluruhan rumah dengan cara memilih satu angka secara acak antara 1 dan jumlah total rumah dalam daftar. Ini menentukan 'rumah tangga awal'. Mulailah dengan rumah ini, sampellah rumah-rumah secara berurutan sesuai tercatat dalam teks.

2) Secara acak pilih sebuah 'rumah tangga awal' dari peta rumah tangga dalam sub unit. Peta ini idealnya harus diremajakan / diupdate berdasarkan informasi dari penghuni daerah tersebut yang mengetahui tentang perubahan-perubahan yang terjadi baru-baru ini.

Peta mungkin tersedia dari survei DHS baru-baru ini, NIDs (kampanye imunisasi) atau kegiatan sensus. Peta ini dapat digunakan untuk menomori semua rumah tangga dan dibuatkan daftar. Dari daftar ini, sudah mungkin melakukan seleksi acak sekali lagi terhadap satu rumah tangga yang dipakai sebagai 'rumah tangga awal'. Karena urutan rumah tangga disampel dari rumah tangga ini, tidak apa-apa jika beberapa rumah tangga tidak termasuk dalam daftar, karena tidak akan dipakai. Namun jika petanya sangat tidak akurat, peta tersebut tidak boleh digunakan.

3) Membagi sub-unit menjadi unit-unit yang lebih kecil seperti kwadran, dan mengikuti seleksi acak dari salah satu kwadran ini, kembangkan sebuah daftar rumah tangga dalam unit-unit kecil tersebut dan secara acak pilih rumah tangga awal.

Langkah 1: Tentukan satu titik pusat dalam sub unit melalui konsultasi dengan pimpinan desa/kelurahan.

Langkah 2: Secara visual bagikan sub unit menjadi unit-unit yang lebih kecil (seperti kwadran), masing-masing dengan kira – kira jumlah rumah tangga yang sama.

Langkah 3: Secara acak pilih satu dari unit-unit yang lebih kecil ini sebagai rumah tangga sample.

Langkah 4: Beri angka semua rumah tangga dalam unit lebih kecil yang terpilih, dan dengan memilih secara acak angka antara 1 dan jumlah total rumah tangga, pilihlah 'rumah tangga awal / starting household'. Jika unit yang lebih kecil atau kwadran terbukti terlalu luas / besar untuk penomoran semua rumah tangga, maka dapat dibagi lagi lagi menjadi daerah-daerah yang lebih kecil dengan jumlah rumah tangga yang kira-kira sama, ulangi proses ini sampai sebuah 'rumah tangga awal / starting household' dapat dipilih secara acak.

4) Secara acak pilih arah perjalanan, dan setelah menghitung semua rumah tangga dalam arah perjalanan tersebut, pilihlah secara acak satu 'rumah tangga awal / starting household'.

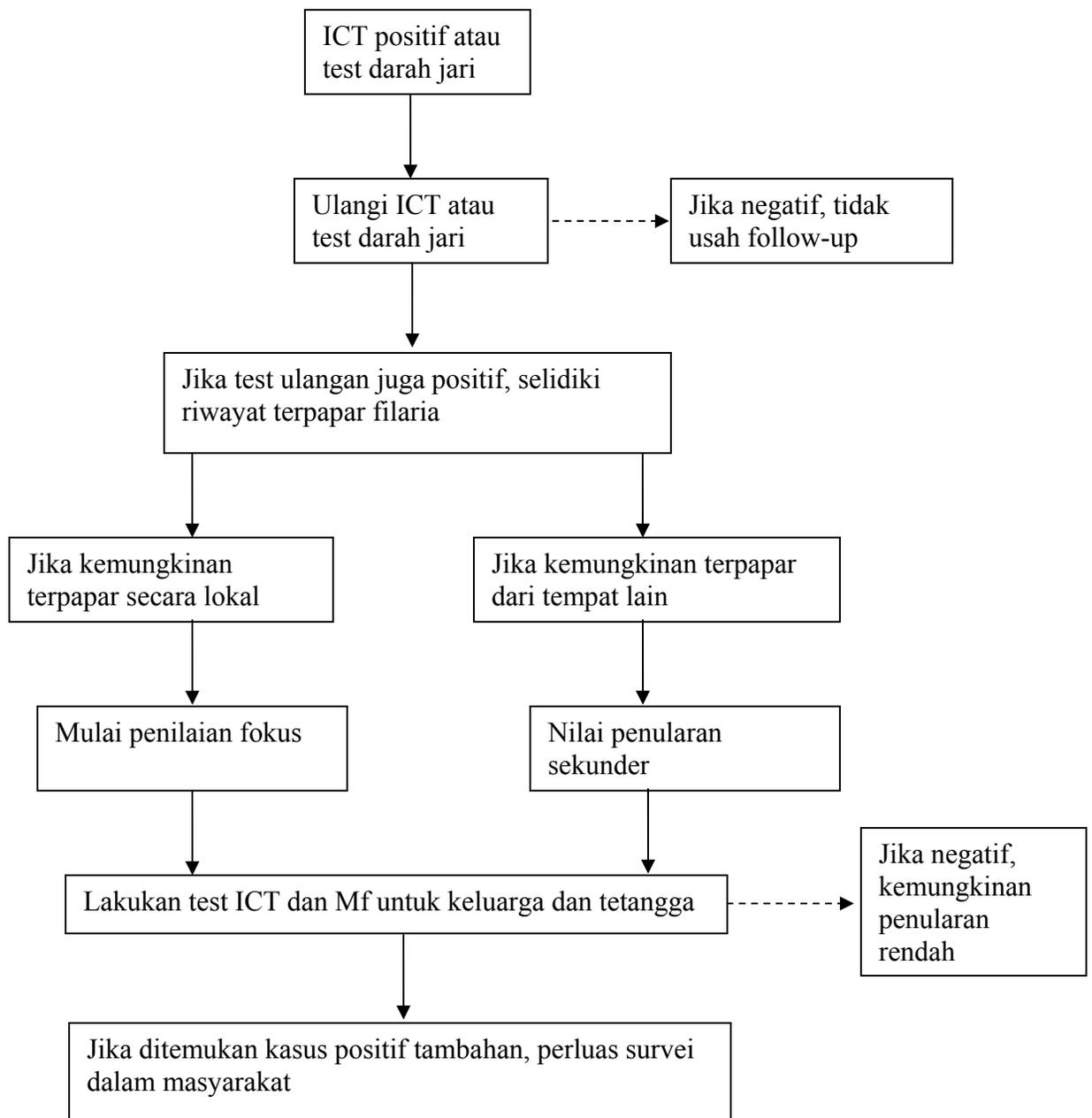
Langkah 1: Tentukan satu titik pusat dalam sub unit melalui konsultasi dengan pimpinan desa/kelurahan.

Langkah 2: Putar sebuah pena atau botol untuk memilih secara acak arah perjalanan dari titik pusat. Jika tidak ada rumah tangga di arah tersebut, rubahlah arah sesuai jarum jam sampai rumah pertama ditemukan. Arah ini menjadi arah yang baru.

Langkah 3: Beri angka rumah tangga yang berada dalam arah perjalanan dari titik pusat ke batas daerah atau sub unit. Penting untuk tinggal sedekat mungkin pada garis sebenarnya dari arah perjalanan.

Langkah 4: Secara acak pilihlah angka antara 1 dan jumlah total rumah tangga di sepanjang arah perjalanan, dan pakai ini sebagai 'rumah tangga awal / starting household'.

4 Algoritma penemuan positif sejati



Pastikan bahwa dalam keseluruhan proses ini, anda melakukan kontak dengan pengelola program LF pada tingkat pusat. Beliau akan bisa memberikan nasihat / advis / masukan tentang prosedur-prosedur yang paling baik untuk diadopsi.

5 Websites untuk LF

www.filariasis.org

www.filariasis.net

www.filarijournal.com

www.lymphnotes.com

www.filariasis.org.uk (Liverpool LF Support Centre)

www.sph.emory.edu/LFSC/aboutlf.html (Emory University LF Support Centre)

www.who.int (World Health Organisation)

www.paho.org (WHO Pan-American Region)

www.whosea.org (WHO Southeast Asian Region)

www.cdc.gov (Center for Disease Control, Atlanta US)

www.gsk.com/filariasis (GlaxoSmithKline)

6 **Bacaan Lebih Lanjut Tentang LF**

Ahorlu CK, Dunyo SK, Koram KA, Nkrumah FK, Aagaard-Hansen J and Simonsen PE (1999) Lymphatic Filariasis related perceptions and practices on the coast of Ghana: implications for prevention and control. *Acta Tropica*, 73, 251-261.

Babu BV and Kar SK (2004) Coverage, compliance and some operational issues of mass drug administration during the programme to eliminate lymphatic filariasis in Orissa, India. *Tropical Medicine and International Health*, 9, 702-709.

Babu BV and Nayak AN (2003) Treatment costs and work time loss due to episodic adenolymphangitis in lymphatic filariasis in rural communities in Orissa, India. *Tropical Medicine and International Health*, 8, 1102-1109.

Babu BV and Satyanarayana K (2003) Factors responsible for coverage and compliance in mass drug administration during the programme to eliminate lymphatic filariasis in the East Godavaru District, South India. *Tropical Doctor*, 33, 79-82.

Badyopadhyay, L (1996) Lymphatic filariasis and the women of India. *Social Science and Medicine*, 2, 1401-1410.

Beach MJ, Streit TG, Addiss DG, Prospere R, Roberts JM and Lammie PJ (1999) Assessment of Combined Ivermectin and Albendazole for treatment of intestinal helminth and *Wuchereria bancrofti* infections in Haitian schoolchildren. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 60, 479-486.

Bockarie MJ, Tisch DJ, Kastens W, Alexander NDE, Dimber Z, Bockarie F, Ibam E, Alpers MP and Kazura JW (2002) Mass Treatment to eliminate Filariasis in Papua New Guinea. *New England Journal of Medicine*, 347, 1841-1848.

Burkot TR, Taleo G, Toeaso V and Ichimori K (2002) Progress towards, and challenges for, the elimination of lymphatic filariasis from Pacific-island communities. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96, S61-S69.

Coreil J, Mayard G, Louis-Charles J and Addiss D (1998) Filarial elephantiasis among Haitian women: social context and behavioural factors in treatment. *Tropical Medicine and International Health*, 3, 467-73.

Curtis CF, Malecela-Lazaro M, Reuben R and Maxwell CA (2002) Use of floating layers of polystyrene beads to control populations of the filarial vector *Culex quinquefasciatus*. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96, 97-104.

David HL and Edeson JFB (1965) Filariasis in Portuguese Timor, with observation of a new microfilaria found in man. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 59, 193-204.

Dean M. (2001) *Lymphatic Filariasis: The Quest to Eliminate a 4000-Year-Old Disease*. Hollis NH: Hollis Publishing Company.

- Dennis DT, Partono F, Atmosoedjono PS, Saroso JS (1976) Timor filariasis: epidemiologic and clinical features in a defined community. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 25, 797-802.
- Dreyer G. *New Hope for People with Lymphedema*. NGO Amaury Coutinho and the Division of Parasitic Diseases, CDC Atlanta.
- Dreyer G, Addiss D, Dreyer P, Norões J (2002) *Basic Lymphoedema Management: Treatment and Prevention of Problems Associated with Lymphatic Filariasis*. Hollis NH, Hollis Publishing Company.
- El Setouhy M and Rio F (2003) Stigma reduction and improved knowledge and attitudes towards filariasis using a comic book for children. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 33, 55-65.
- Evans DB, Gelband H and Vlassoff C (1993) Socioeconomic factors and the control of lymphatic filariasis: a review. *Acta Tropica*, 53, 1-26.
- Fischer P, Djuardi Y, Ismid IS, Ruckert P, Bradley M and Supali T (2003) Long-lasting reduction of *Brugia timori* microfilariae following a single dose of diethylcarbamazine combined with albendazole. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 97, 446-448.
- Fischer P, Wibowo H, Pischke S, Ruckert P, Liebau E, Ismid IS and Supali T (2002) PCR-based detection and identification of the filarial parasite *Brugia timori* from Alor Island, Indonesia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96, 1-13.
- Galvez Tan JZ (2003) The Elimination of Lymphatic Filariasis: A strategy for Poverty Alleviation and Sustainable Development – Perspectives from the Philippines. *Filaria Journal*, 2, 12.
- Gani A (2000) Draft: Laporan Penelitian Analisis Ekonomi Filariasis. Ditjen PPM & PLP, Direktorat PP-BB, Departement Kesehatan.
- Gyapong JO, Adjei S, Gyapong M and Asamoah G (1996) Rapid community diagnosis of lymphatic filariasis. *Acta Tropica*, 61, 65-74.
- Gyapong JO, Chinbuah MA and Gyapong M (2003) Inadvertent exposure of pregnant women to ivermectin and albendazole during mass drug administration for lymphatic filariasis. *Tropical Medicine and International Health*, 8, 1093-1101.
- Gyapong M, Gyapong JO, Adjei S, Vlassoff C and Weiss M (1996) Filariasis in northern Ghana: some cultural beliefs and practices and their implications for disease control. *Social Science and Medicine*, 43, 235-242.
- Gyapong M, Gyapong JO and Owusu-Banahene (2001) Community-directed treatment: the way forward to eliminating lymphatic filariasis as a public-health problem in Ghana. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 95, 77-86.
- Horton J, Witt C, Ottesen EA and Al E (2000) An analysis of the safety of the single dose, two drug regimens used in programmes to elimination lymphatic filariasis. *Parasitology*, 121, S147-60.

Jayakody RL, De Silva RL, De Silva CSS and Weerasinghe WMT (1993) Treatment of Bancroftian filariasis with albendazole: evaluation of efficacy and adverse reactions. *Trop Biomed*, 10, 19-24.

Joesoef A and Cross JH (1978) Distribution and prevalence of cases of microfilaraemia in Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 9, 480-488.

Kasturiratne KTAA, Premaratne BAH, Pathmeswaran A, De Silva NR and De Silva HJ (2001) Compliance with the mass chemotherapy program for lymphatic filariasis. *Ceylon Medical Journal*, 46, 126-129.

Katabarwa MN, Habomugisha P and Agunyo S (2002) Involvement and performance of women in community-directed treatment with ivermectin for onchocerciasis control in Rukungiri District, Uganda. *Health Soc Care Community*, 10, 382-93.

Kielmann T (2000) Health services, health seeking behaviour and perceived needs on the island of Alor, NTT. A pilot study conducted as part of Internship with the German Agency for Technical Cooperation (GTZ). Kupang, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Internal Report SISKES Project.

Krentel A (2002) Final Report: Health Promotion Campaign and mass drug administration for the elimination of lymphatic filariasis. A case study in 6 pilot villages in the District of Alor, East Nusa Tenggara Province, Indonesia. Kupang, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Internal Report SISKES Project.

Maxwell CA, Mohammed K, Kisumku U and Curtis CF (1999) Can vector control play a useful supplementary role against bancroftian filariasis? *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 138-143.

McLaughlin SI, Radday J, Michel MC, Addiss D, Beach MJ, Lammie PJ, Lammie J, Rheingans R and Lafontant J (2003) Frequency, severity, and costs of adverse reactions following mass treatment for lymphatic filariasis using Diethylcarbamazine and Albendazole in Leogane, Haiti, 2000. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68, 568-573.

Molyneux D and Nantulnya VM (2004) Linking disease control programmes in rural Africa: a pro-poor strategy to reach Aduja targets and millennium development goals. *British Medical Journal*, 328, 1129-1132.

Oemijati S (1993) The Role of Primary Health Care in Filariasis Control in Indonesia. *Tropical Medicine and International Health*, 24, 91-92.

Oemijati S (1999) "Current Situation of Filariasis in Indonesia and its control." WHO Indonesia internal paper.

Ottesen EA (1984) The action of diethylcarbamazine on adult worms of the lymphatic-dwelling filariae *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *Brugia timori* in man. *WHO/FIL/84*, 175, 26 pp.

Ottesen EA, Duke BOL, Karam M and Behbehani K (1997) Strategies and tools for the control/elimination of lymphatic filariasis. *Bulletin of the World Health Organisation*, 75, 491-503.

Ottesen EA, Ismail MM and Horton J (1999) The role of albendazole in programmes to eliminate lymphatic filariasis. *Parasitology Today*, 15, 382-386.

Partono F (1984) Filariasis in Indonesia: clinical manifestations and basic concepts of treatment and control. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 78, 9-12.

Partono, F. (1985) Treatment of elephantiasis in a community with timorian filariasis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 79, 44-46.

Partono F and Borahima (1974) Pilot study on the control of Malayan filariasis in South Sulawesi, Indonesia. *Bulletin Penelitian Kesehatan*, 2, 17-23.

Partono f, Cross JH, Borahima, Lien JC and Oemijati S (1973) Malaria and filariasis in a transmigration village eight and twenty-two months after establishment. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and International Health*, 4, 484-486.

Partono F, Dennis DT, Atmosoedjono S, Oemijati S and Cross JH (1977) *Brugia timori* sp. N. (nematode: filarioidea) from Flores Island, Indonesia. *Journal of Parasitology*, 63, 540-546.

Partono F, Hudojo, Oemijati S, Noor N, Borahima & Cross JH (1972) Malayan filariasis in Margolembo, South Sulawesi, Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 3: 357.

Partono F and Purnomo (1985) Combined low dosage and short term standard dose treatment with diethylcarbamazine to control Timorian filariasis. *Acta Tropica*, 42, 365-370.

Partono F, Purnomo, Oemijati S and Soewarta A (1981) The long term effects of repeated diethylcarbamazine administration with special reference to microfilaraemia and elephantiasis. *Acta Tropica*, 38, 217-225.

Partono F, Purnomo and Soewarta A (1979) A simple method to control *Brugia timori* by diethylcarbamazine administration. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 73, 536-542.

Partono F, Purnomo, Soewarta A and Oemijati S (1984) Low dosage diethylcarbamazine administered by villagers for the control of timorian filariasis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 78, 370-372. Putrali J & Caleb JM (1974) Mass treatment of filariasis in Sidondo, Central Sulawesi. *Bulletin Penelitian Kesehatan* 2:13-16

Putrali J, Kaleb YM, Van Peenen PFD, Saroso JS (1975) Mass Treatment of Malayan filariasis in the Gumbassa irrigation area of Central Sulawesi. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 6, 206-210.

Ramaiah KD, Vijay Kumar KN Chandrakala AV, Augustin DJ, Appavoo NC and Das PK (2001) Effectiveness of community and health services-organized drug delivery strategies for elimination of

lymphatic filariasis in rural areas of Tamil Nadu, India. *Tropical Medicine and International Health*, 6, 1062-1069.

Ravindran B (2002) Mass drug administration to treat lymphatic filariasis. *The Lancet*, 359, 1948.

Riji HBM (1986) Comparison of Knowledge on Filariasis and Epidemiologic factors between infected and uninfected respondents in a Malay community. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 17, 457-463.

Servais G (2001) Results of the health facility survey in the district of Alor. Kupang, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Internal Report SISKES Project.

Setyawati I, Fina A, Liklikwatil E and Padu K (2002a) Final Report: Anthropological Study of Lymphatic Filariasis in Alor District: Perceived Causes, Symptoms and Treatments. Kupang, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Internal Report SISKES Project.

Setyawati I, Liklikwatil E and Padu K (2002b) Research Report: Community Perceptions of Health Problems: Perceived Causes and Treatment Pattern East Pantar, Alor. Kupang, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Internal Report SISKES Project.

Shu EN, Nwadike KI, Onwujekwe EO, Urwe OC, Okonkwo PO (1999) Influence of health education on community participation in rapid assessment of onchocerciasis. *East African Medical Journal*, 76, 320-3.

Supali T, Ismid IS, Rueckert P & Fischer P (2002a) Treatment of *Brugia timori* and *Wuchereria bancrofti* infections in Indonesia using DEC or a combination of DEC and Albendazole: adverse reactions and short-term effects on microfilariae. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 894-901.

Supali T, Rahman N, Djuardi Y, Sartono E, Ruckert P and Fischer P (2004) Detection of filaria-specific IgG4 antibodies using *Brugia* Rapid test in individuals from an area highly endemic for *Brugia timori*. *Acta Tropica*, 90, 255-261.

Supali T, Wibowo H, Ruckert P, Fischer K, Ismid IS, Purnomo, Djuardi Y and Fischer P (2002b) High prevalence of *Brugia timori* infection in the highland of Alor Island, Indonesia. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 66, 560-565.

Sutanto I, Boreham PFL, Munawar M, Purnomo and Partono F (1985) Adverse Reactions to a single dose of Diethylcarbamazine in patients with *Brugia malayi* infection in Riau Province, West Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 16, 395-399.

Whitworth JA, Alexander ND, Seed P, Thomas W, Abiose A and Jones BR (1996) Maintaining compliance to ivermectin in communities in two West African countries. *Health Policy and Planning*, 11, 299-307.

World Health Organization (1995) World Health Report "Bridging the Gap" Geneva.

World Health Organisation (1999) Removing Obstacles to Healthy Development: WHO Infectious Disease Report. Geneva, World Health Organisation.