

1. MASALAH UMUM

Kebijakan Pemberantasan Penyakit Parasit di Indonesia

Adhyatma MPH

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Departemen Kesehatan R.I.

PENDAHULUAN

Penyakit menular merupakan salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia. Dari survey rumah tangga (house hold survey) yang diadakan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 1972 ternyata bahwa 60% dari penyakit yang ada di Indonesia adalah penyakit menular. Dari sejumlah kasus-kasus penderita penyakit tersebut tercakup pula sejumlah besar kasus-kasus penderita penyakit parasit.

Sesuai dengan prioritasnya, berbagai parasit telah ditanggulangi secara bertahap. Pemberantasan malaria telah dimulai sejak sebelum perang dunia kedua kemudian ditingkatkan menjadi pembasmian malaria di Jawa dan Bali mulai tahun 1952. Setelah melalui kemunduran akibat situasi politik dan dengan dimulainya Pelita I maka pemberantasannya dapat dimulai lagi dengan perencanaan lebih mantap pada tahun 1969.

Penyakit filaria mulai dikembangkan pemberantasannya pada Pelita I dan sejak Pelita II dapatlah dimulai pemberantasannya secara sistematis. Sementara itu penyakit schistosomiasis memerlukan penelitian dan pengembangan metodologi pemberantasannya sampai akhir Pelita II dan baru dapat dimulai pemberantasannya secara terbatas pada Pelita III. Penyakit parasit lainnya yang juga sudah dimulai pemberantasannya secara terbatas adalah penyakit-penyakit cacing yang ditularkan lewat tanah.

Sementara itu penyakit-penyakit parasit lainnya yang belum ditanggulangi masih memerlukan penelitian untuk mengetahui besar masalahnya dan metoda intervensinya.

PEMBERANTASAN PENYAKIT PARASIT SEBAGAI SALAH SATU KOMPONEN DALAM PEMBANGUNAN NASIONAL BIDANG KESEHATAN.

Dari berbagai penelitian telah diketahui adanya hubungan timbal balik antara keadaan gizi dan berbagai penyakit parasit di mana keadaan gizi yang buruk akan memperberat keadaan penyakit parasit yang diderita dan sebaliknya adanya penyakit parasit yang memperburuk keadaan gizi.

Selain itu diketahui pula bahwa perilaku serta lingkungan fisik dan biologis sangat besar pengaruhnya terhadap adanya berbagai penyakit parasit dalam masyarakat. Kebiasaan membuang kotoran (tinja) di tempat yang tidak tertutup memungkinkan timbulnya pencemaran tanah dengan ova dan larva dari berbagai parasit perut yang selanjutnya dapat berkembang dan menimbulkan infeksi lewat kulit. Demikian pula air dapat memainkan peranan penting dalam penularan berbagai penyakit parasit, yaitu sebagai medium untuk infeksi dari aquatic intermediate host atau sarana dari parasit untuk mencemari makanan. Lingkungan fisik perumahan yang tidak memadai telah memungkinkan berbagai macam arthropoda timbul-

kan infeksi berbagai penyakit parasit, yaitu sebagai pembawa parasit secara mekanis maupun sebagai intermediate host. Keadaan seperti tersebut di atas dapat kita temukan terutama pada penduduk yang tidak mampu dipedesaan dan di kota, serta tidak mendapat pendidikan untuk mengetahui cara-cara pencegahannya.

Mengingat adanya kaitan yang erat dan timbal balik antara infeksi penyakit parasit dengan keadaan gizi, perilaku, lingkungan fisik serta tingkat sosial ekonomi dari masyarakat maka pemberantasan penyakit parasit tidak dapat berdiri sendiri dan harus merupakan bagian atau komponen dari pembangunan nasional di bidang kesehatan. Berhubung dengan itu maka strategi pemberantasan dari berbagai penyakit parasit haruslah berlandaskan kebijaksanaan dan langkah-langkah pokok dari Rencana Pembangunan Lima Tahun Bidang Kesehatan yang arahnya ditentukan oleh Garis-garis Besar Haluan Negara.

KEBIJAKSANAAN PEMBANGUNAN LIMA TAHUN KETIGA DIBIDANG KESEHATAN.

Di dalam Kebijakan Pembangunan Lima Tahun Ketiga disebutkan antara lain bahwa Tujuan umum pembangunan kesehatan adalah untuk mengusahakan kesempatan yang lebih luas bagi setiap penduduk untuk memperoleh derajat kesehatan yang sebaik-baiknya dengan mengusahakan pelayanan kesehatan yang lebih luas, lebih merata dan terjangkau terutama oleh masyarakat berpenghasilan rendah baik di desa maupun di kota serta dengan peran-serta aktif dari masyarakat.

Untuk mencapai tujuan umum tersebut maka landasan kebijaksanaan umum dalam peningkatan pelayanan kesehatan adalah sbb. :

1. Pelayanan kesehatan ditujukan terutama kepada golongan masyarakat berpenghasilan rendah baik di desa maupun di kota.
2. Pelayanan kesehatan diutamakan pada usaha kesehatan pencegahan dan pembinaan.
3. Kegiatan dalam pelayanan orang sakit diutamakan pengobatan jalan, serta ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara merata dengan peran serta aktif dari masyarakat.

Dengan didasari oleh kebijaksanaan umum tsb. di atas maka di dalam Program Pemberantasan Penyakit Menular disusunlah kebijaksanaan yang mencakup a.l. prioritas pemberantasan, cara pendekatan pemberantasan serta cara pelaksanaan pemberantasan.

Adapun kebijaksanaan dalam program pemberantasan penyakit menular adalah sbb. : Dalam menentukan penyakit mana yang akan diberantas dipertimbangkan faktor-faktor sbb. :

angka kesakitan atau angka kematian yang tinggi, menyerang terutama golongan anak-anak dan golongan usia produktif, menyerang terutama penduduk di daerah pedesaan atau penduduk yang berpenghasilan rendah di daerah perkotaan, menyerang terutama daerah-daerah pembangunan ekonomi,

- adanya metodologi yang efektif dan efisien untuk mem-berantas penyakit tsb.
- serta adanya ikatan perjanjian dengan luar negeri (Inter-national Health Regulation).

Kegiatan pemberantasan sejauh mungkin diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan dan dengan mengikutsertakan masyarakat secara aktif.

Cara pelaksanaan pemberantasan penyakit menular dilakukan a.1. dengan menghilangkan sumber/pembawa penyakit, mem-perbaiki lingkungan, mencegah hubungan dengan penyebab penyakit atau memberikan kekebalan kepada penduduk. Kebijakan tsb. diatas merupakan landasan bagi penyusunan strategi pemberantasan berbagai penyakit parasit.

STRATEGI PEMBERANTASAN BERBAGAI PENYAKIT PARASIT

1. PENYAKIT MALARIA

1.1. Keadaan dan masalah

Mengingat perkembangan pemberantasan malaria di Jawa/Bali dan diluar Jawa/Bali adalah berbeda maka keadaan dan ma-salah malaria di Jawa/Bali dipisahkan dengan keadaan dan masalah malaria diluar Jawa/Bali.

Di Jawa/Bali terjadi penurunan A.P.I. sejak tahun 1974 secara lambat.

Tabel 1. A.P.I. MALARIA DI JAWA/BALI 1974 - 1979.

TAHUN	A.P.I. (per seribu)
1974	2,73
1975	1,45
1976	1,11
1977	1,23
1978	1,39
1979	0,77 (s/d Nop. 1979)

Sumber : Sub. Dit. Malaria.

Penyebaran kasus malaria di Jawa/Bali ternyata tidak merata tetapi terjadi konsentrasi dari kasus di beberapa fokus (High Case Incidence Areas) di mana A.P.I. nya per kecamatan dapat mencapai 18 per seribu. Di samping daerah-daerah fokus malaria terdapat pula daerah-daerah di mana endemisitas malaria adalah rendah untuk waktu yang lama sehingga timbul kelompok-kelompok penduduk yang tidak imun lagi terhadap malaria.

Dengan makin membaiknya transportasi terjadi influx dari penderita malaria dari luar Jawa/Bali; hal ini terjadi a.1. karena para transmigran yang kembali ke Jawa/Bali secara berkala. Di Jawa/Bali species yang dominan pada umumnya adalah *P. vivax*. Di sebagian daerah di Jawa Tengah dan Jawa Timur terdapat vektor malaria yang telah resisten terhadap racun serangga DDT.

Di luar Jawa/Bali keadaan malaria pada umumnya belum dapat diturunkan karena daerah pemberantasannya masih sangat terbatas. Di Sumatera, Kalimantan dan Sulawesi terdapat daerah-daerah yang luas dengan malaria yang meso-atau hiper-endemis. Dapat pula ditemukan daerah hipo-endemis di Sumatera dan Sulawesi. Beberapa daerah yang hiper- dan holo-endemis dapat ditemukan di beberapa pulau di Indonesia bagian Timur. *P. malariae* dalam jumlah yang banyak dapat ditemukan di beberapa daerah di NTT sedangkan *P. ovale*

telah ditemukan di Biak dan Owe di Irian Jaya. Dari hasil-hasil survey maupun dari passive case detection di unit-unit kesehatan dilaporkan 600.000 sampai 800.000 penderita klinis malaria. Mengingat jangkauan unit-unit kesehatan di luar Jawa/Bali masih sangat terbatas maka diperkirakan jumlah kasus malaria yang sebenarnya adalah jauh melampaui jumlah yang dilaporkan. Selain itu di Kalimantan Timur dan di Irian Jaya telah ditemukan strain *P. falciparum* yang resisten terhadap chloroquin.

Dengan adanya perpindahan penduduk dari Jawa/Bali yang sebagian besar adalah non-imun terhadap malaria ke luar Jawa/Bali di mana malaria masih endemis maka kelompok penduduk tersebut (para transmigran) merupakan high-risk-population, dan timbullah kemungkinan terjadinya wabah malaria di kalangan para transmigran dengan angka kematian yang tinggi terutama bila yang menyerang adalah *P. falciparum*.

1.2. Strategi pemberantasan

Di Jawa/Bali.

- meningkatkan pemberantasan malaria diHCI dan di mana perlu dengan mempergunakan racun serangga lainnya khususnya bila HCI tsb. ada di daerah di mana vektor malarianya telah resisten terhadap DDT.
- meningkatkan surveillance epidemiologi terutama dalam menghadapi influx penderita malaria dari luar Jawa/Bali.
- mengadakan monitoring susceptibility vektor terhadap DDT.
- mengadakan monitoring susceptibility parasit terhadap chloroquin.
- melindungi para transmigran yang akan berangkat ke luar Jawa/Bali dengan memberikan pengobatan pencegahan dengan chloroquin.
- bekerja sama dengan lembaga-lembaga penelitian untuk melaksanakan applied research khususnya untuk meng-atasi masalah-masalah setempat.

Di luar Jawa/Bali.

- meluaskan pemberantasan malaria ke luar Jawa/Bali secara terbatas dengan mengutamakan daerah transmi-grasi, daerah-daerah prioritas sosial ekonomi dengan P.R. lebih tinggi dari 2% dan daerah-daerah dengan P.R. lebih dari 2% dimana *P. falciparum* adalah dominan.
- meningkatkan dan memperluas penyelidikan lapangan untuk mengetahui epidemiologi dan entomologi malaria secara lebih tepat.
- mengadakan monitoring susceptibility parasit terhadap chloroquin.
- melindungi para transmigran dengan cara menyemprot rumah yang akan ditempati dengan DDT dan sanitasi lingkungan pemukiman.
- meningkatkan partisipasi dari Puskesmas dalam surveil-lance dan pengobatan malaria.
- bekerja sama dengan lembaga-lembaga penelitian untuk melaksanakan applied research khususnya untuk meng-atasi masalah-masalah setempat.

Mengingat pentingnya peran serta aktif dari masyarakat serta pentingnya koordinasi lintas sektoral maka :

perlu ditingkatkan peran serta masyarakat dalam penemuan penderita dan pengobatan penderita malaria.

perlu meningkatkan koordinasi lintas sektoral terutama dengan sektor-sektor yang kegiatan pembangunannya mempunyai pengaruh terhadap angka malaria.

2. PENYAKIT FILARIA

2.1. Keadaan dan masalah

Di Indonesia ditemukan tiga jenis parasit yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Parasit-parasit tersebut tersebar luas di Indonesia, sedangkan vektor penularannya adalah berbagai jenis nyamuk *Anopheles*, *Culex* dan *Mansonia*. Pada beberapa tempat di Indonesia terutama di Jawa tampak bahwa prevalensi penyakit menurun atau menghilang dan pada beberapa tempat lainnya terutama di daerah pedusunan prevalensi penyakit masih tinggi. Rata-rata prevalensi penyakit filaria di Indonesia adalah 10 persen.

Table 2. DISTRIBUSI DAN PREVALENSI PENYAKIT FILARIA DI INDONESIA

Daerah disurvei	Jumlah		Jumlah penderita diperiksa	M.F. rate (%) rata-rata.
	Kab.	Desa		
Jawa dan Bali	13	29	5.828	1,9
Sumatera	26	188	49.889	5,3
Kalimantan	17	136	49.691	9,2
Sulawesi	12	170	40.080	14,2
Maluku, Irian dan Nusatenggara	10	53	9.737	23,0
Jumlah	98	385	149.397	10,0

Catatan : memakai sediaan darah tebal dengan Giemsa dari 20mm³ darah finger tip.

Sumber : Sub. Dit. Filaria.

Peradangan saluran dan kelenjar getah bening pada penderita-penderita di daerah endemis dengan intensitas infeksi yang tinggi dapat menyebabkan penderita kehilangan hari kerja sampai seminggu dalam waktu 3 bulan.

Diantara para transmigran yang berasal dari daerah non-endemis di Jawa/Bali dan ditempatkan didaerah endemis filaria diluar Jawa/Bali gangguan peradangan dan demam timbul dengan tanda-tanda lebih menonjol daripada penduduk asli daerah yang bersangkutan.

Pemberantasan penyakit tsb. dengan cara pengobatan massal pada penduduk di daerah endemis telah dapat menurunkan prevalensi penyakit dengan meyakinkan namun efek sampingan dari pengobatan di beberapa daerah telah merupakan hambatan dalam pemberantasan.

2.2. Strategi pemberantasan.

— daerah prioritas pemberantasan adalah daerah prioritas sosial ekonomi dan daerah transmigrasi dengan endemisitas yang tinggi.

di daerah-daerah transmigrasi dengan endemisitas tinggi perlu diadakan tindakan-tindakan pemberantasan untuk menurunkan endemisitasnya sebelum para transmigran tiba di daerah tersebut.

metode pemberantasannya adalah pengobatan massa dengan DEC untuk daerah-daerah dengan Mf. rate lebih dari 2%.

perlu ditingkatkan penyuluhan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pemberantasan filaria.

meningkatkan kerjasama dengan lembaga penelitian untuk mengembangkan metode pengobatan massa yang efektif dengan efek sampingan seminim mungkin, dan mengembangkan metode pemberantasan vektor penular terutama untuk daerah-daerah yang penyakit filariannya bersifat zoonotik.

3. PENYAKIT SCHISTOSOMIASIS

3.1. Keadaan dan masalah.

Penyakit ini diketahui endemis di daerah yang terbatas yaitu di sekitar danau Lindu, lembah Napu, dan daerah Besoa, semuanya terdapat di Propinsi Sulawesi Tengah. Parasitnya adalah dari jenis *Schistosoma japonicum* dan hospes perantaranya adalah keong dari jenis *Oncomelania hupensis linduensis*. Di samping menyerang penduduk di daerah tersebut, parasit ini juga menyerang binatang piaraan dan binatang buas. Penyebarannya di ketiga daerah tsb. adalah sbb. :

Table 3. PENYEBARAN DAN PREVALENSI SCHISTOSOMIASIS DI SULAWESI TENGAH

Daerah disurvei	Penduduk diperiksa	Prev. (%)
Lembah Linu (4 desa)	1417	berkisar antara 12 - 57
Lembah Napu (9 desa)	936	" 12 - 67
Daerah Besoa (4 desa)	405	" 1-8

Sumber : Sub. Dit. Schistosomiasis.

Prevalensi berkisar antara 1 sampai 67 persen. Dalam pemeriksaan klinis banyak di antara penderita ditemukan pembesaran hati dan pembesaran limpa dan sebagian kecil dengan gejala ascites.

Jumlah penduduk yang tinggal di daerah endemis adalah kira-kira 10.000 dan mengingat banyaknya pergerakan penduduk ke daerah endemis tersebut untuk bertani maka jumlah penduduk yang terancam bertambah. Selain itu dengan akan dibuatnya jalan Trans Sulawesi yang menyinggung daerah endemis tsb. maka penyebaran penyakit tsb. ke daerah lain akan menjadi lebih besar.

3.2. Strategi pemberantasan.

perlu peningkatan pemberantasan penyakit tsb. untuk mencegah kemungkinan penyebaran ke daerah lain.

metode intervensi adalah suatu kombinasi antara pengobatan penderita, pemberantasan keong, perbaikan sanitasi lingkungan, dan agroengineering untuk mengeringkan daerah-daerah rawa yang merupakan fokus dari keong. mengadakan kerjasama lintas sektoral khususnya untuk melaksanakan agroengineering tsb. di atas.

mengadakan kerjasama dengan lembaga-lembaga penelitian untuk mengadakan penelitian-penelitian untuk menunjang program pemberantasan.

4. PENYAKIT CACING PERUT YANG DITULARKAN LEWAT TANAH

4.1. Keadaan dan masalah

Angka kesakitan karena penyakit cacing perut (intestinal helminths) adalah cukup tinggi di Indonesia, terutama di antara penduduk pedesaan dan penduduk dengan tingkat

sosio-ekonomi yang rendah. Dari penelitian di Sulawesi Selatan, Jawa Barat dan Jawa Tengah masing-masing oleh Cross JH et al, Clarke MD et al ditemukan bahwa 90% dari penduduk yang diperiksa paling sedikit diinfeksi oleh satu macam cacing, 80% oleh dua macam cacing dan 60% oleh tiga macam. Hasil survey cacing-cacing yang ditularkan melalui tanah oleh Departemen Kesehatan antara tahun 1975 s/d tahun 1980 di 18 lokasi tersebar di 16 propinsi mencakup 6590 orang menunjukkan bahwa prevalensi infeksi cacing yang ditularkan melalui tanah adalah cukup tinggi yaitu berkisar antara 60 - 90%. Telah diketahui pula bahwa adanya hubungan yang timbal balik antara investasi parasit dengan keadaan gizi khususnya gizi anak, demikian pula ada kaitannya yang erat dengan perilaku dan lingkungan pemukiman.

4.2. Strategi pemberantasan

- mengingat masih terbatasnya sarana maka prioritas pemberantasan diberikan kepada daerah produksi vital yaitu perkebunan, pertambangan dan transmigrasi.
metode pemberantasannya adalah dengan pengobatan penderita dan perbaikan kesehatan lingkungan.
meningkatkan penyuluhan kesehatan masyarakat untuk mendorong masyarakat berpartisipasi serta melaksanakan sendiri pencegahan dan pemberantasan penyakit ini.
untuk mendapatkan dampak yang lebih baik bagi derajat kesehatan maupun kesejahteraan masyarakat maka pemberantasan penyakit cacing yang ditularkan lewat tanah dapat diintegrasikan pada usaha-usaha lainnya seperti usaha perbaikan gizi maupun kegiatan keluarga berencana.

KESIMPULAN

1. Penyakit parasit di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting, terutama bagi rakyat pedesaan dan rakyat yang berpenghasilan rendah di desa maupun di kota.
2. Mengingat adanya kaitan yang sangat erat antara masalah penyakit parasit dengan berbagai masalah lainnya seperti misalnya masalah gizi, perilaku, lingkungan fisik dan biologis serta tingkat sosio-ekonomi dari rakyat maka pemberantasan penyakit parasit haruslah merupakan salah satu komponen dalam pembangunan nasional bidang kesehatan.
3. Berhasilnya pemberantasan penyakit parasit tidak tergantung dari pemberantasan penyakit parasitnya melulu tetapi juga tergantung seberapa jauh sektor-sektor lainnya dalam kegiatan pembangunan di sektor masing-masing dapat memberikan dampak yang positif bagi berkurangnya penyakit parasit.
4. Kelestarian hasil pemberantasan penyakit parasit hanya dapat terjamin bila masyarakat yang bersangkutan ikut serta secara aktif.
5. Peranan penelitian adalah penting untuk menunjang program pemberantasan penyakit parasit dan karena itu kerja sama dengan lembaga-lembaga penelitian perlu ditingkatkan.

Masalah Penyakit Malaria di Jawa Tengah

Soebodro MPH

Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

1. PENDAHULUAN

Penyakit malaria di Jawa Tengah sudah lama dikenal sebagai penyakit rakyat yang telah menjadi problema kesehatan sejak jaman penjajahan Belanda, Jepang dan masa perang kemerdekaan, bahkan sampai dengan masa pembangunan sekarang ini. Hampir semua daerah Tingkat II di Jawa Tengah pernah dilanda oleh penyakit ini walaupun dengan angka penderita mempunyai tingkatan yang berbeda. Sebelum ± 1960 malaria lebih banyak diderita oleh penduduk daerah pantai baik daerah pantai Selatan Jawa Tengah seperti Cilacap, Kebumen dan Purworejo maupun Pantai Utara seperti Brebes, Tegal, Batang sampai ke Rembang. Semenjak waktu tersebut sampai dengan sekarang penyakit malaria di Jawa Tengah lebih banyak ditemukan di daerah-daerah pedalaman terutama di daerah persawahan yang mempunyai persediaan air hampir sepanjang tahun dan waktu tanam padi tidak bersamaan seperti Banjarnegara, Wonosobo, dan Purbolinggo serta daerah-daerah perkebunan dan kehutanan yang letaknya mempunyai ketinggian ± 200 - 500 meter di atas laut, seperti Batang Selatan, lereng gunung Muria di Kabupaten Jepara.

Menurut catatan sekarang penyakit malaria tidak menimbulkan banyak kematian seperti pada waktu-waktu yang lalu, tetapi bagi perseorangan tetap menimbulkan kelemahan badan dan gangguan gizi sehingga mudah timbul komplikasi penyakit-penyakit lain.

Dan oleh karena penyakit malaria yang menurut sifatnya mudah menyebar pada sejumlah penduduk terutama di daerah persawahan, perkebunan dan kehutanan yaitu justru di daerah produsen bahan pangan dan bahan-bahan ekspor vital, maka bila penyakit tersebut tidak ditangani secara baik, akan dapat menjadi problema kesehatan yang luas serta dapat menghambat pelaksanaan pembangunan.

Dalam rangka peningkatan produksi pangan khususnya beras, pemerintah terus berusaha meningkatkan areal sawah dan penyediaan pengairan dengan membangun saluran saluran dan waduk-waduk untuk irigasi, seperti waduk Sempor, Wadaslintang, Wonogiri, Jratun Seruna dan sebagainya.

Hal tersebut secara tidak langsung akan memperluas pula areal-breeding place vektor penyakit malaria. Sedangkan pemberantasan penyakit Malaria dengan mempergunakan insektisida selalu diikuti dengan efek-efek negatif yaitu polusi lingkungan dan masalah resistensi vektor. Oleh karena itu sangat perlu segera dilakukan penelitian dan percobaan-percobaan untuk mengatasi penyakit malaria dengan tindakan-tindakan yang bersifat lintas sektoral.

2. SITUASI PENYAKIT MALARIA DI JAWA TENGAH

2.1. Metode Monitoring

Untuk mengetahui angka penyakit malaria, di Jawa Tengah telah dilakukan aktivitas surveillance sejak kurang lebih tahun 1960 dengan cara-cara sebagai berikut :

- a. Pencarian penderita malaria secara aktif petugas Sektor Malaria guna mendatangi dari rumah ke rumah atau dari