

STUDI KUALITATIF PERAN PETUGAS KESEHATAN DAN KADER DESA DALAM PROGRAM PENGobatan MASSAL FILARIASIS DI KABUPATEN MAMUJU UTARA PROVINSI SULAWESI BARAT TAHUN 2015

Made Agus Nurjana^{1*}, Hayani Anastasia¹, Rosmini¹, Sitti Chadijah¹, Mujiyanto¹, Ni Nyoman Veridiana¹, Octaviani¹, dan Leonardo Taruk Lobo¹

¹Balai Litbang P2B2 Donggala, Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
Jl. Masitodju No.58, Labuan Panimba, Labuan, 94353, Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah,
Indonesia

Abstract

The role of health workers and health volunteer are essential in the implementation of mass drug administration (MDA) in North Mamuju District. Several activities were conducted prior MDA, such as advocacy to policy makers (e.g regent) and socialization from district level to village level. Qualitative research methods and data collection were carried out for six months. Interviewed to 17 health workers and 60 health volunteers were conducted by using an open questionnaire, which aimed to know the role of each health workers and health volunteers in the implementation of MDA for the last two years. The study result showed that the role of health workers and health volunteers was not fully optimised because the lack of budget and human resource. Therefore, to optimise the role of health workers and health volunteers, the authority needs to consider to allocate a sufficient budget and human resource for the implementation of MDA.

Keywords: *Mass drug administration, health worker and health volunteer, filariasis*

QUALITATIVE STUDY OF HEALTH WORKER AND HEALTH VOLUNTEER IN THE MASS DRUG ADMINISTRATION PROGRAM IN NORTH MAMUJU DISTRICT, WEST SULAWESI 2015

Abstrak

Petugas kesehatan dan kader desa memegang peranan penting dalam menyuksekkan pelaksanaan pengobatan massal filariasis di daerah endemis. Kabupaten Mamuju Utara telah melaksanakan pengobatan massal sejak tahun 2012-2014, namun angka cakupan minum obat masih <85%. Metode penelitian kualitatif dan pengumpulan data dilakukan selama enam bulan. Wawancara terhadap 17 orang petugas kesehatan dan 60 orang kader desa terpilih dilakukan dengan pertanyaan terbuka yang bertujuan untuk mengetahui peranan masing-masing dalam pelaksanaan pengobatan massal filariasis di Kabupaten Mamuju Utara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas kesehatan dan kader desa belum maksimal dalam mendukung pelaksanaan pengobatan massal karena keterbatasan anggaran dan sumber daya manusia (SDM), sehingga perlu adanya alokasi anggaran dan SDM yang terlatih untuk menyuksekkan pengobatan massal di Kabupaten Mamuju Utara.

Kata Kunci: Pengobatan massal, petugas kesehatan dan kader, filariasis

Naskah masuk : 31 Januari 2018; Review tanggal 30 Juli 2018; Layak Terbit tanggal 27 November 2018

*Alamat korespondensi penulis pertama : agusmd81@gmail.com; Telp/Faks: 081341017423

PENDAHULUAN

Filariasis (kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan cacing filaria (*Brugia malayi*, *Brugia timori*, *Wuchereria bancrofti*) yang hidup di saluran dan kelenjar getah bening (jaringan limfatik) yang dapat menyebabkan gejala akut dan kronis serta ditularkan oleh berbagai nyamuk dari genus *Anopheles*, *Culex*, *Armigeres* maupun *Mansonia*.¹ Nyamuk yang sudah diidentifikasi sebagai vektor filariasis di Kabupaten Mamuju Utara yaitu *An. barbirostris*.² Penyakit ini merupakan penyebab utama kecacatan, stigma sosial, hambatan psikososial yang menetap dan penurunan produktifitas kerja individu, keluarga dan masyarakat sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang besar. Penelitian pada tahun 2000, menunjukkan bahwa biaya yang diperlukan oleh seorang penderita filariasis per tahun sekitar 17,8% dari seluruh pengeluaran keluarga atau 32,3% dari biaya untuk makan, sehingga penderita akan menjadi beban keluarga dan negara.¹ Diperkirakan kerugian negara mencapai 4,3 triliun rupiah jika tidak dilakukan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) filariasis. Riset di India menunjukkan bahwa sosial ekonomi turut mempengaruhi prevalensi filariasis di daerah tersebut.³

Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terkena filariasis karena cacing penyebab dan nyamuk penularnya tersebar luas. Sumber penularan adalah penderita filariasis baik yang sudah menimbulkan gejala ataupun tidak. Program eliminasi filariasis di Indonesia telah dicanangkan sejak tahun 2002 oleh Menteri Kesehatan RI dan telah ditetapkan sebagai salah satu program prioritas yang dilaksanakan dengan dua pilar kegiatan pokok yaitu pengobatan massal kepada penduduk di daerah endemis dan penatalaksanaan kasus klinis dengan target eliminasi filariasis tahun 2020.¹

Prevalensi filariasis di Kabupaten Mamuju Utara masih tinggi yaitu sebesar 1,45%,⁴ meskipun masih lebih rendah bila dibandingkan dengan Nigeria yang merupakan daerah endemis *W. bancrofti*

(4,3%).⁵ Kementerian Kesehatan menetapkan bahwa apabila *Mf rate* filariasis $\geq 1\%$ di salah satu atau lebih lokasi survei (desa), maka kabupaten/kota tersebut harus melaksanakan kegiatan POPM filariasis.¹ Berdasarkan hal tersebut maka dinas kesehatan setempat mulai melaksanakan pengobatan massal filariasis di Mamuju Utara pada tahun 2012. Cakupan pengobatan massal yang dilakukan oleh dinas kesehatan setempat menunjukkan bahwa angka cakupan pengobatan massal di Mamuju Utara baik pada tahun pertama maupun kedua masih jauh dari yang diharapkan (85%), yaitu tahun pertama 56,6% dan tahun kedua 67,3%.⁶

Pelaksanaan pengobatan massal di Kabupaten Mamuju Utara tidak lepas dari peranan petugas kesehatan maupun kader desa setempat sebagai ujung tombak dalam menyukseskan kegiatan tersebut. Peran ini tidak berjalan secara maksimal karena beberapa faktor diantaranya sumber daya manusia (SDM) kurang, anggaran yang terbatas mengakibatkan kurangnya kegiatan monitoring pelaksanaan POPM di lapangan maupun tidak terlaksananya kegiatan sosialisasi secara maksimal. Pelaksanaan POPM mencakup koordinasi, advokasi, sosialisasi pada tingkat kabupaten, kecamatan hingga desa, pemilihan tenaga pembantu eliminasi (TPE) diikuti dengan pelatihan, distribusi bahan peralatan dan obat, penyiapan masyarakat, pelaksanaan pengobatan, monitoring reaksi pengobatan, pemberian obat reaksi, pemberian obat pada penduduk yang tidak hadir, pelaporan cakupan pengobatan dan reaksi pengobatan, survei evaluasi pengobatan massal dan kegiatan supervisi.¹ Pelaksanaan di lapangan masih belum sesuai dengan yang diharapkan, sehingga peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut peranan petugas kesehatan dan kader desa dalam kegiatan POPM di Kabupaten Mamuju Utara dengan wawancara mendalam terhadap 17 petugas kesehatan dan 60 kader di desa terpilih.

METODE

Metode penelitian adalah kualitatif. Pengumpulan data dilaksanakan bulan

Agustus-September 2015. Wawancara terhadap petugas kesehatan dan kader desa terpilih dilakukan dengan pertanyaan terbuka (pedoman wawancara) yang meliputi responden baik pada tahap persiapan, pelaksanaan maupun monitoring POPM di Kabupaten Mamuju Utara. Petugas kesehatan yang diwawancarai merupakan penanggung jawab kegiatan filariasis pada Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara dan puskesmas sebanyak 17 orang, sedangkan wawancara terhadap kader dilakukan terhadap kader desa terpilih (30 desa) sebanyak 60 orang. Pemilihan desa dilakukan dengan metode *two-stage cluster sampling* yaitu:

1. Menghitung jumlah desa dan buat daftar nama-nama desa di kabupaten/kota yang di survei
2. Mencatat jumlah penduduk di setiap desa
3. Menghitung jumlah penduduk kumulatif setiap desa di kabupaten/kota
4. Menentukan sampling interval dengan membagi jumlah penduduk total kabupaten/kota dengan 30
5. Memilih angka pertama sebagai *starting point* dengan cara memilih secara acak angka dari 1 sampai dengan angka sampling interval. Di kolom desa yang mana letak angka yang terpilih tersebut, itulah desa pertama yang disurvei
6. Menentukan desa selanjutnya yang disurvei dengan menambah *starting point* dengan *sampling interval*. Angka yang didapat kemudian ditambahkan lagi dengan sampling interval, begitu seterusnya untuk menentukan desa yang disurvei sampai diperoleh 30 desa

Kader desa yang diwawancarai merupakan kader yang ikut terlibat dalam pelaksanaan POPM di desa tersebut masing-masing dua orang kader per desa.

Data yang terkumpul dari hasil wawancara terbuka akan dianalisis menggunakan analisis tematik, yaitu analisis kualitatif dengan mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola atau tema dalam suatu data. Variabel yang diukur meliputi keterlibatan petugas

kesehatan dan kader pada tahap persiapan maupun pelaksanaan pengobatan massal.

HASIL

Pengobatan massal filariasis di Kabupaten Mamuju Utara mendapat bantuan dari Kementerian Kesehatan. Pengobatan tahun pertama (tahun 2012), dilaksanakan dengan bantuan obat dari Kementerian Kesehatan dengan memberikan tiga jenis obat yaitu Diethylcarbazine (DEC), albendazole dan parasetamol. Namun memasuki pengobatan tahun kedua dan ketiga obat yang dibagikan ke masyarakat hanya dua jenis saja yaitu DEC dan albendazole, hal ini karena bantuan yang diberikan hanya dua jenis obat tersebut dan apabila ada masyarakat yang mengeluhkan demam maupun mengalami efek samping lainnya setelah mengkonsumsi kedua jenis obat tersebut barulah diberikan parasetamol ataupun obat efek samping lainnya sesuai umur.

Secara umum prosedur pelaksanaan POPM oleh tenaga kesehatan sudah dimengerti, hal ini terbukti dengan dilaksanakannya kegiatan persiapan yaitu sosialisasi kepada tokoh-tokoh masyarakat yang dilanjutkan dengan mengadakan pelatihan/*refreshing* kepada kader yang akan membantu pembagian obat massal. Jumlah obat yang tersedia mencukupi bahkan berlebih, namun tenaga yang membantu dalam pendistribusian obat ke masyarakat sangat terbatas, namun hal ini diminimalisir dengan metode pembagian obat yaitu mengumpulkan masyarakat di lokasi yang telah ditetapkan seperti puskesmas pembantu (pustu) maupun balai pertemuan dari pagi hingga siang hari dan apabila masih ada masyarakat yang tidak mengambil obat maka dilakukan kunjungan ke rumah untuk mengantarkan langsung obat kepada keluarga yang belum mendapatkan obat.

Tidak semua desa memiliki kader yang dilibatkan dalam kegiatan POPM filariasis, sehingga ada beberapa desa yang jumlah kader yang terlibat kurang dari tiga orang kader, hal ini berdampak pada rendahnya cakupan pengobatan massal filariasis. Hasil wawancara terbuka terhadap petugas

kesehatan dan kader desa terpilih dengan menggunakan pedoman wawancara dapat dilihat sebagai berikut:

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat

Keterlibatan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat dalam kegiatan POPM Filariasis di Kabupaten Mamuju Utara hanya terbatas pada penyediaan obat dan kegiatan rutin lainnya. Seperti yang disampaikan oleh pengelola program filariasis Provinsi Sulawesi Barat:

"...Kami hanya mendistribusikan obat saja sesuai permintaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten, obat didapat dari Pusat selebihnya tidak ada kegiatan lain lagi paling supervisi kalau diminta..."

Bantuan obat penyelenggaraan POPM di Provinsi Sulawesi Barat diperoleh dari Kementerian Kesehatan. Obat tersebut kemudian didistribusikan ke daerah yang melaksanakan POPM filariasis, salah satunya yaitu Kabupaten Mamuju Utara yang sampai saat ini telah tiga tahun berturut-turut melaksanakan kegiatan POPM filariasis. Penyaluran obat ke dinas kesehatan kabupaten berdasarkan permintaan kebutuhan obat dari daerah. Selama ini dinas kesehatan provinsi tidak pernah kehabisan stok obat bahkan kiriman obat dari Kementerian Kesehatan selalu berlebih setelah didistribusikan ke daerah yang membutuhkan di Provinsi Sulawesi Barat. Obat yang disediakan berupa DEC, albendazole dan parasetamol pada tahun pertama, sedangkan tahun kedua dan ketiga hanya dua macam yaitu DEC dan albendazole.

Penganggaran untuk pemantauan POPM filariasis di tingkat provinsi juga sangat minim, hanya sebatas anggaran untuk supervisi. Kegiatan supervisi sebaiknya dilaksanakan mulai dari proses persiapan, pelaksanaan hingga evaluasi hasil pelaksanaan POPM. Supervisi terhadap pelaksanaan POPM filariasis di Kabupaten Mamuju Utara pernah dilakukan akan tetapi setelah pelaksanaan POPM selesai dilakukan, hal ini karena informasi diberikan ke dinas kesehatan provinsi setelah kegiatan berlangsung. Namun dinas

kesehatan provinsi menyampaikan apresiasi terhadap pelaksanaan POPM filariasis di Kabupaten Mamuju Utara.

"...Apresiasi untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara yang dengan keterbatasan anggaran bisa menyelenggarakan POPM filariasis di wilayahnya..."

Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara

Pelaksanaan POPM filariasis perlu didukung oleh ketersediaan anggaran. Anggaran yang selama ini tersedia dari APBD hanya untuk kegiatan pembuatan spanduk, poster dan supervisi. Anggaran yang tersedia berturut turut 2012-2014 yaitu Rp. 23.680.000,-; Rp. 56.002.000,- dan Rp. 54.791.500,- serta tambahan anggaran bantuan operasional puskesmas (BOK) untuk kegiatan lainnya.

"...sudah mengajukan anggaran sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan POPM namun selalu dimentahkan oleh kegiatan lain yang lebih diprioritaskan, ujung-ujungnya kita mengalah..."

Berdasarkan perhitungan, kebutuhan anggaran pelaksanaan POPM di Kabupaten Mamuju Utara mencapai 100 juta, namun selalu tergantikan dengan kegiatan lainnya yang lebih dianggap penting untuk dilaksanakan. Supervisi hanya dilakukan oleh beberapa orang saja dan dilakukan saat pelaksanaan pembagian obat di masyarakat dan tidak semua daerah dikunjungi karena keterbatasan dana dan sumber daya manusia (SDM). Hal ini pula yang mengakibatkan tidak ada kegiatan pemantauan minum obat dan tatalaksana kejadian ikutan pasca POPM. Tatalaksana kejadian ikutan pasca POPM hanya dilakukan apabila ada laporan kejadian ikutan yang dialami oleh masyarakat.

Distribusi obat ke puskesmas hanya berdasarkan pada cakupan pengobatan tahun sebelumnya saja, tidak ada permintaan dari puskesmas terkait kebutuhan obat. Apabila puskesmas kekurangan obat untuk pengobatan massal, maka dapat langsung meminta kekurangan obat kepada Dinas Kabupaten Mamuju Utara.

Puskesmas

Petugas puskesmas yang diwawancarai merupakan petugas penanggung jawab program filariasis di puskesmas. Lima belas puskesmas dikunjungi yaitu Puskesmas Sarjo, Bambaia, Randomayang, Pasangkayu, Pedongga, Martajaya, Tikke, Parabu, Lilimori, Bambaloka, Motu, Sarudu, Doripoku, Bulumario dan Puskesmas Funju. Informasi yang diperoleh dari petugas puskesmas bervariasi. Seluruh puskesmas telah melaksanakan pengobatan massal filariasis sesuai instruksi Bupati Mamuju Utara sejak tahun 2012. Sampai dengan tahun 2014 tidak ada puskesmas yang membentuk TPE, pelatihan yang diadakan pun hanya merupakan sosialisasi sebelum proses pembagian obat massal filariasis kepada kader kesehatan. Tidak semua kader diundang untuk mengikuti sosialisasi tersebut, hanya 2-3 orang per desa. Tidak dilaksanakannya pelatihan khusus kader karena terbentur masalah anggaran.

Pelaksanaan pengobatan massal seharusnya dilaksanakan oleh TPE di bawah pengawasan petugas kesehatan puskesmas di pos-pos pengobatan massal atau kunjungan dari rumah ke rumah.¹ Metode pembagian obat di Kabupaten Mamuju Utara rata-rata menggunakan dua metode yaitu mengumpulkan masyarakat di lokasi yang telah ditetapkan seperti pustu atau balai pertemuan dari pagi hingga siang hari dan apabila masih ada masyarakat yang tidak mengambil obat maka dilakukan kunjungan ke rumah untuk mengantarkan langsung obat tersebut ke keluarga yang belum mendapatkan. Dosis obat yang diberikan berdasarkan umur dan telah dipisahkan per individu, diberi nama sesuai dengan data kependudukan yang ada. Jumlah obat yang tersedia di puskesmas mencukupi, bahkan terdapat sisa dari tahun sebelumnya di beberapa puskesmas. Apabila jumlah obat di puskesmas habis maka dapat segera meminta tambahan obat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara. Terdapat laporan efek samping berat setelah mengkonsumsi obat filariasis pada salah satu puskesmas diakibatkan tidak adanya sensus awal untuk mengidentifikasi kelompok sasaran dan kelompok bukan sasaran pengobatan.

Kader Desa/TPE

Hasil wawancara terbuka terhadap kader desa menunjukkan bahwa tidak ada kegiatan sebelum pembagian obat seperti pendataan dan penimbangan berat badan. Data penduduk yang digunakan berdasarkan data kependudukan dari aparat desa maupun pencatatan dari bidan desa. Sebagian besar kader tidak pernah mendapatkan pelatihan tentang POPM secara intensif, yang ada hanyalah sebatas sosialisasi sebelum pelaksanaan POPM. Materi sosialisasi berupa informasi rencana pembagian obat, dosis serta efek samping yang mungkin timbul pasca minum obat. Seperti yang disampaikan oleh salah seorang kader:

"...Saya cuma diminta ikut bantu bu bidan bagi-bagi obat untuk pencegahan filariasis, tidak pernah dikasi pelatihan sebelumnya kalau ada yang tidak datang ikut juga antar obat ke rumah-rumah..."

Keterlibatan kader hanya sebatas membantu petugas kesehatan pada saat pembagian obat di masyarakat, beberapa kader bahkan diberikan tanggung jawab untuk mengantarkan obat ke masyarakat apabila tidak datang ke posko pembagian obat. Keluhan masyarakat terhadap efek samping obat disampaikan saat bertemu di jalan atau saat kegiatan posyandu dilaksanakan karena tidak ada kegiatan pemantauan efek samping minum obat oleh kader.

"...tidak ada kunjungan habis bagi obat, paling ketemu di pasar atau di jalan ada yang mengeluh sakit habis minum obat, yah... kita kasi tahu saja memang begitu reaksinya..."

Apabila ada masyarakat yang melaporkan efek samping maka kader memberikan sedikit penjelasan sesuai pengetahuannya dan bagi yang melaporkan efek samping berat disarankan untuk segera melaporkan ke bidan/petugas kesehatan setempat untuk mendapatkan obat pencegahan.

BAHASAN

Pelaksanaan POPM filariasis di Kabupaten Mamuju Utara masih belum sesuai dengan standar yang ditentukan. Pada tahap awal ketika pertama kali akan dilakukan pengobatan massal, sosialisasi dilakukan melalui media poster, spanduk, leaflet dan penyampaian pada forum-forum pertemuan. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya mengikuti pengobatan massal filariasis yang dikenal masyarakat setempat dengan sebutan "*Natiba*" sama halnya dengan di Kabupaten Parigi Moutong.⁷

Seiring dengan waktu pada tahap kedua dan ketiga hal tersebut kurang intensif dilakukan, dikarenakan tidak tersedianya anggaran yang memadai dan keterbatasan SDM. Kurangnya anggaran mengakibatkan banyak kegiatan yang seharusnya dilakukan sebelum proses pembagian obat di masyarakat tidak dilakukan seperti pendataan/sensus penduduk, pelatihan-pelatihan tenaga puskesmas maupun TPE serta pemantauan minum obat. Hal ini mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan pengobatan massal di Kabupaten Mamuju Utara yang mengakibatkan angka *Mf rate* masih tinggi, yaitu 1,39%⁸ dan cakupan minum obat kelompok sasaran masih <85%. Umumnya cakupan minum obat lebih tinggi di pedesaan dibandingkan daerah perkotaan seperti yang pernah dilaporkan di India.⁹

Cakupan pengobatan yang selama ini dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara merupakan data penerima obat sedangkan cakupan minum obat tidak diketahui secara pasti karena kurangnya kegiatan monitoring. Cakupan minum obat di masyarakat mungkin akan lebih rendah dari data penerima obat yang dilaporkan. Hal yang sama juga terjadi di India.¹⁰ Kesalahan persepsi pelaporan oleh dinas kesehatan terkait cakupan minum obat dapat menjadi batu sandungan bagi efektivitas perbaikan program.¹¹ Cakupan minum obat dapat ditingkatkan dengan model pendampingan seperti yang pernah dikembangkan di Pekalongan, dimana angka cakupan meningkat sebesar 7,9%.¹²

Efek samping yang dirasakan masyarakat sering mengakibatkan mereka tidak mau melanjutkan obat filariasis pada tahun berikutnya dan terkadang menyebabkan trauma pada penderita filariasis.^{13,14} Efek samping juga dilaporkan terjadi di India meskipun sangat sedikit.⁹

Keberhasilan pelaksanaan POPM filariasis sangat tergantung pada peran serta petugas baik di tingkat provinsi, kabupaten hingga desa. Pelaksanaan POPM di Kabupaten Mamuju Utara melibatkan petugas dari dinas kesehatan provinsi, kabupaten, puskesmas dan kader desa. Penyelenggaraan dan penanggulangan filariasis dilaksanakan oleh pemerintah daerah dengan melibatkan peran serta masyarakat. Pembagian obat massal menggunakan dua metode yaitu mengumpulkan masyarakat di lokasi yang telah ditetapkan dan kunjungan ke rumah untuk mengantarkan langsung obat kepada keluarga yang belum mendapatkan obat, seperti halnya yang dilakukan di Thailand mengumpulkan dan mengantarkan obat dari rumah ke rumah.¹⁵

Pemerintah daerah Kabupaten Mamuju Utara sangat mendukung program POPM filariasis, hal ini terlihat dari diterbitkannya Surat Keputusan oleh Bupati Mamuju Utara tentang Penetapan Petugas Pelaksana POPM Filariasis di unit pelaksana teknis dinas (UPTD) kesehatan se-Kabupaten Mamuju Utara, pada tanggal 2 Agustus 2012. Petugas pelaksana terdiri dari staf puskesmas se-Kabupaten Mamuju Utara yang bertanggung jawab terhadap kelancaran pelaksanaan kegiatan POPM filariasis di wilayah kerjanya. Hasil penelitian di Belitung menunjukkan bahwa kegiatan pengobatan massal filariasis yang didukung dan dibantu oleh puskesmas dan kader kesehatan telah meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang filariasis.¹⁶

Program POPM filariasis merupakan tindakan "*public health approach*" yang mementingkan keselamatan rakyat banyak di atas kepentingan individu. Pada kasus filariasis, hal ini dimungkinkan karena tersedia obat yang efektif dan relatif aman sehingga dapat dilakukan tindakan pengobatan massal secara "*blanket*

approach". Obat diberikan kepada setiap orang dalam satu wilayah tanpa memeriksa satu per satu lebih dahulu untuk menentukan apakah seseorang menderita filariasis atau tidak. Setiap orang yang tinggal di daerah endemis akan diberikan obat sehingga kepadatan filarial di daerah tersebut akan menurun.¹⁷

Dinas kesehatan provinsi merupakan pengendali utama program eliminasi filariasis di provinsi yang mempunyai tugas diantaranya adalah melaksanakan pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program eliminasi dengan memperkuat komitmen, mobilisasi sumber daya provinsi, melaksanakan pembinaan, asistensi teknis, pelatihan eliminasi filariasis di provinsi. Keterlibatan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat dalam pelaksanaan POPM filariasis di Kabupaten Mamuju Utara hanya sebatas penyediaan obat yang akan didistribusikan sesuai permintaan dari dinas kesehatan kabupaten pelaksana POPM, yang sesungguhnya peran dinas kesehatan provinsi lebih dari pada itu dalam mendukung pelaksanaan POPM di daerah endemis.

Dinas kesehatan kabupaten/kota merupakan pengendali utama program eliminasi filariasis di kabupaten/kota. Tugas diantaranya adalah melaksanakan pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program eliminasi dengan memperkuat komitmen, mobilisasi sumber daya kabupaten/kota, melaksanakan pembinaan, asistensi teknis, pelatihan eliminasi filariasis di puskesmas, rumah sakit dan laboratorium daerah. Termasuk melaksanakan evaluasi cakupan pengobatan massal filariasis dan penatalaksanaan kasus klinis/kronis filariasis di daerahnya.¹

Salah satu penyebab kurangnya peranan Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara dalam pelaksanaan POPM filariasis adalah masalah anggaran. Tiga tahun berturut-turut alokasi anggaran untuk program filariasis sebesar Rp. 23.680.000,- (2012), Rp. 56.002.000,- (2013) dan Rp. 54.791.500,- (2014). Anggaran tersebut hanya dapat dipergunakan untuk membuat poster, leaflet yang kemudian

didistribusikan ke puskesmas-puskesmas serta kegiatan operasional lainnya. Perkiraan biaya ekonomi total dan per orang dalam pelaksanaan POPM di Provinsi Sorsogon, Filipina, yaitu US\$223.549,55 dan US\$0,40 atau berkisar Rp. 2.682.594.600,- dan Rp. 4.800,- (Rp. 12.000/dollar).¹⁸ Bila dibandingkan dengan anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara sangat tidak sebanding.

Pemantauan pelaksanaan POPM di puskesmas maupun desa tidak dapat terpantau secara keseluruhan dikarenakan SDM yang terbatas. Berdasarkan laporan dari salah satu puskesmas menunjukkan bahwa terdapat satu kasus efek samping sangat berat diakibatkan oleh lemahnya persiapan sebelum pembagian obat. Pendataan awal (sensus penduduk) yang bertujuan untuk mengetahui kelompok sasaran dan bukan sasaran pembagian obat tidak dilakukan karena tidak ada anggaran untuk kegiatan tersebut. Adanya kasus tersebut diakibatkan responden mempunyai riwayat hipertensi yang tidak terdeteksi sebagai kelompok yang tidak dianjurkan untuk minum obat. Kasus ini segera mendapatkan pertolongan dari petugas kesehatan sehingga akibat fatal dapat dihindari. Suatu studi percontohan eliminasi filariasis berbasis masyarakat menunjukkan bahwa perlunya tenaga kesehatan untuk tinggal di desa selama satu minggu setelah pengobatan massal untuk memantau kejadian ikutan pasca POPM.¹⁹

Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju belum memberikan pedoman yang lengkap untuk pelaksanaan program eliminasi filariasis. Keluhan kepala puskesmas tentang ketiadaan pedoman pengalokasian anggaran untuk kegiatan pengobatan massal filariasis merupakan bukti ketidaklengkapan pedoman pelaksanaan pengobatan massal. Dinas kesehatan seharusnya membuat pedoman pelaksanaan pengobatan massal secara mendetail agar dapat menjadi petunjuk teknis bagi puskesmas. Kebijakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Utara merupakan pedoman bagi puskesmas untuk menjalankan program kesehatan di puskesmas. Program AKTIF MANDIRI (kegiatan pengajian dengan media cetak

berupa Media Baca Hindari Filariasis) yang dilaksanakan di Kelurahan Kertoharjo untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat di daerah tersebut juga dapat diadopsi.²⁰

Dinas kesehatan kabupaten sebagai unit pelaksana teknis di bidang kesehatan seharusnya berfungsi sebagai pendukung kegiatan puskesmas di wilayah kerjanya sesuai dengan fungsinya. Oleh karenanya, keterlibatan puskesmas dalam penyusunan perencanaan sangat dibutuhkan karena puskesmas lebih memahami masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Keterlibatan puskesmas dalam perencanaan diharapkan dapat mengembangkan program eliminasi filariasis secara holistik, artinya, puskesmas didorong untuk melakukan promosi kepada masyarakat agar pengetahuan masyarakat tentang filariasis meningkat dan mendorong masyarakat menjaga lingkungannya untuk mencegah penularan filariasis serta mengobati penderita secara tuntas.

Puskesmas juga terbatas dalam hal anggaran dan SDM sehingga proses pelaksanaannya juga tidak optimal, ditambah lagi dengan tidak dibentuknya TPE di desa semakin memperberat tugas puskesmas dalam POPM, walaupun puskesmas memanfaatkan tenaga kader Posyandu untuk membantu kegiatan tersebut di desa. Dalam proses pelaksanaan suatu program kesehatan harus dijalankan sesuai dengan tiga prinsip pokok yaitu: efisien dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan dan rasional dalam pengambilan keputusan.²¹ Penguatan program peningkatan kesadaran masyarakat untuk minum obat dengan melibatkan petugas kesehatan dan kader kesehatan penting dilakukan.²²

Cakupan pengobatan massal di Kabupaten Mamuju Utara pada kelompok sasaran sangat rendah hanya 57%, hampir sama dengan penelitian di India dimana angka cakupan minum obatnya hanya 52,18%,²³ namun lebih rendah dari di Kota Bindar Kanataka India (60,4%).²⁴ Angka cakupan ini masih lebih rendah dari yang seharusnya yaitu 85% dari penduduk sasaran dan 65% dari penduduk total.

Salah satu penyebab rendahnya cakupan pengobatan massal adalah timbulnya efek samping yang dikeluhkan masyarakat, seperti pusing, mual, maupun diare. Gejala ini telah diantisipasi dengan menganjurkan masyarakat minum obat sebelum tidur malam. Kebijakan ini mengakibatkan masyarakat tidak minum obat di depan petugas yang berefek tidak optimalnya pemberian pengobatan, sehingga kepatuhan masyarakat minum obat anti filariasis tidak dapat diketahui secara langsung oleh petugas. Kondisi ini diperparah dengan kurangnya sosialisasi tentang penyakit ini, pengobatan dan efek samping pengobatan. Sehingga menyebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat dalam memahami bahaya filariasis.

Sosialisasi puskesmas kepada masyarakat lemah karena dinas kesehatan tidak membuat perencanaan yang matang dengan melibatkan puskesmas. Puskesmas sering kurang siap dalam pelaksanaan pengobatan massal, terutama untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat. Dalam buku pedoman pengobatan massal disebutkan bahwa sosialisasi dari dinas kesehatan kepada puskesmas minimal satu bulan sebelum pengobatan massal, sedangkan dari puskesmas kepada masyarakat minimal tujuh hari sebelum pelaksanaan pengobatan massal.¹ Diperlukan strategi pengobatan massal yang efektif dengan penekanan pada advokasi, mobilisasi sosial dan pemantauan.²⁵

KESIMPULAN

Peranan petugas kesehatan pada POPM filariasis yaitu penyediaan obat, sosialisasi, pelatihan hingga pendampingan saat pembagian obat di masyarakat sedangkan kader desa hanya membantu saat pembagian obat.

SARAN

Kader desa sebagai ujung tombak pelaksanaan POPM di desa perannya lebih ditingkatkan, tidak hanya terbatas membantu saat pembagian obat tetapi juga mulai dilibatkan pada tahap persiapan seperti pendataan penduduk, pemberian obat hingga pemantauan efek samping

minum obat. Dukungan anggaran sangat dibutuhkan disamping penambahan maupun peningkatan kompetensi SDM.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, Kabupaten Mamuju Utara, kepala puskesmas dan kepala desa terpilih atas izin pelaksanaan penelitian di wilayah kerjanya. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada petugas kesehatan penanggung jawab kegiatan filariasis dan kader desa terpilih yang telah berpartisipasi, anggota tim Riri Arifah Patuba, Andi Tenriangka serta teman-teman peneliti dan litkayasa Balai Litbang P2B2 Donggala yang telah membantu selama proses pengumpulan data di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Program Eliminasi Filariasis Di Indonesia. Jakarta: Sub Direktorat Filariasis dan Schistosomiasis, Direktorat P2B2, Ditjen PPM & PLP; 2012.
2. Chadijah S, Rosmini, Srikandi Y. Perilaku mikrofilaria *Brugia malayi* pada subjek Filariasis di Desa Polewali Kecamatan Bambalamotu Kabupaten Mamuju Utara Sulawesi. *Aspirator*. 2015;7(2):42-47.
3. Mutheneni SR, Upadhyayula SM, Kumaraswamy S, Kadiri MR, Nagalla B. Impact of socioeconomic factors on the prevalence of lymphatic filariasis in Andhra Pradesh, India. *J Public Health*. 2015;JUNE (23):231-240. doi:10.1007/s10389-015-0673-8
4. Chadijah S, Jastal, Rosmini, Ningsi, Veridiana NN, Puryadi. Studi Epidemiologi Filariasis Dan Periodisitas Cacing *Filaria* Di Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2011. *Laporan Penelitian*. Donggala; 2011.
5. Uttah EC. Prevalence of endemic Bancroftian filariasis in the high altitude region of south-eastern Nigeria. *J Vector Borne Dis*. 2011;48(June):78-84.
6. Dinkes Kabupaten Mamuju Utara. Situasi Filariasis Di Mamuju Utara. Pasangkayu; 2014.
7. Garjito TA, Jastal, Rosmini, Anastasia H, Srikandi Y, Labatjo Y. Filariasis dan Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Penularannya di Desa Pangku-Tolole, Kecamatan Ampibabo, Kabupaten Parigi-Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah. *J Vektora*. 2013;5(2):54-65.
8. Nurjana MA, Chadijah S, Veridiana NN, Anastasia H. Situasi Filariasis Setelah Pengobatan Massal Tahun Ketiga di Kabupaten Mamuju Utara. *J Ekol Kesehat*. 2017;16(2):93-103.
9. Trivedi R, Singh S, Adhikari P, Singh SP, Saxena M. An evaluation of compliance of Mass Drug Administration (MDA) against Lymphatic Filariasis of Satna district of Madhya. *Int J Public Heal Res*. 2015;5(1):538-542.
10. Sinha N, Mallik S, Mallik S, et al. Coverage and Compliance of Mass Drug Administration in Lymphatic Filariasis: A Comparative Analysis in a District of West Bengal, India. *Glob J Med Public Heal*. 2012;1(1):3-10.
11. Nujum ZT, S R, Jose R, et al. Evaluation of Coverage and Compliance to Mass Drug Administration (MDA) for Lymphatic Filariasis Elimination – A Qualitative Study. *Acad Med J India*. 2013;1(1):23-27.
12. Afrida NA. Kefektifan Model Pendampingan dalam Pengobatan Massal Filariasis. Skripsi Universitas Negeri Semarang. 2011.
13. Purnomo I, Supriyono, Hidayati S. Pengaruh Faktor Pengetahuan dan Petugas Kesehatan terhadap Konsumsi Obat Kaki Gajah (Filariasis) di Kelurahan Bligo Kecamatan Buaran Kabupaten Pekalongan. *Pena J Ilmu Pengetah dan Teknol*. 2015;28(1):13-37.
14. Ramadhani T, Sudomo M.

- Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Pengobatan Filariasis Limfatik di Kecamatan Tirto Kabupaten Pekalongan. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat.* 2009;19(3):132-143.
15. Laothong CN. Filariasis Elimination Programme: An Investigation of Factors Associated with Drug Distribution and Compliance. Thesis Mahidol University. 2004.
 16. Santoso, Saikhu A, Taviv Y, Yuliani R., Mayasari R, Supardi. Kepatuhan Masyarakat terhadap Pengobatan Massal Filariasis di kabupaten Belitung Timur tahun 2008. *Bul Penelit Kesehat.* 2010;38(4):192-204.
 17. Purwastyastuti. Filariasis di Indonesia: Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis. *Bul Jendela Epidemiol.* 2010;1:15-19.
 18. Amarillo MLE, Jr VYB, Pabelo CIA, et al. Cost of Mass Drug Administration for Filariasis Elimination in the province of Sorsogon, Philippines. *Acta Medica Philipp.* 2009;43(4):23-28.
 19. Arjadi F. Eliminasi Filariasis Limfatika Berbasis Masyarakat. *J Humanis.* 2008;1(2):93-99.
 20. Lestari SD, Indarjo S. Analisis Pengetahuan, Sikap dan Praktek Pencegahan Filariasis di Kelurahan Kartoharjo Kota Pekalongan Tahun 2016-2017. *Unnes J Public Heal.* 2017;6(4):209-217.
 21. Muninjaya AAG. Manajemen Kesehatan. Edisi II. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2004.
 22. Roy RN, Sarkar AP, Misra R, Chakroborty A. Coverage and Awareness of and Compliance with Mass Drug Administration for Elimination of Lymphatic Filariasis in. *J Heal Popul Nu.* 2013;31(2):171-177.
 23. Gowda P. Post Mass Drug Administration Evaluation Survey for Lymphatic Filariasis in Bindar District. *Int J Med Sci Public Heal.* 2013;2(2):235-238.
 24. Dharukaswami, Mallayya, Koradhanyamath, Kulkarni P, Holla R. Coverage and compliance MDA programme for lymphatic filariasis in Bidar district , Karnataka , India Coverage and compliance MDA programme for lymphatic filariasis in. *Asian Pacific J Trop Dis.* 2012;2(4):290-292.
 25. S NA, R NP, Nagaraj K, S RS, A TA, Vg P. Evaluation of Coverage and Complience of Mass Drug Administration Programme 2011 for Elimination of Lymphatic Filariasis in Nalgonda District of Anfhra Pradesh, India. *Natl J Community.* 2012;3(2):2-7.