

BAB I

PENDAHULUAN

Dalam resolusi *World Health Assembly* (WHA) tahun 1997, filariasis yang dikategorikan sebagai *neglected diseases* (penyakit yang terabaikan) menjadi masalah kesehatan masyarakat di berbagai belahan dunia¹. Indonesia adalah salah satu dari 53 negara di dunia yang merupakan negara endemis filariasis, dan satu-satunya negara di dunia dengan ditemukannya tiga spesies cacing filaria pada manusia: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*².

Tahun 2000 WHO mendeklarasikan global eliminasi filariasis pada tahun 2020. Di Indonesia program eliminasi filariasis telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan RI pada tanggal 8 April 2002 di Sumatera Selatan. Sejak pencanangan tersebut, Menteri Kesehatan mengeluarkan Keputusan Nomor: 157/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota yaitu Penatalaksanaan Kasus Kronis Filariasis. Tahun 2005 dikeluarkan Keputusan Nomor: 1582/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)².

Sampai akhir tahun 2016, dari 514 kabupaten/kota di Indonesia, terdapat 236 kabupaten/ kota endemis filariasis. Dari 236 kabupaten/kota yang endemis filariasis tersebut, 55 kabupaten/kota telah melakukan pemberian obat pencegahan massal filariasis (POPM) selama 5 tahun berturut-turut (5 putaran). Sisanya sebanyak 181 kabupaten/kota akan melaksanakan POPM sampai dengan tahun 2020, dengan jumlah penduduk sebesar 76 juta jiwa.

Kabupaten/kota yang melaksanakan POPM, pada tahun ketiga dilakukan evaluasi yang berupa pre-survei dengan melaksanakan survei darah jari guna mengetahui ada tidaknya mikrofilaria dalam darah. Selanjutnya setelah 5 tahun POPM dilakukan evaluasi dengan survei kajian penularan (*Transmission Assesment Survei*)-1/TAS-1 dengan menggunakan *rapid diagnostic test*/RDT¹. RDT yang digunakan adalah *brugia rapid test*TM untuk parasit *Brugia malayi* dan/atau *Brugia timori*^{1,2,3,4}, dan *immunochromatographic test* (ICT) untuk parasit *Wuchereria bancrofti*. *Brugia rapid test* digunakan untuk mendiagnosis ada tidaknya antibodi *B. malayi*/*B. timori*, sedangkan ICT untuk mendiagnosis ada tidaknya antigen *W. bancrofti*. Dari hasil TAS-1 tsb akan diketahui apakah di kabupaten/kota tersebut masih terjadi penularan filariasis atau masih dikategorikan sebagai daerah endemis. Terhadap daerah yang masih terjadi penularan filariasis akan dilakukan POPM ulang selama 2 putaran (2 tahun)^{5,6,7}. Untuk hasil TAS-1 dengan nilai di bawah nilai *cut-off* maka kabupaten/kota tersebut dinyatakan lulus TAS. Selama 2 tahun setelah dinyatakan lulus, kabupaten/kota melaksanakan surveilans filariasis. Setelah 2 tahun masa surveilans, dilakukan evaluasi (TAS-2). Dua tahun kemudian dilakukan lagi evaluasi (TAS-3). Jika dalam 2 periode masa surveilans dapat dilalui dengan status lulus TAS, maka kabupaten/kota tsb disertifikasi dengan status filariasis telah tereliminasi. Dari status terakhir per tahun 2015, terdapat 29 kabupaten/kota yang telah lulus TAS dan 22 kabupaten/kota gagal TAS baik TAS-1, TAS-2 atau TAS-3.

Pada tahun 2015, Menteri Kesehatan mencanangkan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga). Sebelumnya pada tahun 2014⁷, Menkes mengeluarkan Permenkes No. 94 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Filariasis. Dengan berlakunya Permenkes ini, maka Kepmenkes No. 1582/2005 dan Kepmenkes No. 893/2007 dinyatakan tidak berlaku. Bagi kabupaten/kota yang gagal TAS menimbulkan kendala karena harus mengulangi POPM.

Kabupaten Tangerang telah menyelesaikan POPM sebanyak 5 putaran mulai tahun 2008 sampai dengan 2012 dan dua kali evaluasi pengobatan berhasil lulus TAS 1 dan 2. Hasil TAS yang dilakukan di Kabupaten Tangerang tidak ditemukan hasil positif pada anak SD kelas 1 dan 2 (Subdit Filariasis dan Kecacingan, Kemkes, 2012).

Lulus evaluasi POPM pada putaran 1 dan 2 merupakan tahapan menuju sertifikasi bebas filariasis. Namun demikian tetap harus diwaspadai karena masih ada satu tahap evaluasi yaitu TAS 3 di tahun 2018. Apabila di tahapan TAS 3 ditemukan yang positif lebih dari *cut off point* dampaknya adalah adanya pengulangan pengobatan. Kondisi demikian menimbulkan kendala bagi kabupaten/kota karena besarnya sumber daya yang diperlukan (biaya operasional dan dukungan SDM) serta berubahnya rencana strategis kabupaten/kota dalam hal pengendalian penyakit menular. Adanya masalah dan kendala tersebut di atas, perlu dilaksanakan suatu studi yang menyeluruh guna mengetahui berbagai aspek terkait dengan kegagalan/keberhasilan suatu kabupaten/kota dalam melaksanakan eliminasi filariasis. Studi yang dilaksanakan meliputi aspek pemberian pengobatan pencegahan massal, manajemen pengendalian (*surveilans: tools dan metode*, promosi, penanganan penderita), lingkungan (fisik, biologis: vektor dan reservoir), dan perilaku masyarakat.