

614.532
SUR
2 21

**ANALISIS
PELAKSANAAN MANAJEMEN PEMBERANTASAN MALARIA
DAN CAKUPAN PROGRAM
DI KECAMATAN KEMRANJEN KABUPATEN BANYUMAS
TAHUN 2002**



Tesis
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan**

Oleh :

**SUKOCO
NIM. E4A000115**

**PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2002**

UIPT-PUSTAKA UNDIPI

Pengesahan Tesis

**ANALISIS
PELAKSANAAN MANAJEMEN PEMBERANTASAN MALARIA
DAN CAKUPAN PROGRAM
DI KECAMATAN KEMRANJEN KABUPATEN BANYUMAS
TAHUN 2002**

Dipersiapkan dan disusun oleh


**Sukoco
E4A000115
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 27 Desember 2002


Menyetujui

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I


**dr. Anneke Suparwati, MPH
NIP. 131 610 340**

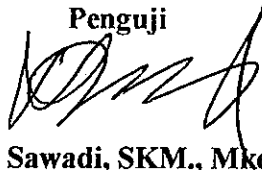
Pembimbing II


**dr. Bagoes Widjanarko, MPH
NIP. 131 962 236**

Penguji


**dr. Sudiro MPH., Dr, PH
NIP. 131 252 965**

Penguji


**Suwandi Sawadi, SKM., Mkes
NIP. 140 080 195**

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan



**Ketua, Program Magister
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**dr. Sudiro MPH., Dr, PH
NIP. 131 252 965**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Desember 2002

Sukoco

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	473/T/MIK/01
Tgl.	20/0 03

BIODATA PENULIS

- Nama : Sukoco.
- Tempat/Tanggal lahir : Cilacap, 14 Januari 1967
- Agama : ISLAM
- Alamat : Jl. Overste Isdiman II No. 481 Purwokerto
Telp. 08121590805
- Riwayat Pendidikan : 1. Tahun 1980 lulus SD PIUS Cilacap
2. Tahun 1983 lulus SMP Negeri I Cilacap
3. Tahun 1986 lulus SMA Negeri I Cilacap
4. Tahun 1991 lulus Akademi Penilik Kesehatan Purwokerto
5. Tahun 2001 lulus FKM UNDIP Semarang
- Riwayat Pekerjaan dan Jabatan : 1. Pelaksana Hygiene Sanitasi Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat (1993 – 1997)
2. Pelaksana Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas (1997-1999)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang Maha Pengasih dan Penyayang yang telah melimpahkan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis : “ Analisis Pelaksanaan Manajemen Pemberantasan Malaria dan Cakupan Program di Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas Tahun 2002 ”.

Penulis mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya atas bantuan dari berbagai pihak yang telah membantu selesainya penulis mengikuti studi di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro sampai dengan tersusunnya tesis ini. Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada :

1. Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, SpPD, KI; selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
2. Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
3. Ketua Konsentrasi Administrasi Kesehatan Masyarakat Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
4. dr. Anneke Suparwati, MPH. selaku pembimbing utama yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi
5. dr. Bagoes Wijanarko, MPH. selaku pembimbing pendamping yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi
6. dr. Sudiro MPH., DR,PH dan Suwandi Sawadi, SKM, MKes selaku penguji yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan masukan
7. dr. Choerul Mufid selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas yang telah memberikan ijin, kesempatan dan bantuan selama penelitian berlangsung
8. Kepala Puskesmas Kemranjen I Kabupaten Banyumas yang telah memberikan ijin, kesempatan dan bantuan selama penelitian berlangsung
9. Risapti Puji Astuti, istriku yang senantiasa memberikan kasih sayang dan kesabaran dalam mendorong penulisan ini ; serta anak-anakku Faris Radifan Ahmad, Haidar 'Azmi, Muhammad Yazid Ridho; yang selalu menjadi inspirasi penulis untuk selalu bangkit dikala mengalami kebuntuan pikiran dan semangat.

10. Kakak dan Adik serta semua pihak yang telah banyak membantu baik moril maupun materiil sehingga penulisan Tesis ini dapat terselesaikan

Kepada rekan-rekan di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan moril maupun materiil, terutama kepada dr. Sugito dan teman-teman di Puskesmas Kemranjen I. Kepada rekan-rekan tugas belajar HP 5 penulis mengucapkan terima kasih dan permohonan maaf yang sebesar-besarnya jika selama ini telah banyak mengganggu.

Penulis berharap semoga penulisan tesis ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan pemikiran betapapun kecil terutama kepada pemegang dan pelaksana program pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I dan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas serta bagi penulis sendiri. Penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun senantiasa dinantikan dengan penuh harap demi terwujudnya karya yang lebih baik di masa yang akan datang.

Akhirnya, semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan memberikan petunjukNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, Desember 2002

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Pernyataan	ii
Biodata Penulis	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	ix
Daftar Grafik	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
Abstrak	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah	6
3. Tujuan	6
4. Manfaat Penelitian	7
5. Ruang Lingkup Penelitian	7
6. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
1. Tinjauan Manajemen	9
2. Fungsi Manajemen	11
a. Fungsi Perencanaan	11
b. Fungsi Pengorganisasian	22
c. Fungsi Penggerakkan dan Pelaksanaan	22
d. Fungsi Pengawasan dan Pengendalian	23
3. Program Pemberantasan Malaria Pelita VI	25
4. Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria	28
a. Perencanaan	28

b. Pelaksanaan	30
c. Pengawasan dan Evaluasi	30
5. Sejarah Pemberantasan Malaria di Indonesia.....	34
6. Kerangka Teori.....	37

BAB III METODE PENELITIAN

1. Kerangka Konsep	38
2. Definisi Operasional	38
3. Jenis Penelitian	41
4. Sampel / Subyek Penelitian.....	41
5. Metoda Pengumpulan Data.....	42
6. Keabsahan Data.....	43
7. Pengolahan dan Analisa Data	44

BAB IV HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum	45
2. Tenaga Pelaksana Manajemen Pemberantasan Malaria	48
3. Pelaksana Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria	53
a. Perencanaan.....	53
b. Pelaksanaan	58
c. Pengawasan, Pembinaan dan Evaluasi	68
4. Sarana	70
5. Cakupan Program.....	71

BAB V PEMBAHASAN

1. Perencanaan Pemberantasan Malaria.....	75
2. Pelaksanaan Pemberantasan Malaria.....	79
a. Penemuan Penderita Malaria	81
b. Pengobatan Penderita Malaria	86
c. Pencegahan Penyakit Malaria	89
d. Pengamatan vektor	90
3. Pengawasan dan Pembinaan Pemberantasan Malaria.....	90

4. Dampak pelaksanaan pemberantasan malaria terhadap cakupan program.....	91
5. Faktor-faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Pemberantasan Malaria	92

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan	96
2. Saran	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

1. Tabel 2.1. Uraian Tugas Pokok.....	27
2. Tabel 4.1. Distribusi penduduk di wil. Puskesmas Kemranjen I	46
3. Tabel 4.2. Distribusi penduduk menurut mata pencaharian	46
4. Tabel 4.3. Jumlah Sarana Kesehatan yang ada.....	47
5. Tabel 4.4. Jenis Tenaga Kesehatan	47
6. Tabel 4.5. Ciri-ciri dan Jenis Tenaga Lapangan P2 Malaria.....	48
7. Tabel 4.6. Jumlah Tenaga JMD.....	52
8. Tabel 4.7. Data Penderita Malaria menurut Gol. Umur th. 2001	54
9. Tabel 4.8. Data Penderita Malaria menurut Gol. Umur th. 2002	54
10. Tabel 4.9. Data distribusi penderita menurut jenis parasit	55
11. Tabel 4.10. Jumlah Kebutuhan JMD.....	58
12. Tabel 4.11. Hasil Penemuan penderita secara ACD & PCD.....	62
13. Tabel 4.12. Hasil Feed Back Sediaan darah	64
14. Tabel 4.13. Jumlah penduduk yang diobati secara MDA.....	66
15. Tabel 4.14. Hasil penyemprotan rumah di 3 desa	67
16. Tabel 4.15. Tempat Perindukan potensial vektor.....	67
17. Tabel 4.16. Pengamatan nyamuk dewasa.....	68
18. Tabel 4.17. Pengawasan program pemberantasan malaria	69
19. Tabel 4.18. Cakupan penemuan penderita malaria.....	71
20. Tabel 4.19. Jumlah penemuan dan pengobatan penderita.....	73

DAFTAR GRAFIK

Grafik 4.1. Distribusi malaria menurut jenis parasit.....	55
Grafik 4.2. Parameter situasi malaria.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Susunan Organisasi pelaksana Pemberantasan Malaria.....	59
Gambar 4.2 Analisis dengan menggunakan Matriks SWOT.....	95

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner

Lampiran 2. Grafik mingguan kasus malaria tahun 2001-2002 di Pusk. Kemranjen I

Lampiran 3. Flow Chart (Bagan Alur) Interpretasi dan Tindak Lanjut SKD Malaria

Lampiran 4. Pengambilan Keputusan Pengendalian Malaria di Puskesmas

Lampiran 5. Form Sistem Kewaspadaan Dini (form SKD)

Lampiran 6. Check-list proses pelaksanaan program malaria

**Master's Degree of Public Health Program
Concentration of Administration and Health Policy
Diponegoro University
2002**

ABSTRACT

Sukoco

Analysis of the Implementation of Malaria Eradication Management and the Coverage of Program at Kemranjen Sub District, Banyumas District, 2002

xiv + 97 pages + 20 tables + 6 enclosures

Nowadays, Malaria is one of the community health problems at Banyumas district. Based on the report of the Banyumas District Social Welfare and Health Office in 2001, it showed that malaria cases were going up sharply (5.409 clinical malaria sufferers and 1.127 malaria positive sufferers, SPR = 20,84 %) with the number of the death was three persons. Kemranjen sub district at Banyumas district was the highest of the occurrence of malaria. It was 653 cases. The first operational policy of malaria eradication was giving of radical treatment with SP / Fansidar. Malaria cases went down in the early months. Then, malaria cases went up and spread to other sub districts. Therefore, it needs to analyze further more about management of malaria eradication based on the following management processes ; planning, implementation, controlling, and establishment.

The aim of this research is to describe the implementation of malaria eradication management at Kemranjen I Health Center and to describe the effects to the coverage of the implementation program (*output*) of malaria eradication.

This is qualitative research using case study method. The number of samples were 12 persons that were taken purposively. The subjects of this research were the Head of the Health Center, the Head Coordinator of Malaria Department, the Head of Village Malaria Officer, the Village Malaria Officer, and the Microscope Officer, and Co Assistant Entomologist. Data was collected by in-depth interview using questioners. *Content Analysis* was done to analyze the qualitative data. The steps of *Content Analysis* were : arranging, classification, reducing data, and taking a conclusion.

The implementation of malaria eradication management as in the following actions : First, the planning has not been used for taking decision in the implementation of malaria eradication. Second, the implementation of malaria eradication has not referred to the operational policy of malaria eradication in Pelita VI that concern to the Global Strategy of Malaria Eradication based on the agreement of the Health Ministries from the countries of WHO member in 1992 about Malaria Surveillance Program. The number of field officers are not enough, and they have double tasks. While field officers do the program of malaria eradication, they have not been supported by the knowledge and the understanding of main task. Controlling to support achievement of program has

been done. Coverage of the implementation program of malaria eradication has not agreed with the target, and it has not achieved the target based on infected areas (< 30 % from the total number of citizens at their areas).

The implementation of malaria eradication management quantitatively needs to watch the invention target of sufferer based on the target at each village. This is to detect the spreading of malaria to other areas and the epidemic. Therefore, it needs to increase the quality and the number of field officers. Finally, they can understand the application of malaria surveillance program and main task for each field officer, and the application of decentralization at Health Center level and District level, primarily in taking a decision for intervention of malaria based on flow chart, SKD form.

Key words : The implementation of Malaria Eradication Management, and The Coverage of Program

Bibliography : 32 (1990 – 2001)

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2002**

ABSTRAK

Sukoco

Analisis Pelaksanaan Manajemen Pemberantasan Malaria dan Cakupan Program di Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas Tahun 2002

xiv + 97 hal + 20 tabel + 6 lampiran

Penyakit malaria akhir-akhir ini menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Banyumas. Hasil laporan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas tahun 2001 menunjukkan bahwa penyakit malaria mengalami peningkatan yang cukup tajam yaitu 5.409 penderita malaria klinis dan sebanyak 1.127 positif malaria (SPR = 20,84 %), dengan kematian sebanyak 3 orang. Kejadian malaria tertinggi berada di wilayah Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas yaitu sebanyak 653 kasus. Awal kebijaksanaan operasional pemberantasan malaria yang dilakukan untuk menekan perkembangan penyakit malaria adalah dengan pemberian pengobatan radikal dengan Sulfadoksin Pirimetamin / fansidar. Kasus malaria pada bulan-bulan pertama mengalami penurunan, namun selanjutnya berfluktuasi, bahkan cenderung telah menyebar ke wilayah kecamatan lain. Untuk itu perlu dilakukan analisis lebih lanjut mengenai manajemen pemberantasan malaria yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pembinaan.

Penelitian ini bertujuan untuk mendiskripsikan pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I dan dampaknya terhadap cakupan program (*out-put*) pelaksanaan pemberantasan malaria.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode studi kasus. Sampel / Subyek penelitian yang diambil berdasarkan Purposive sebanyak 12 orang yaitu Kepala Puskesmas, Kepala Koordinator Urusan Malaria, Kepala Juru Malaria Desa, Juru Malaria Desa, mikroskopis dan co.ass entomologis. Pengambilan data dengan cara wawancara mendalam menggunakan kuesioner terstruktur. Analisa data kualitatif dilakukan dengan cara ' content analisis ' yaitu menyusun, mengklasifikasi, mereduksi data dan penarikan kesimpulan.

Pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria yang meliputi ; pertama, perencanaan belum dimanfaatkan untuk proses tindak lanjut pengambilan keputusan dalam pelaksanaan pemberantasan malaria. Kedua, pelaksanaan pemberantasan malaria belum mengacu pada kebijaksanaan operasional pemberantasan malaria Pelita VI yang menyangkut Startegi Global Pemberantasan Malaria hasil kesepakatan Menteri Kesehatan negara-negara anggota WHO tahun 1992 tentang Program Surveilans Malaria. Kebutuhan tenaga lapangan masih belum memadai dan adanya tugas rangkap. Petugas lapangan

dalam melaksanakan program pemberantasan malaria belum didukung dengan pengetahuan dan pemahaman tugas pokok yang baik. Pengawasan sudah dilakukan untuk pencapaian program, akan tetapi cakupan program pelaksanaan pemberantasan malaria belum sesuai dengan sasaran yang diharapkan dan belum tercapai sesuai kondisi kriteria desa yang terjangkau yaitu masih < 30 % dari jumlah penduduk di wilayahnya.

Pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria secara kuantitas perlu memperhatikan target penemuan penderita sesuai target yang ditetapkan di tiap-tiap desa. Hal ini untuk lebih dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya penyebaran penyakit malaria ke daerah lain dan Kejadian Luar Biasa. Oleh karena itu perlu ditingkatkan lagi kualitas dan jumlah petugas lapangan, sehingga dapat lebih memahami penerapan program surveilans malaria dan tugas pokok masing-masing petugas lapangan dan penerapan desentralisasi di tingkat puskesmas dan juga Kabupaten, terutama desentralisasi dalam pengambilan keputusan untuk penanggulangan malaria sesuai dengan bagan alur, form SKD.

Kata kunci : Pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria, cakupan program
Kepustakaan ; 32 (1990 – 2001)

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Penyakit malaria merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia, khususnya di luar Jawa – Bali. Akibat dari perpindahan penduduk dan arus transportasi yang cepat, penderita malaria bisa dijumpai di daerah yang tidak ada penularan. Seperti di Jakarta dan daerah lain, walaupun tidak ada penularan malaria, tidak jarang ditemukan penderita malaria dan bahkan sampai ada penderita yang meninggal dunia karena tidak pasti diagnosanya dan terlambat atau salah pengobatannya (Harijanto, N., 2000)

Penyakit malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *plasmodium* yang dibawa vektor malaria yaitu nyamuk *Anopheles* betina. Penyakit malaria ini bisa mempunyai dampak terhadap produktivitas kerja, angka kesakitan dan kematian. (Harijanto, N., 2000).

Di Indonesia penyakit malaria saat ini diperkirakan 10 juta penduduk tinggal di daerah risiko tertular malaria dengan angka kesakitan antara 0 – 1 per 1000 penduduk berada di Jawa dan Bali dan lebih dari 10 kali lipat untuk di luar pulau Jawa – Bali. Pada tahun 1998 di Jawa Tengah penularan malaria terjadi di 11 Kabupaten atau 31 % dari keseluruhan Kabupaten di Jawa Tengah yang meliputi 42 Kecamatan (7,9 %) dari seluruh Kecamatan yang ada. Dalam kurun tiga tahun terakhir angka kesakitan malaria di Jawa Tengah cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 1996 *Annual Parasite Incidence* (API) sebesar 0,25 per 1000 penduduk, tahun 1997 sebesar 0,33 per 1000 penduduk dan tahun 1998 sebesar 0,64 per 1000 penduduk. Pada tahun 1998 terjadi peningkatan kembali penyakit malaria (*roll back*

malaria) di beberapa daerah lebih dari 10 tahun terakhir sudah dinyatakan bebas seperti di Kabupaten Cilacap dan Pematang (Batu Kumpul) (Kanwil Depkes RI, 2000).

Situasi malaria di Kabupaten Banyumas berdasarkan pengamatan 5 tahun terakhir (tahun 1997 – 2001) cenderung meningkat. Tahun 1997 terjadi 4 kasus malaria positif, tahun 1998 terjadi 3 kasus malaria positif, tahun 1999 meningkat menjadi 33 kasus, tahun 2000 terjadi 28 kasus malaria positif, dan tahun 2001 terjadi peningkatan yang cukup tajam yaitu sebanyak 5.409 penderita malaria klinis dan sebanyak 1.127 positif malaria atau *Slide Parasite Rate* (SPR = 20,84 %), dan yang meninggal 13 orang. (DKKS Kab. Banyumas, 2001).

Kasus malaria ini tersebar di 4 Kecamatan yaitu ; kecamatan Kemranjen sebanyak 653 kasus, kecamatan Sumpiuh = 221 kasus, kecamatan Tambak = 146 kasus, kecamatan Somagede = 107 kasus. Dan pada akhir tahun 2001 kasus malaria telah menyebar ke wilayah kecamatan lain yaitu Kecamatan Kebasen, Banyumas, Rawalo, Patikraja. Salah satu penyebab terjadinya kasus malaria berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi adalah adanya migrasi penduduk dari luar Jawa (*eksodan*) ke Kabupaten Banyumas. (DKKS Kab. Banyumas, 2001)

Kecamatan Kemranjen merupakan daerah dengan endemisitas tertinggi diantara ke empat kecamatan yang terjangkau. Dan kasus pertama terjadi di desa Petarangan Kecamatan Kemranjen pada bulan Juli tahun 2001. Insidens penyakit malaria sampai akhir tahun 2001 dengan *Annual Parasite Rate* (API) sebesar 16,3 per 1000 penduduk dan termasuk wilayah HCI (*High Case Incidence*). Sedangkan *attack rate* (AR) = 43, 27, hal ini menunjukkan bahwa transmisi malaria cukup

tinggi. Adapun sampai awal tahun 2002 angka *Slide Parasite Rate* (SPR) sebesar 19,3 %.

Berbagai upaya penanggulangan telah dicoba dilakukan untuk menekan laju perkembangan kasus malaria tersebut. Kebijakan operasional pelaksanaan pemberantasan malaria yang diambil oleh Kabupaten untuk menanggulangi penyakit malaria yaitu memerintahkan kepada puskesmas dengan pemberian pengobatan radikal dengan Sulfadoksin Pirimetamin (SP / Fansidar). Hasil penanggulangan pada bulan-bulan berikutnya terlihat kasus menurun cukup tajam. Namun kasus malaria ini masih mengalami fluktuasi dan peningkatan kasus terjadi lagi mulai bulan Desember 2001 sebanyak 144 penderita. Kondisi ini dinyatakan sebagai Kejadian Luar Biasa akibat timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan / kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu dan daerah tertentu (Kep. Dirjen. PPM & PLP, 1991).

Kejadian malaria berdasarkan grafik mingguan kasus malaria di Kecamatan Kemranjen mengalami puncaknya mulai bulan Juli sampai Agustus 2001 sebanyak 386 penderita yang sebelumnya hampir 20 tahun belum pernah ditemukan penderita malaria. Grafik mingguan kasus malaria di kecamatan Kemranjen terlampir.

Kebijakan operasional pemberantasan malaria dalam Pelita VI mengacu pada Strategi Global Pemberantasan Malaria yang merupakan kesepakatan Menteri Kesehatan negara-negara anggota WHO dalam pertemuan di Amsterdam tahun 1992 yang mempunyai 4 unsur teknis dasar sebagai berikut : (Depkes, 1995)

- diagnosa dan pengobatan dini
- pemberantasan vektor secara selektif dan berkesinambungan
- mencegah dan menanggulangi wabah secara dini

- menilai secara berkala situasi malaria khususnya dari aspek ekologis dan sosial ekonomi

Mulai Pelita VI juga diterapkan Program Surveilans Malaria atau *Malaria Surveillance Program* (MSP). PSM ini telah dilaksanakan di Jawa Tengah tahun 1991 / 1992 yang tujuan pokoknya antara lain untuk menghentikan penyemprotan rumah secara rutin dan diganti dengan penyemprotan secara selektif berdasarkan indikator-indikator surveilans baik parasit maupun vektor. (Depkes, 1995)

Program Surveilans Malaria atau *Malaria Surveillance Program* (MSP) merupakan strategi baru dengan prinsip utama mengarahkan ketepatan pengambilan keputusan setempat berdasarkan data yang akurat, dan perlu didukung oleh sejumlah sumber daya manusia yang memadai. Diantara beberapa hal penting yang ingin direalisasikan pada Program Surveilans Malaria ini adalah intensifikasi kegiatan surveilans melalui peningkatan pemantauan parasit dan entomologi serta penerapan Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) untuk membantu desentralisasi pengambilan keputusan terutama di Puskesmas. (Depkes, 1995)

Berdasarkan pengamatan awal data surveilans di Kabupaten, puskesmas Kemranjen I merupakan puskesmas yang setiap bulan membuat dan mengirimkan laporan bulanan surveilans ke Kabupaten.

Adapun pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen diperoleh gambaran sebagai berikut : pertama, dalam perencanaan kebutuhan tenaga lapangan, obat-obatan, peralatan / sarana yang diperlukan, puskesmas ikut terlibat. Namun perlu informasi lebih rinci lagi mengenai tingkat pemenuhan kebutuhan yang diperlukan.

Kedua, dalam pelaksanaan kegiatan penemuan penderita terbatas kepada penderita yang hanya berkunjung ke puskesmas. Dan Juru Malaria Desa (JMD) baru dilatih pada bulan Nopember 2001 sebanyak 36 orang.

Ketiga, pengawasan dan pembinaan dari Kepala Puskesmas terhadap petugas lapangan sangat terbatas

Kondisi ini mendapat perhatian langsung dari berbagai pihak baik pemerintah pusat, propinsi maupun swasta untuk membantu kebijaksanaan operasional pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I.

Pihak Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas memerintahkan ke tiap wilayah puskesmas untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap penyakit malaria. Bentuk kegiatan untuk penanggulangan malaria yang dilaksanakan adalah pihak propinsi memberikan bimbingan penanggulangan malaria ke Kabupaten dengan mengadakan pertemuan koordinasi di Kabupaten dan Kecamatan.

Pertemuan koordinasi untuk penanggulangan malaria tingkat kecamatan dilaksanakan di Kecamatan Kemranjen pada tanggal 5 Agustus 2001. Pertemuan koordinasi untuk penanggulangan malaria di Kabupaten pada tanggal 9 Desember 2001, 8 Januari, 4 dan 22 Agustus 2002., ditindaklanjuti dengan mengadakan pelatihan petugas Juru Malaria Desa (JMD) di desa Karanggintung kecamatan Kemranjen pada tanggal 22 Nopember 2001 , serta pembentukan posko kesehatan pada tanggal 10 Juni 2002 di tiap kecamatan terjangkau.

Untuk peningkatan ketrampilan petugas Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas menyelenggarakan kegiatan berupa pelatihan kepada

dokter Puskesmas, pemegang program malaria, petugas mikroskopis puskesmas, bidan desa, perawat puskesmas dan Juru Malaria Desa (JMD).

Kondisi ini yang menjadi perhatian peneliti untuk meneliti lebih lanjut pelaksanaan manajemen malaria di puskesmas Kemranjen I Kabupaten Banyumas.

2. Rumusan Permasalahan

Rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana pelaksanaan manajemen pemberantasan penyakit malaria di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas dan dampaknya terhadap tercapainya cakupan program (*out-put*) pelaksanaan pemberantasan malaria ?

3. Tujuan

3.1. Umum :

Mendiskripsikan pelaksanaan manajemen pemberantasan penyakit malaria di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas dan dampaknya terhadap cakupan program (*out put*) pelaksanaan pemberantasan malaria.

3.2. Khusus :

- a. Mengetahui pelaksanaan manajemen pemberantasan penyakit malaria berdasarkan pedoman Program Surveilans Malaria (MSP) di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas
- b. Mengetahui dampak pelaksanaan pemberantasan penyakit malaria terhadap pencapaian cakupan program pemberantasan malaria

- d. Mengetahui dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan pemberantasan penyakit malaria di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas

4. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman

- b. Bagi Pengelola Program

Sebagai masukan dalam manajemen pemberantasan penyakit malaria bagi pengelola program

- c. Bagi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial

Hasil penelitian dapat dijadikan pertimbangan untuk menyusun strategi pemberantasan penyakit malaria

5. Ruang Lingkup Penelitian

- a. Lingkup keilmuan

Ruang lingkup keilmuan adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

- b. Lingkup Lokasi

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen Kabupaten Banyumas

- c. Lingkup Materi

Materi penelitian adalah pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria

d. **Lingkup Sasaran**

Sasaran penelitian adalah fungsi-fungsi manajemen pemberantasan penyakit malaria

e. **Lingkup Waktu**

Penelitian dilakukan pada bulan Januari sampai dengan selesai

6. Keaslian Penelitian

1. **Hadi Pratjojo, 2001**, Analisis faktor internal dan eksternal sebagai dasar penyusunan rencana strategis Gebrak Malaria di Kampung Laut Kabupaten Cilacap. Perbedaannya penelitian tersebut untuk menyusun rencana strategis Gebrak Malaria di Kabupaten Cilacap dilihat dari faktor internal dan eksternal. Sedangkan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi mendalam tentang pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria dan pencapaian cakupan program pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria
2. **Ngestiono, 1999**, Evaluasi Proses Pelaksanaan Program Malaria di Puskesmas Endemis di Purworejo. Perbedaannya penelitian ini untuk evaluasi proses pelaksanaan program malaria. Dan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi mendalam tentang pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria dan pencapaian cakupan program pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria
3. **Goenawan Waluyo, 1997**, Peningkatan Pengaruh Supervisi dan Prosedur Kerja Program Malaria pada Puskesmas HCI di Jepara. Penelitian tersebut menitik beratkan pada pengaruh supervisi dan prosedur kerja. Dan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi mendalam tentang pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria dan pencapaian cakupan program pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Tinjauan Manajemen

Pengertian manajemen secara umum sudah banyak diungkapkan oleh para ahli, yang intinya mempunyai pengertian yang relatif sama. Manajemen diartikan sebagai suatu alat untuk mencapai tujuan, melalui orang-orang dengan teknik-teknik tertentu dan dalam suatu organisasi. (Silalahi, 1992)

Pengertian manajemen menurut beberapa ahli diantaranya :

a. Dwight Waldo

Manajemen adalah kegiatan kerja sama secara rasional yang tercermin pada pengelompokan kegiatan menurut fungsi yang dilakukan (Azwar,1996)

b. Sondang P. Siagian

Manajemen adalah komponen atau ketrampilan untuk memperoleh suatu hasil dalam rangka pencapaian tujuan melalui kegiatan orang lain

c. John D. Millet

Manajemen adalah proses memimpin dan melancarkan pekerjaan dari orang-orang yang terorganisasi secara formal sebagai kelompok untuk memperoleh tujuan yang diinginkan (Sarwoto, 1991)

d. Gde Muninjaya

Manajemen adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. (Gde Muninjaya, 1999)

Uraian pengertian manajemen di atas mengandung beberapa aspek dan karakteristik yaitu : (Moekijat, 1990)

- a. Manajemen sebagai suatu proses, yaitu rangkaian tahapan kegiatan untuk mencapai sesuatu tujuan tertentu dengan mendayagunakan sumber-sumber yang ada sepotimal mungkin.
- b. Manajemen sebagai suatu fungsi, yaitu rangkaian kegiatan atas dasar fungsi-fungsi tertentu yang saling berkaitan yang dapat dilaksanakan bersama, sendiri-sendiri, atau saling mendahului tanpa mengganggu selesainya kegiatan fungsi lainnya untuk mencapai tujuan organisasi
- c. Manajemen sebagai kolektivitas orang-orang, yaitu pejabat yang bertanggung jawab terlaksananya aktivitas manajemen dalam pencapaian tujuan sesuai dengan bidang atau unit yang dipimpinya. Jadi menunjukkan jabatan kepemimpinan dalam organisasi, seperti manajer, supervisor atau apa yang sering disebut manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen bawah
- d. Manajemen sebagai suatu sistem, yaitu merupakan suatu kerangka kerja yang terdiri dari berbagai bidang atau unit komponen yang satu sama lain saling berkaitan, bergantung dan terorganisasikan dalam satu kesatuan untuk mencapai tujuan.
- e. Manajemen sebagai suatu ilmu, yaitu merupakan suatu kerangka interdisipliner dalam hal mana, konsep-konsep, teori-teori, metode-metode, analisa sisinya menggunakan bantuan dari berbagai ilmu sosial, seperti ; ekonomi, sosial, matematika dan statistik. Sebagai ilmu manajemen juga merupakan disiplin akademik

- f. Manajemen sebagai seni, yaitu merupakan ketrampilan dalam mendayagunakan sarana dan prasarana dan menggerakkan, mengarahkan orang-orang dalam kegiatan manajerial
- g. Manajemen sebagai suatu profesi yaitu merupakan bidang pekerjaan yang *esoterik* atas dasar spesialisasi, keahlian tertentu, seperti halnya dalam bidang kedokteran dan bidang hukum

2. Fungsi Manajemen

Menurut Gde Muninjaya, 1999 fungsi manajemen dirumuskan menjadi : perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pelaksanaan serta pengawasan dan pengendalian (wasdal).

a. Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen, oleh karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Fungsi perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan. Tanpa ada fungsi perencanaan tidak mungkin fungsi manajemen lainnya akan dapat dilaksanakan dengan baik. Perencanaan manajerial akan memberikan pola pandang secara menyeluruh terhadap semua pekerjaan yang akan dijalankan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan. Perencanaan merupakan tuntunan terhadap proses pencapaian tujuan secara efisien dan efektif. (Gde Muninjaya, 1999)

Perencanaan manajerial terdiri dari dua bagian utama yaitu perumusan strategi dan penerapan strategi. Pada perumusan strategi ditetapkan tujuan dan kebijaksanaan umum organisasi. Disini dibutuhkan ketrampilan manajerial yang bersifat konseptual. Untuk penerapan strategi ditentukan upaya pencapaian

tujuan. Dalam hal ini dibutuhkan ketrampilan manajerial yang bersifat teknis. Perumusan strategi biasanya dikerjakan oleh pimpinan puncak suatu organisasi sedangkan implementasinya dikerjakan sepenuhnya oleh para manajer pelaksana dikoordinir oleh manajer tingkat menengah. (Gde Muninjaya, 1999)

Batasan perencanaan dibidang kesehatan yaitu perencanaan dapat didefinisikan sebagai proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. (Gde Muninjaya, 1999)

Dari definisi di atas, perencanaan akan menjadi efektif kalau perumusan masalah dibuat berdasarkan fakta-fakta, dan bukan berdasarkan atas emosi atau angan-angan saja. Fakta-fakta diungkap dengan menggunakan data sebagai penunjang rumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan apa yang akan dikerjakan di masa yang akan datang yaitu suatu rencana yang diproyeksikan dalam suatu tindakan.

(a) Langkah-langkah Perencanaan

Sebagai suatu proses, perencanaan mempunyai beberapa langkah penting. Ada lima langkah penting yang perlu dilakukan pada setiap menjalankan fungsi perencanaan. (Gde Muninjaya, 1999)

1) Analisis situasi

Langkah ini bertujuan untuk mengumpulkan data atau fakta yang setelah diolah dan dianalisis akan menjadi informasi yang dibutuhkan untuk

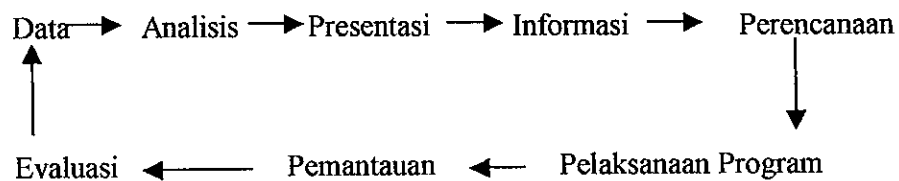
menyusun rencana sebuah program kesehatan. Jenis informasi yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan adalah :

- Penyakit dan kejadian penyakit (*diseases and illnesses*) yang berkembang disuatu wilayah kerja. Untuk Puskesmas perlu difokuskan untuk merumuskan masalah kesehatan yang potensial berkembang di wilayah kerjanya dengan melakukan analisis data penyakit yang ada di pencatatan program pengobatan.
- Data kependudukan. Yang termasuk dalam data ini adalah jumlah dan distribusi penduduk, kelompok umur, jumlah kelahiran, jumlah kematian, perpindahan penduduk, keadaan perumahan penduduk dan lingkungannya, lingkungan sekolah, tokoh-tokoh formal dan informal, jumlah dan jenis organisasi kemasyarakatan, keadaan sosial ekonomi masyarakat (jenis pekerjaan), sistem kepercayaan masyarakat. Termasuk dalam hal ini adalah persepsi masyarakat tentang penyakit.
- Jenis dan organisasi pelayanan kesehatan yang tersedia di suatu wilayah. Termasuk jumlah dan kualifikasi staf yang tersedia yang bisa diajak bekerjasama dalam mengembangkan program kesehatan masyarakat.
- Keadaan lingkungan dan aspek geografisnya. Data ini erat kaitannya dengan perkembangan jenis penyakit dan masalah gizi masyarakat.
- Sarana dan sumber daya penunjang lainnya. Analisis kemampuan daya dukung organisasi khususnya Sumber daya manusia (SDM)

yang bisa dimanfaatkan untuk pengembangan kegiatan program kesehatan yang akan direncanakan (Gde Muninjaya, 1999)

Semua data tersebut perlu diolah (dianalisis) dan disajikan bisa dalam bentuk tabel dan grafik sehingga menjadi informasi untuk dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penyusunan perencanaan. Langkah-langkah penting proses analisis data sampai menjadi informasi untuk menunjang kegiatan manajemen merupakan suatu paket sistem informasi manajemen. Proses ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar : 2.1 Proses Analisis Data dalam suatu Sistem Informasi Manajemen



Dari hasil analisis situasi kemampuan organisasi kesehatan dalam memberikan pelayanan dapat dirumuskan sebagai masalah program. Masalah program dapat dikategorikan menjadi beberapa masalah yang bersumber pada *in-put*, *proses*, *out put* dan *outcome*.

Rumusan masalah program berbeda dengan rumusan masalah kesehatan masyarakat yang dikaji dari dampak sistem pelayanan kesehatan atau *out come*. Aktifitas manajemen program tidak akan langsung memecahkan masalah kesehatan masyarakat karena aktifitas manajemen hanya ditujukan untuk memperbaiki kualitas pelaksanaan pelayanan kesehatan (seperti peningkatan efisiensi, efektifitas dan

rasionalitas kegiatan program) yang ditujukan untuk mencapai target menurunkan angka kejadian penyakit atau masalah kesehatan masyarakat

2) Mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah

Terbatasnya sumber daya dan kemampuan organisasi, serta kompleksnya permasalahan yang dihadapi, mengharuskan para manajer untuk menetapkan prioritas masalah yang perlu dipecahkan.

Berbagai jenis masalah yang dihadapi perlu dirumuskan dengan jelas dan dikelompokkan ke dalam tiga kategori masalah yaitu masalah tentang penyakit, masalah manajemen pelayanan kesehatan (masalah program) dan masalah tentang perilaku, sikap dan pengetahuan masyarakat tentang kegiatan pelayanan kesehatan.

Enam langkah (pertanyaan) penting untuk identifikasi masalah kesehatan di masyarakat yaitu :

- Apa masalah kesehatan yang sedang dihadapi (*what kind of health problems*)
- Apa faktor-faktor penyebabnya (*what the problem exist*)
- Kapan masalah tersebut timbul (*when the problem is happen*)
- Siapa / kelompok masyarakat yang mana yang paling banyak menderita, dimana kejadiannya yang terbanyak (*who is most affected by the problem and where*)
- Apa kemungkinan dampak (akibat) yang muncul apabila masalah kesehatan tersebut tidak terpecahkan (*what kinds of impact will be happen*)

- Apa upaya program untuk mengatasi masalah tersebut (*what is the plan of action should be done*)

Setelah masalah kesehatan dipilih prioritasnya, selanjutnya perlu ditetapkan tujuan program untuk memecahkannya. Kejelasan rumusan tujuan juga akan tercermin dari kejelasan rumusan masalahnya. Dalam situasi nyata, petugas kesehatan akan menghadapi berbagai macam masalah. Atas dasar itu, mereka tidak mungkin memecahkan semua masalah yang sedang dihadapi karena terbatasnya sumber daya (waktu, SDM, dana, peralatan, teknologi) yang tersedia. Oleh karena itu semua permasalahan yang dihadapi perlu dikaji dan dipilih yang terpenting untuk menjadi prioritas.

Menurut Gde Muninjaya, 1999, ada beberapa pertanyaan yang dapat diajukan untuk menentukan kriteria penetapan prioritas masalah kesehatan yaitu :

- Apakah masalah tersebut menimpa sebagian besar penduduk ?
- Apakah masalah tersebut potensial sebagai penyebab tingginya kematian bayi ?
- Apakah masalah tersebut mempengaruhi kesehatan dan kematian anak balita ?
- Apakah masalah tersebut mengganggu kondisi kesehatan dan mengakibatkan kematian ibu hamil ?
- Apakah masalah kesehatan tersebut bersifat kronis, menimbulkan kecatatan dan mengganggu produktifitas kerja masyarakat di suatu wilayah ?

- Apakah masalah tersebut menyebabkan kepanikan masyarakat secara luas ?

Untuk menetapkan prioritas suatu masalah kesehatan, para tim perencana sebaiknya duduk bersama. Anggota tim perencana harus terdiri dari staf yang mengetahui dengan jelas perkembangan semua masalah tersebut di lapangan dan juga mempunyai data penunjangnya. Keenam kriteria tersebut di atas kemudian diberikan skor (1 – 10 atau 1 – 5). Tingginya rendahnya skor yang diberikan tergantung dari tinggi-rendahnya kejadian tersebut di masyarakat, kemudahan masalah tersebut untuk ditanggulangi. Semakin tinggi skornya, semakin penting masalah tersebut untuk dipecahkan. Masalah yang mendapat skor tertinggi dipilih untuk mendapat prioritas utama untuk ditanggulangi.

Untuk dapat memecahkan masalah tersebut, rencana kerja operasional (RKO) terpadu perlu disusun oleh tim perencana sesuai dengan potensi sumber daya yang ada di wilayah kerjanya masing-masing dan kebijakan Departemen Kesehatan.

Oleh karena itu, perlu dipertimbangkan kriteria kedua yaitu untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan yang akan ditanggulangi. Kriterianya lebih bersifat fisibilitas (potensi dan kendala) dalam pelaksanaannya di lapangan dan sesuai tidaknya dengan kebijakan nasional. (Gde Muninjaya, 1999)

- Apakah daerah itu mudah dicapai ?
- Bagaimana partisipasi masyarakat setempat ?

- Berapa cakupan kegiatan program yang telah mampu dicapai selama ini ?
- Apakah masalah kesehatan tersebut adalah salah satu prioritas program kesehatan yang berskala nasional atau regional ?
- Apakah masalah tersebut dapat dipecahkan dengan menggunakan potensi yang ada dimasyarakat dan yang dapat disediakan oleh organisasi kesehatan setempat (dana, SDM, teknologi, dan prasarana lain yang diperlukan)

Setiap kriteria tersebut diatas juga perlu diberikan skor 1 – 5 atau 1 – 10. Jika semakin mudah (fisibel) masalah tersebut diintervensi, dan semakin relevan dengan kebijakan nasional, semakin tinggi skornya diberikan pada masalah kesehatan tersebut. Ini berarti semakin tinggi prioritasnya untuk dipecahkan.

Kriteria pertama menggunakan pendekatan kebutuhan masyarakat (aspek epidemiologis) dan kriteria kedua menggunakan pendekatan fisibilitas. Untuk kejadian luar biasa, apalagi menimbulkan kepanikan masyarakat, konsep kriteria pertama yang lebih diutamakan untuk menetapkan prioritas masalah yang akan diintervensi.

3) Merumuskan tujuan program dan besarnya target yang ingin dicapai

Perumusan tujuan ini akan dapat dilakukan apabila rumusan masalah pada langkah 2 sudah dilakukan dengan baik. Setelah prioritas masalah kesehatan ditetapkan, selanjutnya tugas manajer menetapkan tujuan pemecahannya yang akan dijadikan dasar penyusunan tujuan rencana

program. Sebelum menyusun rencana kerja operasional, ada beberapa pertanyaan yang perlu dijawab :

- Berapa besar sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (potensi organisasi)
- Sejauh mana masalah yang telah diprioritaskan akan dipecahkan (target program)
- Kapan target program tersebut akan dicapai (target waktu)

Merumuskan tujuan program operasional berdasarkan jawaban atas ketiga pertanyaan tersebut akan bermanfaat untuk :

- Menetapkan langkah-langkah kegiatan program untuk mencapai tujuan tersebut.
- Memudahkan untuk evaluasi hasil yang dicapai

Kriteria penentuan sebuah tujuan dapat dilakukan sebagai berikut : Tujuan harus *SMART* yaitu *specific* (mempunyai interpretasinya sama), *measurable* (dapat diukur kemajuannya), *appropriate* (sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan tujuan institusi dsb), *realistic* (dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dana kapasitas organisasi), *time bound* (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan ini sesuai dengan target waktu).

- 4) Mengkaji kemungkinan adanya hambatan dan kendala dalam pelaksanaan program

Kajian terhadap hambatan ditujukan yang bersumber di dalam organisasi dan yang bersumber dari lingkungan masyarakat dan sektor

lain. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mewaspadai terjadinya hambatan serupa seperti yang pernah dialami sebelumnya, serta membahas (memprediksi) kendala dan hambatan yang mungkin akan dihadapi pada saat pelaksanaan program dilapangan.

Jenis hambatan atau kelaamatan program dapat dikategorikan ke dalam bentuk hambatan seperti :

(1) Hambatan pada sumber daya

Misalnya staf pelaksana mempunyai motivasi rendah, pengetahuan dan ketrampilan kurang, tingkat partisipasi masyarakat juga rendah. Peralatan belum tersedia atau harganya cukup mahal. Informasi juga dapat menjadi hambatan program karena datanya yang tersedia kurang dapat dipercaya, kurang akurat, pemanfaatan data jarang dilakukan untuk perencanaan kegiatan program sehingga staf terperangkap pada rutinisme, dan laporannya belum dibuat. Dananya kurang dan sering datang terlambat. Waktu yang dimiliki oleh staf tidak cukup untuk menyusun rencana atau untuk mengadakan supervisi. Semua jenis hambatan ini sebenarnya sudah dapat dirumuskan ppada saat melakukan analisis situasi (sistem) yang lebih difokuskan pada sumber daya dan proses (*input dan proses*).

(2) Hambatan yang terjadi pada lingkungan

Misalnya, hambatan geografis (jalan rusak), iklim atau musim yang kurang menguntungkan, masalah tingkat pendidikan yang rendah, sikap daan budaya masyarakat yang tidak kondusif (

tabu, salah persepsi, mitos dsb). Semua kendala dan hambatan yang bersumber pada lingkungan sebaiknya dianalisis pengaruhnya pada perilaku sehat-sakit masyarakat. Perilaku masyarakat yang kurang partisipatif merupakan kendala utama pelaksanaan program.

5) Menyusun rencana kerja operasional (RKO)

Langkah dalam proses perencanaan yang terakhir adalah menetapkan alternatif kegiatan dan sumber daya pendukungnya. Langkah ini dilakukan mendahului proses penyusunan rencana kerja operasional (RKO). Sebuah RKO yang baik perlu dilengkapi dengan berbagai informasi sebagai berikut :

- Mengapa kegiatan ini penting dilaksanakan ? (*why*)
- Apa yang akan dicapai ? (*what*)
- Bagaimana cara mengerjakannya ? (*how*)
- Siapa yang akan mengerjakan dan siapa sasaran kegiatannya ? (*who*)
- Sumber daya pendukung (*what support*)
- Di mana kegiatan akan dilaksanakan ? (*where*)
- Kapan kegiatan ini akan dikerjakan ? (*when*)
- Untuk keperluan pengawasan dan pengendalian

(b) Manfaat sebuah perencanaan

Melalui perencanaan program akan dapat diketahui :

- 1) Tujuan dan cara mencapainya
- 2) Jenis / struktur organisasi yang dibutuhkan
- 3) Jenis dan jumlah staf yang diinginkan, dan uraian tugasnya
- 4) Sejauh mana efektifitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan

5) Bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan

b. Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah suatu langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, penetapan tugas-tugas dan wewenang seseorang, dan pendelegasian wewenang dalam rangka mencapai tujuan.

Pengorganisasian (Handoko, 1995a) berarti bahwa manajer mengkoordinasikan sumber daya – sumber daya manusia dan material organisasi. Kekuatan suatu organisasi terletak pada kemampuannya untuk menyusun berbagai sumber dayanya dalam mencapai suatu tujuan. Orang (sumber daya manusia) adalah sumber daya terpenting bagi setiap organisasi. Keberhasilan pengelolaan organisasi ditentukan oleh kegiatan pendayagunaan sumber daya manusia (Handoko, 1995b)

Melalui fungsi pengorganisasian akan dapat diketahui :

- 1) Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok
- 2) Hubungan organisatoris antar orang-orang di dalam organisasi tersebut melalui kegiatan yang dilakukannya.
- 3) Pendelegasian wewenang
- 4) Pemanfaatan staaf dan fasilitas fisik (Gde Muninjaya, 1999)

c. Fungsi Penggerakkan dan Pelaksanaan (Gde Muninjaya, 1999)

Fungsi manajemen ini merupakan fungsi penggerak semua kegiatan yang telah dituangkan dalam fungsi pengorganisasian untuk mencapai tujuan organisasi yang telah dirumuskan pada fungsi perencanaan. Oleh karena itu

fungsi manajemen ini lebih menekankan tentang bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya (sumber daya manusia, sarana – prasarana, dana dan sebagainya) untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Dalam menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam suatu organisasi peranan pimpinan, motivasi staf, kerjasama dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu diperhatikan oleh seorang manajer.

d. Fungsi Pengawasan dan Pengendalian (Gde Muninjaya, 1999)

Fungsi pengawasan dan pengendalian merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen. Fungsi ini mempunyai kaitan yang erat dengan ketiga fungsi manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan (target, prosedur kerja dsb) selalu harus dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan diupayakan agar penyimpangannya dapat dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi. Kegiatan fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar efisiensi penggunaan sumber daya dapat lebih berkembang, dan efektifitas tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih terjamin.

1) Proses Pengawasan

Ada tiga langkah penting untuk melakukan pengawasan manajerial :

- a. Mengukur hasil / prestasi yang telah dicapai
- b. Membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya
- c. Memperbaiki penyimpangan yang dijumpai berdasarkan faktor-faktor penyebab terjadinya penyimpangan

2) Objek Pengawasan

Ada 5 jenis obyek pengawasan :

- a. Objek tentang kuantitas dan kualitas barang atau jasa. Misalnya ;
cakupan program
- b. Keuangan tentang penggunaan dan pemasukan
- c. Pelaksanaan program di lapangan
- d. Hal-hal yang sifatnya strategis
- e. Pelaksanaan kerjasama dengan pihak kecamatan, Peraturan Daerah
tentang penggunaan anggaran

3) Cara mendapatkan Data untuk melakukan Pengawasan

Dapat diperoleh dengan cara ; pengamatan langsung, laporan lisan dan laporan tertulis

4) Evaluasi

Ada beberapa jenis evaluasi yaitu evaluasi terhadap *in-put* biasanya dilaksanakan sebelum kegiatan program dimulai untuk mengetahui apakah pemilihan sumber daya sudah sesuai dengan kebutuhan. Kegiatan evaluasi ini juga bersifat pencegahan. Evaluasi proses dilakukan pada saat kegiatan sedang berlangsung untuk mengetahui apakah metode yang dipilih sudah efektif, apakah motivasi dan komunikasi antar staf sudah berkembang dengan baik. Evaluasi terhadap *output* (*summative evaluation*) dilaksanakan setelah pekerjaan selesai untuk mengetahui apakah *output*, *efect*, atau *out come* program sudah sesuai dengan target yang ditetapkan sebelumnya.

3. Program Pemberantasan Malaria Pelita VI

Kebijaksanaan operasional pemberantasan malaria di Indonesia dalam Pelita VI mengacu pada Strategi Global Pemberantasan Malaria yang merupakan kesepakatan para Menteri Kesehatan negara-negara anggota WHO dalam pertemuannya di Amsterdam pada tahun 1992, yang mempunyai 4 unsur teknis dasar (Depkes, 1995) :

- diagnosa dan pengobatan dini
- pemberantasan vektor secara selektif dan berkesinambungan
- mencegah dan menanggulangi wabah secara dini
- menilai secara berkala situasi malaria khususnya dari aspek ekologis dan sosial ekonomi

Dalam Pelita VI ini juga diterapkan Program Surveilans Malaria atau *Malaria Surveillance Program* (MSP) di seluruh Propinsi Jawa Bali. MSP merupakan strategi atau langkah-langkah baru dalam upaya pemberantasan malaria yang tujuan umumnya adalah untuk mengoperasionalkan kebijaksanaan Departemen Kesehatan dalam mengganti penggunaan insektisida yang selama ini sebagai alat utama pemberantasan malaria, dengan suatu sistem surveilans yang lebih mantap dan luas cakupannya dan dilaksanakan oleh seluruh jaringan pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas.

Sedangkan tujuan khususnya meliputi (Depkes, 1995) :

- a. mengintensifkan kegiatan surveilans malaria melalui peningkatan pemantauan parasit dan entomologi di Puskesmas

- b. menghentikan penyemprotan secara umum / rutin pada wilayah yang luas dan menggantinya dengan penyemprotan secara selektif berdasarkan indikator-indikator surveilans
- c. mengembangkan suatu sistem kewaspadaan dini untuk pengendalian wabah
- d. mengembangkan peendalian vektor melalui larvaciding, biological control dan manajemen lingkungan
- e. mengembangkan kerjasama lintas sektoral terkait khususnya pertanian, perikanan, kehutanan dan pemerintah daerah setempat

Untuk mendukung kegiatan-kegiatan di lapangan, di tingkat puskesmas ditetapkan beberapa tenaga yang terdiri dari KUPM (Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria) yaitu petugas yang melakukan koordinasi dan supervisi terhadap bawahannya baik KJMD / JMD. Mikroskopis adalah tenaga pembantu pimpinan di bidang laboratorium, co-ass entomologis adalah tenaga pembantu pimpinan dalam bidang entomologi, KJMD (Kepala Juru Malaria Desa) adalah tenaga lapangan setingkat diatas JMD, sedangkan JMD (Juru Malaria Desa) adalah tenaga lapangan terdepan dalam pemberantasan malaria, dengan tugas-tugas pokok sebagaimana terdapat dalam Tabel sebagai berikut : (Depkes, 1995)

Tenaga	Tugas Pokok
Co-ass entomologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan pengamatan kepadatan vektor rutin pada pos tetap / rutin 2. melakukan pengamatan kepadatan vektor sewaktu pada desa / lokasi terjadinya peningkatan kasus atau dalam kegiatan MFS 3. melakukan pemetaan tempat-tempat perindukan vektor 4. membuat laporan bulanan kegiatan 5. melakukan evaluasi kegiatan pengendalian vektor 6. bersama KUPM mengusulkan tindakan pengendalian vektor
KJMD (Koordinator Juru Malaria Desa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. menyerahkan SD JMD kepada mikroskopis untuk diperiksa 2. melakukan pengobatan radikal pada penderita (positip) malaria 3. melakukan penyelidikan epidemiologi bersamaan dengan kegiatan pengobatan radikal 4. melakukan survei / pengambilan SD kontak (4 rumah / kurang lebih 20 orang) 5. memberi tahu JMD untuk pengambilan SD <i>follow-up</i> atas penderita yang ditemukan 6. mendistribusikan bahan dan alat bagi JMD dalam buku cacatannya 7. melapor kepada KUPM / Ka. Puskesmas untuk usulan resistensi obat bila banyak ditemui positip malaria tetap positip setelah minum pengobatan radikal (> 30 % <i>P. falsiparum</i>)
JMD (Juru Malaria Desa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan kunjungan rumah sesuai jadual kerja yang dibuat 2. mengambil SD terhadap setiap penderita malaria klinis 3. memberikan pengobatan klinis malaria (kepada penderita malaria klinis) 4. melakukan pengambilan SD <i>follow-up</i> pada positip malaria di wilayah kerjanya 5. mencatat penerimaan dan pengeluaran obat anti malaria yang digunakan

4. Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria

a. Perencanaan (Depkes, 1998)

Tahapan proses perencanaan pemberantasan penyakit malaria meliputi :

1). Penentuan Daerah Masalah

Untuk menentukan daerah dengan masalah malaria diperlukan kajian epidemiologi. Unit terkecil dalam melakukan kajian ini adalah desa dengan menggunakan data kasus, data vektor dan keadaan geografis

2). Penentuan Besarnya Masalah

Besarnya masalah ditentukan oleh :

- (a) Tingginya kasus
- (b) Adanya kematian karena malaria
- (c) Peluang vektor ; dari hasil pengamatan vektor ditemukan atau pernah ditemukan adanya vektor wilayah tersebut
- (d) Jenis dan luasnya tempat perindukan
- (e) Mobilitas penduduk ; terdapatnya kelompok penduduk yang menginap keluar desa atau datang dari desa lain
- (f) Dukungan masyarakat dan keresahan politik (prioritas)

3). Penentuan Kegiatan Program

Untuk melakukan pemilihan jenis kegiatan yang dipilih, data yang diperlukan adalah :

- (a) Urutan desa berdasarkan besarnya masalah malaria (API)
- (b) Data perilaku vektor (MBR baik *in door* maupun *out door*)
- (c) Bayi positif malaria
- (d) Letak geografis daerah

4). Penentuan Target Kegiatan

Setelah menentukan jenis kegiatan yang akan dilakukan selanjutnya menentukan target sasaran masing-masing kegiatan yang akan dilakukan.

Target sasaran ditentukan berdasarkan kegiatan sebagai berikut :

a). Penanganan penyakit

Penemuan dan pengobatan penderita malaria

b). Pemberantasan vektor

5). Kajian Sumber Daya

Dalam kajian kebutuhan sumber daya terdiri dari :

(a) Kebutuhan sumber daya manusia

(b) Kebutuhan bahan dan peralatan

b. Pelaksanaan (Depkes, 1998)

1). Pengamatan Penyakit

Tujuan adalah untuk :

- Menemukan penderita secara dini dan secepatnya memberikan pengobatan radikal kepada penderita deng SD (Sediaan Darah) positif
- Memantau fluktuasi malaria
- Alat bantu untuk menentukan musim penularan
- Peringatan dini terhadap KLB

Penemuan penderita dilakukan dengan cara :

- (a) ACD (*Active Case Detection*) adalah pengambilan sediaan darah (SD) tebal pada semua penderita klinis malaria yang ditemukan pada kunjungan ke rumah-rumah dan memberikan pengobatan malaria klinis kepada semua penderita malaria yang ditemukan.

- Desa HCI (High Case Incidence) 2 minggu sekali kunjungan rumah : 20 % jumlah penduduk
- Desa MCI (Midle Case Incidence) 1 minggu sekali kunjungan rumah : 10 % jumlah penduduk
- Desa LCI (Low Case Incidence) 1 minggu sekali kunjungan rumah : 5 % jumlah penduduk

Supervisi / Evaluasi dilakukan oleh Puskesmas (KUPM) bersama dengan petugas malaria Kabupaten

- (b) PCD (*Passive Case Detection*) adalah pengambilan SD tebal terhadap semua penderita klinis malaria dan penderita gagal obat yang datang ke UPK. 5 % (daerah MCI dan LCI) dan 10 % (HCI) dari penduduk cakupan Puskesmas per tahun. Apabila di wilayah tersebut tidak ada JMD maka jumlah SD yang dikumpulkan melalui kegiatan PCD tidak boleh < 5 % dari penduduk cakupan puskesmas per tahun
Supervisi / evaluasi oleh pimpinan Puskesmas, petugas malaria Kabupaten / propinsi
- (c) M.F.S (*Mass Fever Survey*) adalah pengambilan SD terhadap semua penderita demam diikuti dengan pemberian pengobatan klinis.
- (d) MDA (*Mass Drug Administration*) adalah pengobatan pada keadaan KLB malaria dengan sasaran lebih atau semua dengan 80 % jumlah penduduk di desa KLB baik yang sakit maupun yang sehat.
- (e) Surveilans Migrasi adalah pengambilan sediaan darah terhadap penduduk dengan gejala malaria klinis yang baru pulang dari daerah endemis dan bila positif diberikan pengobatan radikal secara (PCD &

ACD) dilakukan terhadap semua penduduk yang baru pulang dari daerah endemis malaria (Jawa atau Luar Jawa)

2). Pencegahan Penyakit

(a) Pengendalian secara hayati dengan ikan pemakan jentik

Kriteria desa dengan ketersediaan air sepanjang tahun. Diprioritaskan pada desa fokus malaria yang memenuhi kriteria untuk dilakukan MFS dan MHD (*Man Hour Density*) ≥ 2 atau peta lingkungan menunjukkan banyak tempat perindukan potensial vektor

(b) Larvaciding

Pemberian obat larvasida untuk genangan air. Diprioritaskan pada desa fokus malaria yang memenuhi kriteria untuk dilakukan MFS peta lingkungan menunjukkan banyak tempat perindukan potensial vektor

(c) Pemolesan Kelambu

Prioritas penanggulangan dengan kriteria sebagai berikut :

- Pelaksanaan penyemprotan kurang berhasil akibat penolakan masyarakat relatif tinggi.
- Transportasi jauh sehingga penyemprotan tidak mungkin dilakukan
- Masyarakat mau pakai kelambu

(d) Penyemprotan rumah

Desa yang memenuhi kriteria penyemprotan rumah pada *Malaria Surveilans Program* (MSP). Diprioritaskan di desa fokus tinggi.

Penyemprotan dilaksanakan bila memenuhi kriteria :

- API (*Annual Parasite Rate*) tahun lalu $> 5/1000$

- Selama 3 bulan berturut-turut tingkat kasus indigenous barunya relatif konstan atau naik sehingga secara kumulatif mencapai ≥ 14 per mil
- MHD $> 0,8$ parasit rate $> 50\%$
- Proporsi falciparum $> 60\%$
- Terdapat kasus indigenous bayi

3). Pengamatan Vektor

(a) Penentuan musim penularan dan bionomik vektor

Tujuannya untuk mengetahui aspek entomologi sebagai informasi untuk pemberantasan vektor

(b) Penentuan daerah potensial KLB

Untuk mengetahui potensi kemungkinan terjadinya KLB malaria di suatu daerah tertentu

(c) Evaluasi entomologi di daerah pemberantasan vektor

Untuk mengetahui dampak entomologi terhadap pemberantasan vektor di lokasi tertentu

(d) Pemetaan tempat perindukan vektor

Untuk mengetahui lokasi dan luas tempat perindukan malaria di daerah / desa terjangkit

c. Pengawasan (Supervisi) dan Evaluasi (Depkes, 1998)

1). Pengawasan (Supervisi)

(a) Supervisi Penemuan Penderita

- *Active Case Detection* (ACD)

Sasaran kinerja Juru Malaria Desa dan Kepala Juru Malaria Desa.

- *Passive Case Detection* (PCD)

Sasaran adalah kinerja Puskesmas / Pustu dalam penemuan dan pengobatan penderita malaria

(b) Supervisi Penyemprotan Rumah

Supervisi atau pengawasan dilakukan pada saat penyemprotan rumah sedang berlangsung. Hal-hal yang dapat dilihat pada saat melakukan supervisi secara langsung antara lain :

- Perlengkapan penyemprotan dan peralatan / bahan penyemprotan
- Cara petugas melakukan pekerjaannya
- Jumlah rumah yang dapat disemprot tiap hari oleh setiap penyemprot (*output*)

- **Evaluasi**

Evaluasi atau penilaian suatu program, termasuk program pemberantasan malaria, merupakan suatu kegiatan yang harus dilakukan secara terus menerus.

(a) Evaluasi Pencarian dan Pengobatan Penderita Malaria

Penilaian dapat dilakukan terhadap masukan (*input*), proses, keluaran (*output*), dan dampak (*outcome*)

(b) Evaluasi Penyemprotan Rumah

Evaluasi atau penilaian dapat dilakukan terhadap kualitas penyemprotan dan dampak hasil penyemprotan

5. Sejarah Pemberantasan Malaria Di Indonesia

Sejarah perkembangan malaria dilaporkan pertama kali oleh dokter-dokter militer pada permulaan abad ke-19. Laporan kemudian adalah tentang adanya

wabah malaria seperti di Cirebon pada tahun 1852 – 1854 (Oemijati, 1991). Pemberantasan terutama dilaksanakan dengan obat kina. Studi mengenai malaria yang lebih lengkap berasal dari permulaan abad ke-20, khususnya mengenai malaria pada pekerja perkebunan di Sumatera Utara. (Harijanto, N., 2000)

Sebelum tahun 1925, Jakarta dan sekitarnya, kota-kota dipantai utara Jawa serta beberapa daerah perkebunan serta persawahan di Jawa Barat merupakan daerah endemik malaria. (Harijanto, N., 2000)

Pada tahap awal (1919 – 1927) pemberantasan malaria dilaksanakan dengan perbaikan sanitasi lingkungan untuk mengurangi perindukan nyamuk anopheles yang terpenting (*spesies sanitation*) serta pengobatan dengan kina. Untuk keperluan tersebut telah dibentuk Biro Malaria Pusat yang bersama Dinas Pekerjaan Umum mengadakan pemberantasan malarai melalui pengaturan irigasi dan pengaturan saluran air (*drainase*). Penimbunan dan penyaluran genangan air dan lagun ternyata memberi hasil yang baik. Pengaturan irigasi dan pola tanam padi misalnya di lembah Cihea (Jawa Barat) ternyata juga efektif. (Harijanto, N, 2000)

Setelah perang Dunia ke II, dibuat beberapa uji coba dengan penyemprotan DDT di rumah yang hasilnya cukup memuaskan, maka tahap berikutnya (1951 – 1959) adalah pemberantasan dengan menggunakan insektisida. Pada tahun 1958 ada 18 juta penduduk yang dilindungi dengan penyemprotan rumah dengan DDT. (Depkes, 1999)

Sesuai dengan kebijakan WHO, upaya Pemberantasan ditingkatkan menjadi pembasmian malaria (1959 – 1968) yang bertujuan untuk menghentikan transmisi malaria di seluruh Indonesia pada tahun 1970. Kegiatan dimulai dengan dibentuknya organisasi vertikal khusus, yaitu KOPEM (Komando Operasi

Pembasmian Malaria). Kegiatan KOPEM dimulai di Jawa – Bali dan Lampung yang mencakup 2/3 dari penduduk Indonesia. Dengan bantuan luar negeri (USAID & WHO) operasi pembasmian (penyemprotan rumah dan pencarian serta pengobatan penderita secara aktif) berjalan lancar.

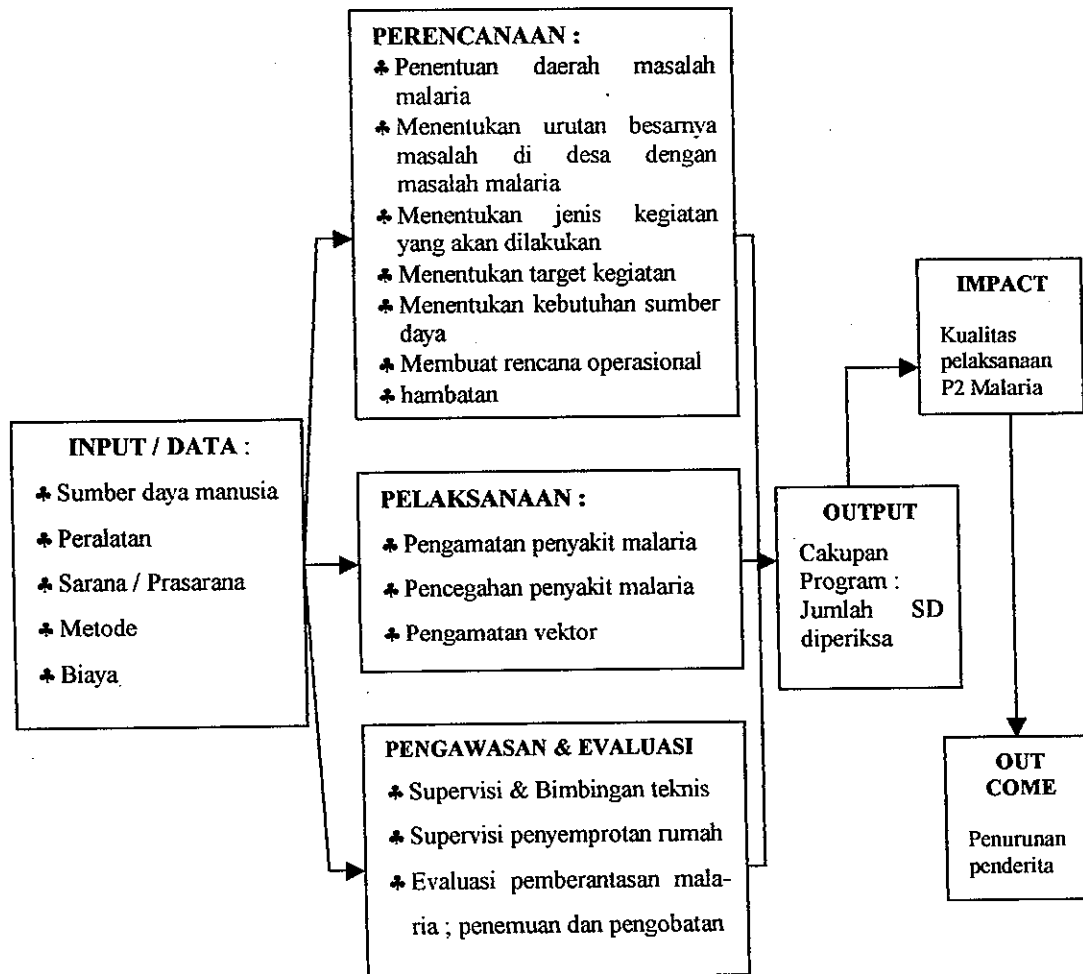
Pada puncak kegiatan KOPEM yaitu tahun 1965 seluruh penduduk Jawa, Bali dan Lampung telah terlindung dan dicapai *Slide Positivity Rate* (SPR) sebesar 0,15 %. Hasil tersebut sangat menggembirakan bila diingat bahwa dalam tahun 1956 Dr. Leimena memperkirakan di Indonesia ada 30 juta penderita malaria dan 120.000 kematian akibat malaria.

Akibat perubahan politik di Indonesia bantuan luar negeri dihentikan dan kegiatan pembasmian malaria mengalami kemunduran sejak tahun 1965. Angka SPR meningkat lagi dan pada tahun 1968 SPR menjadi 0,52 % dan strategi pembasmian ditinggalkan dan diganti strategi pemberantasan. Penyemprotan rumah dilakukan lebih selektif dan cakupan pengobatan diperluas, KOPEM direorganisasi dan diintegrasikan ke dalam struktur organisasi pelayanan kesehatan umum yang ada. Pada masa peralihan yang sulit ini situasi malaria di daerah eks KOPEM bertambah buruk dan API (*Annual Parasite Rate*) dan SPR meningkat menjadi 4,4 % dan 4,7 % pada tahun 1973.

Kegiatan pemberantasan di Jawa – Bali kemudian diarahkan untuk mempersempit penyebaran fokus malaria dan dari luar Jawa – Bali, khususnya di Indonesia Bagian Timur difokuskan pada daerah prioritas (transmigrasi dan wilayah pembangunan), sedangkan di daerah lainnya ditingkatkan fasilitas untuk pengobatan. Ketergantungan pada insektisida makin dikurangi (sejak 1992 DDT tidak boleh dipakai lagi) dan penyemprotan rumah dilaksanakan lebih selektif.

Surveilans ditingkatkan dengan mengikutkan peran serta masyarakat dan lintas sektor disertai pengobatan kasus malaria dan pemberantasan jentik dengan penanganan lingkungan.

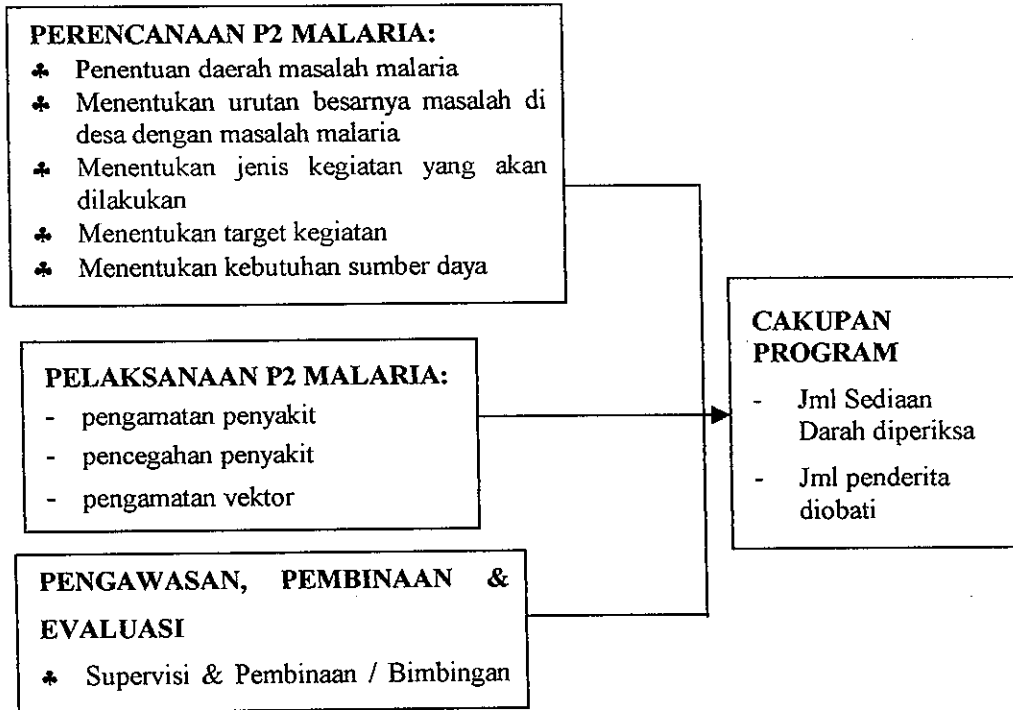
6. KERANGKA TEORI



Sumber : Gde Muninjaya, 1999 dan Depkes RI, 1998.; *Manajemen Kesehatan dan Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria*, Penerbit Buku Kedokteran EGC , Depkes RI, Jakarta

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

1. Kerangka Konsep



2. Definisi Operasional

a. **Perencanaan Program Malaria** adalah proses pemikiran oleh Kepala Puskesmas, KUPM mengenai proses perencanaan yang meliputi :

- 1) Penentuan daerah masalah malaria oleh KUPM yang didasarkan pada data kasus, data vektor, dan keadaan geografis di setiap desa wilayah kerjanya
- 2) Penentuan urutan besarnya masalah desa malaria oleh KUPM yang ditentukan dengan : tingginya kasus, adanya kematian karena malaria, mobilitas penduduk, dukungan masyarakat dan keresahan politik (prioritas)

- 3) Penentuan target kegiatan ditiap desa oleh KUPM yaitu berdasarkan pada penemuan penderita malaria positif secara ACD, PCD, MFS, survei kontak, pengobatan penderita dan pemberantasan vektor
- 4) Penentuan kebutuhan sumber daya yang disediakan ditiap desa oleh Kepala Puskesmas mengenai Kebutuhan tenaga lapangan (JMD), kebutuhan obat-obatan anti malaria dan kebutuhan alat dan bahan kimia laboratorium serta kebutuhan tenaga JMD didasarkan pada kriteria desa dengan perhitungan sebagai berikut :
 - HCI : (jumlah rumah x 2 siklus) : 40 rumah x 25 hari
 - MCI : (jumlah rumah x 1 siklus) : 40 rumah x 25 hari
 - LCI : (jumlah dukuh x 1 siklus) : 25 hari

b. Pelaksanaan program malaria adalah cara dan proses pelaksanaan kegiatan yang dilakukan dengan mengacu kepada SKD, bagan alur dan Tabel Pengambilan Keputusan sebagai berikut :

- 1) Penemuan penderita dengan pengambilan sediaan darah secara :
 - a) PCD kepada tersangka malaria klinis di (puskesmas, pustu, pos malaria) oleh mikroskopis, perawat dengan kriteria : 10 % desa HCI dan 5 % desa MCI dan LCI
 - b) ACD kepada gejala panas dengan kunjungan ke rumah-rumah oleh JMD dengan kriteria :
 - desa HCI 20 % jumlah penduduk (2 minggu sekali kunjungan rumah)
 - desa MCI 10 % jumlah penduduk 1 bulan sekali kunjungan rumah
 - desa LCI 5 % jumlah penduduk 1 bulan sekali kunjungan dukuh.

Indikator pengukuran dinilai dengan angka :

$$\text{ABER} = \frac{\text{jumlah sediaan darah diperiksa}}{\text{Jumlah penduduk yang diamati}} \times 100$$

SPR adalah persentase sediaan darah yang positif

- c) *follow up* penderita positif hasil pemeriksaan laboratorium dengan pengambilan Sediaan Darah *follow up* kepada penderita positif malaria oleh JMD
 - d) *Mass Fever Survey* yaitu pengambilan Sediaan Darah pada semua orang yang menunjukkan gejala klinis malaria di suatu desa oleh JMD dan petugas puskesmas
 - e) Surveilans Migrasi yaitu pengambilan Sediaan Darah terhadap penduduk yang baru pulang dari daerah endemis oleh JMD
- 2) Pengobatan penderita oleh JMD dan petugas puskesmas yang meliputi :
- pengobatan klinis kepada semua penderita tersangka malaria klinis
 - pengobatan radikal kepada semua penderita positif hasil pemeriksaan laboratorium
 - *Mass Drug Administration* yaitu pemberian pengobatan malaria klinis kepada semua penduduk (> 80 %)
- 3) Pencegahan penyakit dilihat ada tidaknya kegiatan pemberantasan vektor yaitu larvasidasi (*larvaciding*), pengendalian lingkungan, penyemprotan rumah (IRS = *Indoor Residual Spraying*) dan pemolesan kelambu
- 4) Pengamatan vektor yaitu kegiatan penyelidikan epidemiologi dan survei entomologi oleh petugas co.ass entomologis dengan melihat dokumen hasil kegiatan

c. Pengawasan, Pembinaan dan Evaluasi ;

- 1) Pengawasan yaitu kegiatan supervisi Dati II, Kepala Puskesmas dan KUPM terhadap tugas JMD dan mikroskopis secara periodik (minimal 1 bulan) dengan melihat dokumen dan wawancara
- 2) Pembinaan yaitu kegiatan pemberian bimbingan teknis kepada petugas JMD, KJMD dan mikroskopis dengan wawancara dan melihat dokumen hasil kegiatan
- 3) Evaluasi yaitu melihat penilaian kegiatan pelaksanaan pemberantasan malaria oleh Kepala Puskesmas dan KUPM tentang keberhasilan program pemberantasan malaria sesuai tolok ukur yang ditetapkan (angka SPR dan ABER : 30 %)

d. **Output** (**keluaran**) adalah melihat hasil laporan cakupan program pemberantasan malaria di puskesmas Kemranjen I yang meliputi jumlah SD diperiksa sesuai target (20 % desa HCI, 10 % desa MCI dan 5 % desa LCI), jumlah penderita yang diobati secara klinis dan radikal.

3. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif *phenomenology* yang bersifat deskriptif dengan metode studi kasus. Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui proses pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria (Noeng Muhadjir, 1998) dan untuk memperoleh informasi mendalam tentang pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria dan pencapaian cakupan program pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria. Unit analisis penelitian adalah perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan, pembinaan dan evaluasi pemberantasan malaria puskesmas Kemranjen I

4. Sampel / Subyek penelitian

Subyek penelitian adalah petugas atau pelaksana program pemberantasan malaria secara *Purposive sampling* (Soekidjo, 1993) yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM), Koordinator Juru Malaria Desa (KJMD), Juru Malaria Desa (JMD), mikroskopis dan co-ass. Entomologis dengan pertimbangan yang terpilih menurut peneliti terlibat langsung sebagai pelaksana lapangan dalam menangani malaria (Nasution, 2001). Sampel dan subyek penelitian sebagai berikut :

Phenomena	Sumber Data	Responden	Sampel	Metode
<ul style="list-style-type: none"> - Penentuan desa masalah malaria dan urutan besarnya masalah - Penentuan kegiatan pemberantasan - Penentuan target kegiatan - Penentuan kebutuhan tenaga 	<ul style="list-style-type: none"> - Desa terjangkit dan penderita malaria positif - Desa yang positif malaria banyak - Kegiatan yg sdh dilaksanakan - Tenaga yg tersedia 	Kepala Puskesmas dan KUPM	Kepala Puskesmas dan KUPM	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
<ul style="list-style-type: none"> - Penemuan penderita malaria klinis - Pengobatan penderita positif malaria - Pencegahan penyakit malaria - Pengamatan vektor 	<ul style="list-style-type: none"> - Gejala panas, demam menggigil - Hasil pemeriksaan laboratorium - Hasil penyemprotan, klambunisasi, larvasidasi - Hasil survei vector 	<ul style="list-style-type: none"> - JMD, mikroskopis - JMD, mikroskopis - KUPM Co.ass entomologis 	<ul style="list-style-type: none"> - Semua JMD, mikroskopis - Semua JMD, mikroskopis - KUPM 	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Wawancara mendalam Studi dokumentasi Studi dokumentasi
<ul style="list-style-type: none"> - Supervisi petugas - Bimbingan teknis - Penilaian hasil program pemberantasan malaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil penemuan penderita dan pemeriksaan laboratorium - Pencatatan dan Lap. kasus - Hasil cakupan program malaria 	<ul style="list-style-type: none"> - JMD, mikroskopis - JMD, mikroskopis 	<ul style="list-style-type: none"> - Semua JMD, mikroskopis 	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara Studi dokumentasi

5. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer berupa kata-kata hasil wawancara dan manusia sebagai instrumen penelitian yaitu peneliti

sendiri dengan menggunakan alat *check list* untuk mengamati ketersediaan kebutuhan tenaga, kebutuhan obat dan peralatan. Dan alat kuesioner terstruktur untuk pedoman wawancara dengan responden dan dokumen dan lain-lain. Data yang dikumpulkan berupa :

- a. Data primer diperoleh dengan menggunakan kuisisioner berstruktur serta melakukan wawancara mendalam dan dengan memakai daftar tilik (*checklist*).
- b. Data sekunder dengan melakukan studi dokumen / arsip laporan rutin puskesmas (laporan bulanan penderita, data berbagai jenis tenaga dan sarana kesehatan), hasil supervisi, notulen pertemuan yang berhubungan dengan upaya pemberantasan malaria yang berupa situasi malaria dan program pemberantasan malaria yang sudah dilakukan seperti ; kegiatan penemuan penderita, pengobatan, pengamatan vektor.

6. Keabsahan Data

Teknik pemeriksaan keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data. Teknik yang digunakan dengan melakukan :

- (1) membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara
- (2) *cross check* dengan sumber / orang yang berbeda
- (3) membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan atau *cross check* dengan laporan yang ada di Kabupaten. Triangulasi data dilakukan kepada pemegang program malaria di Kabupaten Banyuwangi

7. Pengolahan Dan Analisa Data

Hasil pengumpulan data yang berupa data primer dan data sekunder .

- a. Data Sekunder dalam bentuk tabel, grafik dan didiskriptifkan secara narasi.
- b. Data primer

Data primer hasil wawancara dianalisis dengan “ *content analisis* “ yaitu menyusun dan menggolongkannya dalam bentuk pola, kategori atau klasifikasi reduksi data agar dapat diinterpretasikan dan dengan penarikan kesimpulan (Kusnanto, 1999). Analisis data dengan jalan menggunakan Reduksi Data artinya data yang diperoleh direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang pokok, difokuskan pada hal-hal yang penting dan dicari polanya untuk lebih sistematis sesuai tahapan pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria. (Nasution, S., 1996)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum

Wilayah kecamatan Kemranjen terdapat 2 Puskesmas dan salah satunya adalah Puskesmas Kemranjen I. Wilayah kerja Puskesmas Kemranjen I mempunyai 8 desa yaitu desa Sibalung, desa Sibrama, desa Kedungpring, desa Karang jati, desa Kecila, desa Petarangan, desa Karang salam dan desa Karang gantung.

a. Batas wilayah

Batas wilayah kerja Puskesmas Kemranjen I Kecamatan Kemranjen sebagai berikut :

- 1) Sebelah barat adalah wilayah kerja Puskesmas Kemranjen II
- 2) Sebelah timur adalah Kecamatan Sumpiuh
- 3) Sebelah Utara adalah Kecamatan Somagede
- 4) Sebelah Selatan adalah Kabupaten Cilacap

b. Transportasi antar desa

Wilayah kerja Puskesmas Kemranjen I bisa dicapai baik roda 2 maupun dengan kendaraan roda 4. Jalan yang menghubungkan 3 desa berupa jalan raya beraspal yang sudah bisa dilalui kendaraan angkutan umum. Jalan yang menghubungkan 3 desa yaitu desa Petarangan, Karang salam dan Karang gantung berupa jalan desa beraspal. Sedangkan di 2 desa masih berupa jalan desa berbatu yang sudah dikeraskan.

c. Penduduk

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Kemranjen I tahun 2002 sebanyak 32.211 jiwa yang tersebar di 8 desa. Distribusi jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Kemranjen I sebagai berikut :

Tabel 4.1. Distribusi penduduk di wilayah Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

No	Desa	Jumlah KK	Jumlah Penduduk
1	Sibalung	1.248	5.172
2	Sibrama	684	2.588
3	Kedungpring	698	3.017
4	Kecila	1.346	5.452
5	Karangjati	481	1.767
6	Petarangan	1.145	5.046
7	Karanggintung	952	3.803
8	Krangsalam	1.293	5.366
JUMLAH		7.847	32.211

Sumber : Puskesmas Kemranjen I, 2002

d. Mata Pencaharian Penduduk

Mata pencaharian penduduk wilayah Puskesmas Kemranjen I sebagai berikut :

Tabel 4.2. Distribusi penduduk menurut mata pencaharian di wilayah Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

No	Mata Pencaharian	Jumlah	%
1	Buruh Tani	7.264	40,25
2	Tani	8.412	46,61
3	Nelayan	24	0,013
4	PNS / Pensiunan	693	3,84
5	ABRI / Pensiunan	227	1,26
6	Pedagang	1.426	7,90
JUMLAH		18.046	100

Sumber : Puskesmas Kemranjen I, 2002

Mata pencaharian penduduk sebagian besar adalah petani sebesar 46,6 % dan buruh tani sebesar 40,25 %. Sedangkan penduduk yang bekerja sebagai nelayan adalah paling sedikit yaitu hanya sebesar 0,013 %.

c. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Kemranjen I sebagai berikut :

Tabel 4.3. Jumlah Sarana Kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Kemranjen I

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas	1
2	Puskesmas rawat inap	1
3	Puskesmas Pembantu	1
4	Rumah Sakit	0
5	Polindes	5

Sumber : Puskesmas Kemranjen I

f. Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yang berada di Puskesmas Kemranjen I maupun di Puskesmas Pembantu dan Polindes sebagai berikut :

Tabel 4.4. Jenis Tenaga Kesehatan di wilayah Puskesmas Kemranjen I

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Lokasi
1	Dr. umum	2	Puskesmas (1 PNS + 1 PTT)
2	Dr. Gigi	-	-
3	Perawat	4	3 Pusk. + 1 Pustu
4	Bidan	4	3 Pusk.. + 1 Pustu
5	Bidan desa	4	Polindes
6	Sanitarian	1	Puskesmas
7	Gizi	1	Puskesmas
8	Jurim	1	Puskesmas
9	Perawat Gigi	1	Puskesmas
10	Administrasi	6	Puskesmas

2. Tenaga pelaksana Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria

Tenaga kesehatan sekaligus sebagai responden dalam penelitian ini yang terlibat dalam pelaksanaan manajemen pemberantasan penyakit malaria di Puskesmas Kemranjen I adalah Kepala Puskesmas, Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM), Mikroskopis, co.ass entomologi, JMD.

a. Kepala Puskesmas

Hasil penelitian memberikan informasi bahwa Puskesmas Kemranjen I Kabupaten Banyumas dipimpin oleh seorang dokter umum yang telah bertugas selama 15 tahun yaitu sejak tahun 1987. Kepala Puskesmas dalam melaksanakan upaya pemberantasan penyakit malaria di lapangan dibantu oleh seorang tenaga Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM), tenaga mikroskopis, Juru Malaria Desa (JMD) sebanyak 7 orang, dan tenaga co. ass entomologi dibantu dari SPLV Banjarnegara. Jenis tenaga lapangan yang membantu pelaksanaan program pemberantasan malaria sebagai berikut :

Tabel 4.5. Ciri-ciri dan Jenis tenaga lapangan pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I

No	Ciri-ciri	Jenis Tenaga		
		KUPM	Mikroskopis	Co.ass entomologis
1	Pendidikan	D3	SLTP	D3
2	Status Pegawai	PNS	PNS	PNS
3	Masa Kerja	9 tahun	11 tahun	7 tahun
4	Lama Tugas P2M	< 2 tahun	1 - 2 tahun	< 1 tahun
5	Pelatihan	Belum	Ya	Belum
6	Tugas Pokok	Tidak tahu	Ya	Tidak tahu
7	Tugas Rangkap	Ya	Ya	Ya

b. Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM)

Tenaga KUPM adalah petugas yang melakukan koordinasi dan supervisi terhadap tenaga lapangan baik KJMD ataupun JMD di wilayah kerja puskesmas. KUPM ini merupakan pembantu utama bagi Kepala Puskesmas dalam urusan pemberantasan malaria.

Pendidikan petugas KUPM di Puskesmas Kemranjen I adalah dari Akademi Kesehatan Lingkungan (D3), yang baru bertugas sebagai tenaga pemberantasan penyakit malaria selama 1 tahun. Tugas rangkap yang dilakukan adalah sebagai tenaga Pembinaan Kesehatan Lingkungan (PKL), tenaga Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), dan sebagai tenaga surveilans.

Sampai saat ini tenaga KUPM yang bertugas belum mendapat pelatihan sebagai Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria, dan bertugas sebagai KUPM tergolong baru yaitu < 2 tahun. Adapun sebagai KUPM mampu menyebutkan 3 tugas pokok, yaitu membuat catatan kasus malaria positif, pembinaan / supervisi ke JMD dan membuat laporan bulanan ke Kabupaten. Sedangkan tugas pokok yang belum disebutkan tetapi sudah dilakukan adalah mengusulkan kebutuhan obat-obatan anti malaria dan membuat form SKD yang formatnya dibuat sendiri. Untuk tugas pokok lainnya seperti memilih secara acak sediaan darah untuk keperluan *cross check* dan kebutuhan mengusulkan kebutuhan laboratorium dilakukan sendiri oleh petugas laboratorium.

c. Mikroskopis

Di Puskesmas Kemranjen I Petugas mikroskopis untuk pemeriksaan sediaan darah malaria baru bekerja selama < 2 tahun dan sudah pernah dilatih, akan tetapi belum memiliki sertifikat mikroskopis. Sertifikat ini penting sebagai bukti bahwa petugas tersebut berarti sudah lulus diuji oleh tim laboratorium tingkat propinsi dan dinyatakan layak bertugas sebagai mikroskopis dalam program pemberantasan penyakit malaria di puskesmas tempat kerjanya.

Pengetahuan / pemahaman mengenai tugas pokok mampu menyebutkan 4 tugas pokok, sedangkan tugas pokok yang lainnya yang belum disebutkan tetapi sudah dilakukan adalah membuat laporan hasil pemeriksaan sediaan darah kepada KUPM / Kepala Puskesmas bila ditemukan peningkatan kasus penderita malaria postip.

Selain sebagai petugas mikroskopis yang memeriksa sediaan darah malaria juga mempunyai tugas rangkap yaitu memeriksa spesimen untuk pemeriksaan HB, Gula darah dan sebagai sopir puskesmas. Tugas rangkap dan kegiatan pemeriksaan lain oleh tenaga mikroskopis tersebut tentu akan memberikan pengaruh terhadap kinerja dalam melaksanakan tugas pokoknya.

d. Co.ass entomologi

Di Puskesmas Kemranjen I belum ada tenaga co.ass entomologi. Tenaga yang bertugas sebagai co-ass entomologi berasal dari SPLV Banjarnegara yang saat ini sudah bekerja di Dinas Kesehatan dan

Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas seksi P2M. Sampai saat ini tugas-tugas pokok co-ass entomologi dilakukan oleh tenaga dari Kabupaten.

e. Kepala Juru Malaria Desa (KJMD)

Di puskesmas Kemranjen I ternyata belum memiliki Kepala Juru Malaria Desa (KJMD). Sementara ini tugas KJMD dirangkap oleh seorang JMD di tiap desa dari 3 desa yang memiliki JMD yaitu desa Karanggintung, Karangsalam, dan Petarangan. Tugas pokok seperti pengobatan radikal pada penderita positif malaria dan pengiriman sediaan darah kepada petugas laboratorium puskesmas dilakukan sendiri oleh JMD. Hal ini akan menyebabkan beban kerja bertambah berat apabila banyak ditemukan penderita positif malaria.

f. Juru Malaria Desa (JMD)

Juru Malaria Desa (JMD) sebagai tenaga lapangan terdepan merupakan tenaga lapangan utama dalam menemukan tersangka malaria di masyarakat atau dikenal sebagai kegiatan penemuan penderita secara aktif. Tenaga JMD yang bertugas merupakan tenaga harian lepas dengan upah sebesar Rp 70.000. jumlah tenaga JMD yang ada di wilayah puskesmas Kemranjen I sebanyak 7 orang yang terbagi di 3 desa yaitu desa Karanggintung sebanyak 2 orang, desa Karangsalam sebanyak 3 orang dan desa Petarangan sebanyak 2 orang.

Pengetahuan / pemahaman mengenai tugas pokok sebanyak 4 JMD mampu menyebutkan 3 tugas pokok sedangkan yang mampu

menyebutkan 4, 2 dan 1 tugas pokok masing-masing 1 orang. Dan semua JMD sudah melakukan rencana kerja bulanan untuk melakukan kunjungan rumah.

Tabel 4.6. Jumlah tenaga JMD di Puskesmas Kemranjen I

No	Ciri-ciri	JMD	
		Jumlah	Total
1	Pendidikan :		
	- SLTA	3	7
	- SLTP	2	
	- SD	2	
4	Lama Tugas :		
	- < 1 tahun	7	7
	- 1 – 2 tahun	-	
	- > 2 tahun	-	
5	Pernah Pelatihan :		
	- Ya	7	7
	- Tidak	-	
6	Rencana Kerja bulanan :		
	- Ya ada	7	7
	- Tidak ada	-	
7	Tahu Tugas Pokok :		
	- Ya tahu	7	7
	- Tidak tahu	-	
8	Tugas Pokok :		
	- 5 tupok		
	- 4 tupok	1	7
	- 3 tupok	4	
	- 2 tupok	1	
	- 1 tupok	1	

3. Pelaksanaan Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria

a. Perencanaan Pemberantasan Malaria

Hasil penelitian memberikan informasi bahwa dalam melakukan perencanaan program pemberantasan malaria Kepala puskesmas Kemranjen I dibantu oleh tenaga yang bertugas sebagai Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM) dan tenaga Mikroskopis.

Penyusunan rencana kegiatan operasional pemberantasan malaria oleh team puskesmas didasarkan dan diprioritaskan pada desa yang positif malariannya banyak. Tahapan perencanaan pemberantasan malaria yang dilakukan di Puskesmas Kemranjen I oleh kepala puskesmas, tenaga KUPM dan Mikroskopis sebagai berikut :

1) Penentuan daerah masalah malaria

Penentuan daerah / desa masalah malaria didasarkan pada data yang terkumpul yang kemudian dilakukan pengolahan data berupa tabulasi data, rekapitulasi, pelaporan jumlah penderita malaria perbulan menurut golongan umur dan jenis parasit. Data tersebut selalu dicatat dan dilaporkan tiap bulan ke Kabupaten sebagai berikut :

Tabel 4.7. Data penderita malaria menurut golongan umur tahun 2001

No	Desa	Jumlah penderita	0-11 bulan	1-<5 tahun	5-10 tahun	11-15 tahun	>15 tahun	Positif
1	Karanggintung	680	15	53	64	57	491	394
2	Karangsalam	431	1	13	31	39	347	113
3	Petarangan	113	1	9	12	22	69	48
4	Kecila	1	0	0	0	0	1	0
5	Karangjati	0	0	0	0	0	0	0
6	Sibalung	0	0	0	0	0	0	0
7	Sibrama	2	0	0	0	1	1	0
8	Kedungpring	2	0	1	0	0	1	0
	Jumlah	1229	17	76	107	119	910	555

Sumber : Puskesmas Kemranjen I tahun 2001

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa penderita malaria klinis yang terbanyak pada golongan umur > 15 tahun. Sedangkan penderita positif malaria terdapat di 3 desa yaitu desa Karanggintung, Karangsalam dan Petarangan.

Tabel 4.8. Data penderita malaria menurut golongan umur tahun 2002

No	Desa	Jumlah penderita	0-11 bulan	1-<5 tahun	5-10 tahun	11-15 tahun	>15 tahun	Positif
1	Karanggintung	201	3	14	18	38	130	55
2	Karangsalam	600	1	17	61	83	438	155
3	Petarangan	340	4	19	26	40	251	72
4	Kecila	189	3	4	15	19	148	8
5	Karangjati	14	0	0	0	3	11	3
6	Sibalung	7	0	0	0	1	6	2
7	Sibrama	3	0	0	0	0	3	0
8	Kedungpring	3	0	0	0	0	3	1
	Jumlah	1357	11	54	120	184	990	295

Sumber : Puskesmas Kemranjen II tahun 2002

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa penderita malaria klinis terbanyak pada golongan umur > 15 tahun. Sedangkan penderita positif

malaria sudah menyebar ke desa lain yaitu Kecila, Karangjati, Sibalung dan Kedungpring.

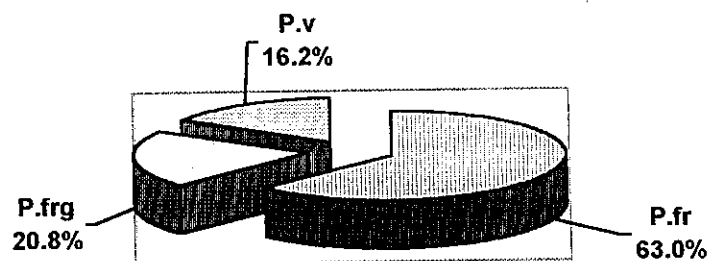
Tabel 4.9. Data Distribusi penderita malaria menurut jenis parasit di Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

No	Desa	Jenis Parasit			Jumlah
		P. fr	P.frg	P.v	
1	Karanggintung	33	8	14	55
2	Karangsalam	83	43	29	155
3	Petarangan	54	12	6	72
4	Kecila	8	0	0	8
5	Karangjati	3	0	0	3
6	Sibalung	2	0	0	2
7	Sibrama	0	0	0	0
8	Kedungpring	8	0	0	8
Jumlah		191	63	49	303

Sumber : Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

Tabel 4.9. menunjukkan bahwa Plasmodium Falcifarum merupakan parasit yang dominan (P. fr + P.frg) yaitu sebesar 254 (83,8 %), sedangkan P. vivax sebesar 49 (16,2 %). Dan hal ini dapat dilihat dari Garfik distribusi malaria menurut jenis parasit di Puskesmas Kemranjen I sebagai berikut :

Grafik 4.1. Distribusi malaria menurut jenis parasit di Puskesmas Kemranjen I



2) Penentuan urutan besarnya masalah malaria

Penentuan besarnya masalah malaria daerah yang penderita malaria positif banyak dan adanya jumlah kematian karena malaria merupakan daerah / desa yang mempunyai masalah malaria yang besar. Berdasarkan rekapitulasi data daerah / desa yang mempunyai masalah malaria dengan penderita positif malaria banyak dan mempunyai endemisitas yang tinggi adalah desa Karangsalam, Karanggintung, dan Petarangan.

3) Penentuan target kegiatan

Sasaran / target kegiatan dilakukan pada desa yang penderita malaria positifnya banyak dengan tujuan untuk menurunkan angka kesakitan / kasus malaria. Upaya yang dilakukan adalah mencari penemuan penderita dengan melakukan kunjungan ke rumah-rumah untuk pengambilan sediaan darah (SD) tersangka malaria setiap 2 minggu sekali oleh Juru Malaria Desa (JMD).

Target kegiatan dilakukan dengan pengambilan sediaan darah kepada setiap penderita malaria klinis yang berkunjung ke pelayanan kesehatan serta memberikan pengobatan baik klinis maupun radikal. Dan dilakukan juga kepada penderita gagal yang datang ke puskesmas dan pos malaria desa dengan memanfaatkan unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayahnya seperti ; pustu, pusling, pos malaria desa.

Rencana peningkatan cakupan penemuan penderita secara pasif (PCD) oleh petugas mikroskopis yaitu dengan pengambilan

sediaan darah 100 % kepada semua penderita yang berkunjung dengan gejala malaria klinis. Bentuk upaya yang dilakukan yaitu dengan memanfaatkan dan mengaktifkan unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya seperti puskesmas pembantu, puskesmas, dan pos-pos malaria desa.

Sasaran kegiatan untuk pencegahan penyakit malaria di desa-desa yang positif malarianya tinggi yaitu melakukan larvasiding pada tempat-tempat perindukan vektor, penyemprotan rumah dan pemasangan kelambu.

4) Kebutuhan sumber daya yang disediakan

Perencanaan kebutuhan tenaga Juru Malaria Desa disusun berdasarkan besarnya dana yang tersedia dari Kabupaten. Saat ini jumlah JMD yang ada sebanyak 7 orang sebagai harian lepas (2 orang laki-laki dan 5 orang wanita), yang tersebar di 3 desa : desa Petarangan 2 orang, desa Karangsalam 3 orang dan desa karanggintung 2 orang, serta tenaga penyemprot 6 orang. Kebutuhan tenaga JMD yang seharusnya ada adalah sebagai berikut :

Tabel 4.10. Jumlah Kebutuhan Juru Malaria Desa (JMD) di Puskesmas Kemranjen I

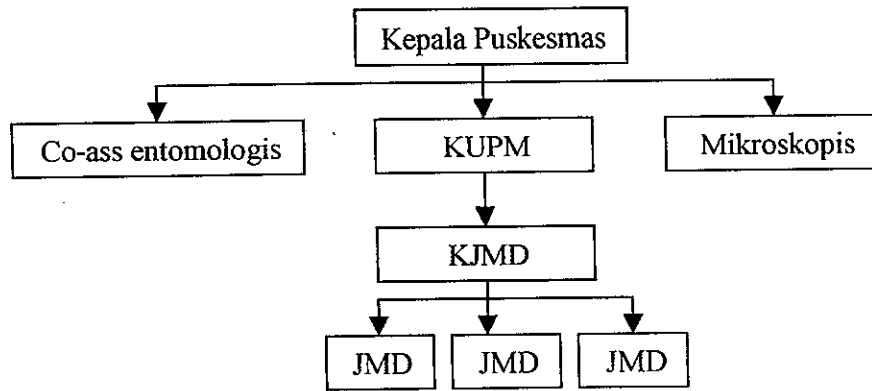
No	Desa	Jml Rumah	Kriteria Desa	Jumlah JMD HL yang ada	Jumlah JMD HL sebenarnya
1	Krng.gintung	794	HCI	2	2
2	Karangsalam	1165	HCI	3	2
3	Petarangan	1012	HCI	2	2
4	Kecila	969	MCI	0	1
5	Karangjati	439	MCI	0	2
6	Sibalung	1129	LCI	0	0
7	Sibrama	546	LCI	0	0
8	Kedungpring	709	LCI	0	0

Table 4.10 menunjukkan bahwa kebutuhan JMD yang belum memadai, karena masih ada jumlah kebutuhan JMD yang belum terpenuhi yaitu desa Karangjati (2 orang), desa Kecila (1 orang).

Perencanaan kebutuhan obat-obatan anti malaria dan alat dan bahan kimia belum pernah dilakukan karena kebutuhan tersebut selalu dalam keadaan tersedia dan dicukupi oleh Kabupaten.

b. Pelaksanaan pemberantasan malaria

Secara fungsional Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan pemberantasan malaria di wilayah kerjanya dibantu oleh seorang KUPM, co-ass entomologis, mikroskopis dan pada tahap berikutnya didukung oleh tenaga KJMD serta seorang KJMD membawahi 3 –5 tenaga JMD (Depkes, 1995). Hal ini dapat disusun sebagai berikut :



Gambar 4.1 Susunan organisasi pemberantasan malaria

Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan pemberantasan malaria seharusnya mengkoordinasikan tugas-tugas pokok tenaga pelaksana di lapangan secara terperinci. Akan tetapi Kepala puskesmas menyerahkan kepada Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM). Hal ini menunjukkan bahwa pengambilan keputusan yang seharusnya diambil oleh Kepala Puskesmas untuk mengkoordinasikan petugas berdasarkan kriteria / tolok ukur yang dijumpai belum dilakukan sesuai dengan tugas pokok masing-masing petugas.

Peran Kepala puskesmas seharusnya mengkoordinasikan kepada petugas mikroskopis untuk mempercepat pemeriksaan sediaan darah, menertibkan jadwal kerja JMD jika proporsi *falciparum* gamet > 30 % dari total kasus *falciparum* dan meningkatkan aktivitas PCD di unit pelayan yang ada sesuai dengan target sediaan darah di tiap desa HCI, MCI dan LCI.

Penggunaan form SKD, bagan alur (flow chart) interpretasi dan tindak lanjut SKD, serta tabel pengambilan keputusan pengendalian malaria di Puskesmas juga belum dilakukan bahkan cenderung belum memahaminya (form SKD, bagan alur dan tindak lanjut SKD, tabel pengambilan keputusan terlampir).

Sistem kewaspadaan dini belum memakai form SKD yang terlampir, akan tetapi menggunakan format dari Kabupaten.

Sistem kewaspadaan dini dilakukan dengan pengumpulan data kasus perbulan kemudian dilakukan rekapitulasi data kasus tahun-an dan dilakukan pengolahan data berupa tabulasi data, pelaporan bulanan jumlah penderita malaria dan pemeriksaan sediaan darah (SD) dalam bentuk matrik per bulan menurut golongan umur dan jenis parasit. Analisis lebih lanjut belum dilaksanakan seperti menganalisis grafik kasus maupun analisis lanjut lainnya.

Sampai saat ini pelaksanaan pemberantasan malaria di wilayah kerjanya dilakukan berdasarkan situasi dari kejadian penderita klinis yang dilaporkan serta disesuaikan dengan anggaran yang tersedia, sehingga petugas dalam menjalankan tugasnya hanya sebagai rutinitas saja.

Disamping itu biaya yang diperlukan untuk pemberantasan malaria belum dilakukan oleh Puskesmas melainkan oleh Kabupaten (DKKS) dan Puskesmas sebagai tenaga pelaksana di lapangan.

Pelaksanaan pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I sebagai berikut :

1) Penemuan penderita malaria

a) *Active Case Detection (ACD)*

Penemuan penderita malaria secara ACD ini dilakukan dengan pengambilan sediaan darah tebal pada semua penderita klinis dengan berkunjung ke rumah-rumah setiap 2 minggu sekali oleh Juru Malaria Desa. Pewarnaan sediaan darah dilakukan oleh JMD.

Survei kontak oleh JMD belum selalu dilakukan dengan pengambilan sediaan darah terhadap penghuni 4 rumah di sekitar penderita positif (± 20 orang)

Hasil pengambilan sediaan darah dicatat dan dilaporkan ke puskesmas untuk diperiksa di laboratorium.

b) *Passive Case Detection (PCD)*

Penemuan penderita secara PCD ini dilakukan dengan pengambilan sediaan darah kepada semua penderita malaria klinis dan penderita gagal obat yang datang ke pelayanan kesehatan ; pustu, puskesmas dan pos malaria desa. Pengambilan sediaan darah secara pasif ini dilakukan oleh petugas mikroskopis dan juga dibantu oleh perawat.

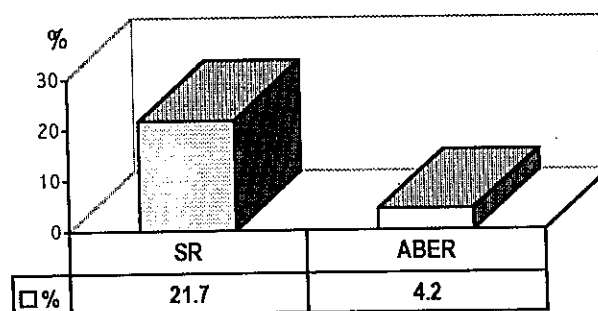
Hasil penemuan penderita dengan pengambilan sediaan darah baik secara ACD maupun PCD sebagai berikut :

Tabel 4.11. Hasil penemuan penderita secara ACD dan PCD di Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

No	Desa	ACD/Lain2		PCD		Jumlah		SPR	ABER	API
		SD	Pos	SD	Pos	SD	Pos	%	%	% ₀₀
1	Krng.gintung	143	41	58	14	201	55	27,4	5,3	14,5
2	Karangsalam	502	137	98	18	600	155	25,8	11,2	28,9
3	Petarangan	304	67	36	5	340	72	21,2	6,7	14,2
4	Kecila	161	6	28	2	189	8	4,2	3,5	1,5
5	Karangjati	1	0	13	3	14	3	21,4	0,8	1,7
6	Sibalung	1	0	6	2	7	2	28,6	0,1	0,4
7	Sibrama	0	0	3	0	3	0	0	0,1	0
8	Kedungpring	3	0	0	0	3	0	0	0,1	0
JUMLAH		1115	251	242	44	1357	295	21,7	4,2	9,2

Tabel 4.11. menunjukkan bahwa penemuan penderita malaria baik secara ACD maupun PCD mempunyai nilai SPR sebesar 21,7 %. Sedangkan angka ABER sebesar 4,2 %. Hal ini dapat terlihat pada grafik sebagai berikut :

Grafik 4.2. Parameter situasi malaria di Puskesmas Kemranjen I tahun 2002



Sedangkan kategori desa disesuaikan dengan *Annual Parasite Incidence (API)* yaitu desa HCI adalah ≥ 5 per 1000 penduduk, desa MCI : 1 – 5 per 1000 penduduk dan desa LCI : < 1 per 1000 penduduk. Tabel 4.11. menunjukkan bahwa ada 3 desa yang termasuk desa HCI yaitu desa Karanggintung (14,5 %), Karangsalam (28,9 %) dan Petarangan (14,2 %).

c) *Mass Fever Survey (MFS)*

Mass Fever Survey merupakan kegiatan pengambilan sediaan darah terhadap semua penderita demam. Kegiatan ini dilakukan dengan mengumpulkan penduduk di tiap RT atau pos malaria desa di laksanakan bulan september 2001 & Pebruari 2002.

d) *Follow up penderita positif*

Pengambilan sediaan darah *follow up* terhadap penderita positif malaria dilakukan berdasarkan hasil diagnosa petugas laboratorium. Pengambilan sediaan darah *follow up* terhadap penderita positif malaria oleh JMD yang ada bahwa 5 JMD cara mengambil sediaan darah *follow up* terhadap penderita malaria untuk *plasmodium falsiparum* sebanyak 2 kali dan *plasmodium vivax* 3 kali. Sedangkan 2 orang JMD untuk *plasmodium falsiparum* sebanyak 2 kali dan *plasmodium vivax* 1 kali. Kadang-kadang pengambilan Sediaan darah *follow up* juga tidak

dilakukan, alasannya ada yang takut diambil darahnya dan hasil pemeriksaan laboratorium belum disampaikan.

Hasil penelitian terhadap KUPM dan JMD menyatakan pernah terjadi penderita malaria positif yang berulang-ulang. Tindakan yang dilakukan konsultasi dengan Kepala puskesmas dan petugas Kabupaten

Hasil pemeriksaan sediaan darah oleh mikroskopis di *cross-check* ke Kabupaten dan dilakukan sendiri oleh mikroskopis. Caranya hasil pemeriksaan yang masih belum yakin bahwa hasilnya positif dan 10 % untuk sediaan darah negatif. Sediaan darah yang di *cross-check* seharusnya 5 % SD negatif SD positif.

Hasil Sediaan Darah *cross-check* mempunyai angka kesalahan > 5 %. Untuk evaluasi kesalahan belum pernah dilakukan dan hanya mengikuti pelatihan pada bulan Maret 2002

Tabel 4.12. Hasil *Feed Back* Sediaan Darah Maret dan Agustus Tahun 2002 Puskesmas Kemranjen I

No	Hasil Pemeriksaan			Kesalahan		Beda sp	Jml salah	% kesalahan
	SD (-)	SD (+)	Jml	Pos jadi neg	Neg jadi pos			
1	327	113	440	13	1	11	25	5,7
2	6	16	22	1	1	4	6	27,3

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa hasil *feed back* pemeriksaan sediaan darah sebanyak dua kali mempunyai tingkat kesalahan yang cukup tinggi yaitu berkisar 5,7 % - 27 %.

e) Surveilans Migrasi

Surveilans migrasi sudah dilakukan oleh JMD dan petugas puskesmas dengan melakukan pengambilan darah dan bila positif diberikan pengobatan radikal.

2) Pengobatan penderita malaria

a) Pengobatan Klinis

Pengobatan klinis diberikan kepada semua penderita klinis (100 %) yang berkunjung ke pelayanan kesehatan dan dengan berkunjung ke rumah-rumah oleh JMD dengan pengambilan sediaan darah.

b) Pengobatan Radikal

Pengobatan radikal diberikan kepada semua penderita positif malaria berdasarkan hasil laboratorium. Pengobatan radikal terhadap penderita tidak selalu ditunggu sebab penderita yang positif kadang-kadang tidak ditemukan dirumah, sehingga dilakukan dengan mengunjungi hari berikutnya atau dititipkan ke saudaranya. Hal ini menurut peneliti perlu dilakukan pengawasan minum obat.

c) *Mass Drug Administration* (MDA)

Mass Drug Administration atau pengobatan massal dilakukan kepada semua penduduk demam di wilayah yang kasusnya tinggi yaitu dengan mengumpulkan penduduk di tiap RT. Kegiatan ini dilakukan di 3 desa yaitu desa Karanggintung,

Karangsalam dan Petarangan pada bulan Pebruari 2002. Hasil sasaran MDA sebagai berikut :

Tabel 4.13. Jumlah penduduk yang diobati secara *Mass Drug Administrasi* di Puskesmas Kemranejn I Tahun 2002

No	Desa	Jml penduduk	Jml yang diobati	Cakupan (%)
1	Karanggintung	3.809	3.135	82,3
2	Karangsalam	899	685	76,2
3	Petarangan	1.220	1.039	85,2
	JUMLAH	5.908	4.859	82,2

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa pengobatan massal sudah sesuai dengan tolok ukur yang ditetapkan yaitu mencapai > 80 % penduduk.

3) Pencegahan penyakit malaria

Upaya pencegahan penyakit malaria dilakukan dengan penyemprotan rumah sebanyak 2 kali yaitu yang pertama Pebruari 2002 dan kedua bulan Agustus 2002, serta pemasangan kelambu yang dibantu oleh Penggerak PKK dan secara mandiri masyarakat membeli kelambu sendiri.

Dukungan untuk penanggulangan penyakit malaria mendapat bantuan Menteri Kesehatan dan Gubernur Jawa Tengah berupa alat semprot (*spraycan*) dan bahan kimia berupa Icon SW dari PT Syngenta Indonesia. Hasil penyemprotan rumah di desa Karanggintung, Karangsalam dan Petarangan sebagai berikut :

Tabel 4.14. Hasil penyemprotan rumah di 3 desa wilayah Puskesmas Kemranjen I

No	Desa	Jumlah rumah yang disemprot	Waktu penyemprotan
1	Karanggintung	876	11 Feb – 18 Mar '02
2	Karangsalam	847	11 Feb – 18 Mar '02
3	Petarangan	1.046	11 Feb – 25 Mar '02
	JUMLAH	2.769	

Sumber : Puskesmas Kemranjen I tahun 2002

4) Pengamatan vektor

Survei nyamuk dewasa melalui penangkapan nyamuk di pos penangkapan. Dan survei larva yaitu bulan Agustus 2001 di desa karanggintung pada bulan Oktober 2001 di desa Karangsalam

Hasil survei pada tempat perindukan potensial vektor yang pernah dilakukan sebagai berikut :

Tabel 4.15. Tempat perindukan potensial vektor malaria di wilayah Puskesmas Kemranjen I

No	Desa	Tempat perindukan potensial	Alternatif pemberantasan larva
1	Karanggintung	Mata air	1. Larvasiding (Altosid) 2. Pembuatan bak penampung mata air tertutup dan permanen
2	Karangsalam	Aliran air dari mata air dan bekas kolam	Memperlancar air dari mata air, penaburan ikan, pembersihan tanaman air di kolam dan penimbunan

Sumber : Hasil Survei vektor malaria

Sementara dari hasil survei larva, telah berhasil diperoleh larva *Anopheles maculatus* dari 2 buah kolam mata air yang di tengahnya ditumbuhi jenis teratai kecil dan tepinya banyak ditumbuhi rerumputan.

Hasil *spot survey* malaria pada pengamatan nyamuk dewasa sebagai berikut :

Tabel 4.16. Pengamatan nyamuk dewasa di wilayah Puskesmas Kemranjen I

No	Desa	Spesies vektor	Kepadatan per jam (MHD, MBR)
1	Karanggintung	<i>Anopheles Balabacencis</i>	0,09
2	Karangsalam	<i>Anopheles maculatus</i>	0,28

Sumber : Hasil Survei vektor malaria

c. Pengawasan, Pembinaan dan Evaluasi

Proses pengawasan dan evaluasi untuk menilai keberhasilan program pemberantasan malaria belum sesuai dengan indikator yang sebenarnya. Hasil pengawasan dan pembinaan dilakukan dengan memberikan bimbingan teknis kepada petugas mikroskopis dan JMD.

1) Pengawasan dan Pembinaan

Adapun hasil pengawasan dan pembinaan yang dilakukan baik oleh petugas Kabupaten dan Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.17. Pengawasan program pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I Kabupaten Banyumas

No	Pelaksana	Sasaran	Hasil Pengawasan
1	Kabupaten (Kasubsie Pemberantasan Penyakit dan Staf	Petugas malaria Puskesmas	Memberikan bimbingan teknis untuk melakukan pengambilan sediaan darah secara rutin dan pelaporan tepat waktu
		Petugas lapangan (JMD dan Mikroskopis)	Melakukan supervisi dalam 3 bulan terakhir sebanyak 1 kali. Masalah yang disupervisi adalah : <ul style="list-style-type: none"> - alat-alat laboratorium, hasil pemeriksaan SD, pencatatan SD malaria. - menyarankan untuk selalu waspada terhadap penyakit malaria - melakukan pengambilan SD <i>follow up</i> penderita malaria positif dan laporan tepat waktu, serta tugas sesuai rencana.
	Kepala Puskesmas	Juru Malaria Desa	Pembinaan diserahkan kepada KUPM
	Koordinator Urusan Malaria	Juru Malaria Desa	Pengawasan dan pembinaan terhadap JMD minimal 1 kali dalam sebulan, terakhir dilakukan tanggal 12 Oktober 2002. Masalah yang dijumpai adalah laporan kurang tepat waktu dan Saran yang diberikan mengambil sediaan darah kembali bila penderita tersebut positif, melaporkan atau mengirimkan data harus tepat waktu karena untuk mendukung kewaspadaan dini.

2) Evaluasi

Evaluasi terhadap program pemberantasan malaria belum berjalan sesuai dengan indikator atau tolok ukur yang harus dicapai. Kegiatan evaluasi oleh Puskesmas mulai dari perencanaan dan pelaksanaan belum dilakukan. Hasil evaluasi cakupan program pemberantasan malaria puskesmas ditindak lanjuti dengan melakukan langkah-langkah perbaikan yang disarankan oleh petugas Kabupaten baik mengenai cakupan penemuan penderita, teknis pengambilan sediaan darah, diagnosa pemeriksaan dan mencatat serta melaporkan penderita positif yang terjadi berulang-ulang.

Usaha yang dilakukan oleh puskesmas adalah meningkatkan hasil cakupan penemuan penderita terhadap semua penderita yang berkunjung ke pelayanan kesehatan, dengan mengunjungi ke rumah rumah 2 minggu sekali serta memberikan usulan kepada Kabupaten untuk pelaksanaan larvasidasi, dan penyemprotan rumah sebagai upaya pencegahan penyakit malaria.

d. Sarana

1) Sarana Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria

Sarana berupa buku logistik selalu tersedia dan mencukupi, baik secara kuantitas / kualitas sesuai dengan kebutuhan program. Dokumen kegiatan dan kasus penderita selalu dicatat dan dilaporkan. Sarana kendaraan roda 2 untuk keperluan supervisi maupun bimbingan ke lapangan belum ada masih meminjam program lain.

2) Mikroskopis

Hasil pemeriksaan sediaan darah dicatat dalam buku hasil pemeriksaan. Untuk kebutuhan pemeriksaan laboratorium dan kebutuhan obat anti malaria selalu tersedia dan cukup dan dalam keadaan baik.

3) Juru Malaria Desa (JMD)

Peralatan yang dipakai dari 6 orang JMD belum pernah kekurangan, sedangkan 1 orang JMD pernah mengalami kekurangan obyek glass. Cara mengatasi kekurangan obyek glass adalah dengan menggunakan satu obyek glass untuk 2 penderita.

e. Cakupan Program

a) Hasil Sediaan Darah yang diperiksa

Tabel 4.18. Cakupan penemuan penderita malaria di setiap desa di Puksemas Kemranjen I Tahun 2002

No	Desa	Jml penduduk	Jumlah penderita		API %0	Kriteria Desa	% Cakupan pengambilan SD		% Hasil Pemeriksaan SD (+)
			klinis	(+)			ACD	PCD	
1	Krng.gintung	3803	201	55	14,5	HCI	3,8	1,5	27,4
2	Karangsalam	5366	600	155	10,2	HCI	9,4	1,8	25,8
3	Petarangan	5046	340	72	10,9	HCI	6,0	0,7	21,2
4	Kecila	5452	189	8	1,5	MCI	3,0	0,5	4,2
5	Karangjati	1767	14	3	1,7	MCI	0,06	0,74	21,4
6	Sibalung	5172	7	2	0,4	LCI	0	0,1	28,6
7	Sibrama	2588	3	0	0	LCI	0	= 0,1	0
8	Kedungpring	3017	3	0	0	LCI	0,1	0	0
JUMLAH		32211	1357	295	9,2		4,2		21,7

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa hasil penemuan penderita malaria berdasarkan hasil pemeriksaan sediaan darah (SD) dari kegiatan ACD dan PCD adalah sejumlah 1.357 sediaan darah (SD) dapat diperiksa oleh petugas mikroskopis. Menurut Depkes, 1990, bahwa hasil pemeriksaan Sediaan darah per hari / orang adalah 40 sediaan darah (SD). Apabila dalam sampai dengan September tahun 2002 jumlah hari kerja 216 hari maka cakupan pemeriksaan sediaan darah sebesar 6,3. Sesuai standar beban kerja yang ditetapkan, maka petugas mikroskopis bertugas belum optimal dan masih dalam bawah batas beban kerja yang tidak melebihi standar.

Target penemuan penderita (ACD + PCD) sesuai dengan kriteria yang ditetapkan yaitu desa HCI adalah 30 % dari jumlah penduduk, desa MCI sebesar 15 % dari jumlah penduduk dan desa LCI sebesar 10 % dari jumlah penduduk. Tabel 4.18 menunjukkan bahwa cakupan penemuan penderita berdasarkan pemeriksaan darah sesuai dengan kriteria desa yang ada masih belum memenuhi target yang ditentukan dan secara kuantitas belum tercapai.

Angka SPR yang sebesar 21,7 % secara kualitatif menunjukkan bahwa kemampuan petugas dalam mendiagnosa masih belum memadai (< 30 %). Dan nilai ABER menunjukkan

4,2 % artinya cakupan penemuan penderita masih belum sesuai target yang ditentukan yaitu 30 % dari jumlah penduduk.

b) Hasil penemuan dan pengobatan penderita

Hasil pelaksanaan kegiatan yang berupa upaya penemuan dan pengobatan penderita yang berdasarkan hasil pengambilan sediaan darah oleh Juru Malaria Desa (JMD) dan petugas kesehatan baik secara aktif (*Active Case Detection*) maupun pasif (*Passive Case Detection*) sebagai berikut :

Tabel 4.19 Jumlah penemuan penderita di Puskesmas Kemranjen I Tahun 2002 s/d September

No	Desa	Jumlah penduduk	Jumlah penderita		Pengobatan klinis + radikal
			klinis	Pos	
1	Krng.gintung	3803	201	55	100 %
2	Karangsalam	5366	600	155	100 %
3	Petarangan	5046	340	72	100 %
4	Kecila	5452	189	8	100 %
5	Karangjati	1767	14	3	100 %
6	Sibalung	5172	7	2	100 %
7	Sibrama	2588	3	0	100 %
8	Kedungpring	3017	310	8	100 %
JUMLAH		32211	1357	295	100 %

Tabel 4.19 menunjukkan bahwa semua penderita (positif) di wilayah Puskesmas Kemranjen I yang ditemukan berhasil diberikan pengobatan yaitu 100 %, artinya sejumlah 295 orang positif malaria tahun 2002 secara kuantitatif dapat diberikan

pengobatan radikal. Namun secara kualitatif pengobatan radikal tersebut perlu dilakukan pengamatan lebih lanjut.

BAB V

PEMBAHASAN

Analisa hasil penelitian pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria sebagai berikut :

1. Perencanaan Pemberantasan Malaria

Peran Kepala puskesmas sebagai pimpinan Puskesmas dalam perencanaan pemberantasan penyakit malaria adalah menyusun rencana kegiatan sesuai dengan tujuan program yang akan dicapai dan mengatur (mengkoordinir) pekerjaan staf yang diperbantukan kepadanya. Untuk itu seorang pimpinan harus mengerti benar tujuan yang akan dicapai. Selain itu, ia juga harus mengajak stafnya menterjemahkan tujuan sesuai (kebijakan Depkes) ke dalam tujuan program yang lebih bersifat operasional. Tugas pokok, koordinasi dan kegiatan program yang dikembangkan oleh staf masing-masing dapat digunakan untuk menilai proses dan tingkat partisipasinya untuk mencapai tujuan operasionalnya.

Untuk mencapai tujuan perencanaan program pemberantasan malaria yang akan dicapai, Kepala puskesmas perlu mengkoordinir kepada KUPM untuk meningkatkan aktivitas PCD di unit pelayanan yaitu di puskesmas, pustu, pusling dan posko kesehatan yang ada sesuai dengan target yang ditentukan di tiap desa. Disamping itu melakukan pengecekan terhadap keterlambatan pemeriksaan sediaan darah oleh mikroskopis untuk menginformasikan hasil kepada JMD.

Kepala puskesmas dalam menyusun perencanaan kebutuhan tenaga khususnya Juru Malaria Desa (JMD) seharusnya disesuaikan dengan kriteria desa dan berdasarkan. Jumlah penduduk yang ada. Sesuai dengan pelaksanaan manajerial pemberantasan malaria di puskesmas Kemranjen I, disadari adanya keterbatasan jumlah tenaga lapangan dari yang seharusnya diperlukan untuk mendukung pelaksanaan program.

Tenaga lapangan yang membantu kepala Puskesmas Kemranjeni I dalam pemberantasan malaria seharusnya didukung oleh tenaga KUPM, Mikroskopis, co-ass entomologi puskesmas, KJMD dan JMD. Akan tetapi tenaga KJMD dan co-ass entomologis lapangan belum ada, sehingga masih belum memadai. Sedangkan perencanaan kebutuhan tenaga JMD masih belum memadai. Pengadaan kebutuhan JMD yang seharusnya ada adalah untuk desa MCI yaitu desa Karangjati yaitu 2 orang, serta desa Kecila 1 orang.

Selain itu persyaratan tenaga JMD harian pendidikan minimal adalah SLTP. Dari JMD yang tersedia masih ada 2 tenaga JMD yang kurang memenuhi persyaratan karena berpendidikan SD. (Depkes, 1999). Pengadaan tenaga co-ass entomologis sebenarnya bisa salah seorang stafnya mengikuti pelatihan sebagai co-ass entomologi.

Disamping itu belum adanya tenaga KJMD menyebabkan tugas KJMD dirangkap dan dilakukan oleh JMD. Hal ini akan menyebabkan beban kerja bertambah berat apabila banyak ditemukannya penderita postip malaria. Sesuai kebutuhan KJMD adalah setiap 3 – 5 JMD dibutuhkan 1 KJMD.

Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian, perencanaan program pemberantasan malaria yang meliputi tahapan penentuan daerah masalah malaria dan penentuan besarnya masalah sudah dilakukan. Penentuan ini didasarkan dengan mengetahui desa-desa yang memiliki masalah malaria sesuai prioritas daerah yang memiliki kasusnya banyak. Metode yang dilakukan yaitu dengan mengumpulkan hasil laporan kasus malaria yang telah dikumpulkan, seperti data kasus, data vektor, dan kondisi wilayah terjangkau.

Metode ini akan lebih baik jika ditindak lanjuti dengan perencanaan penentuan kegiatan sesuai dengan penggolongan kriteria desa sesuai dengan jumlah penderita malaria dan kondisi lingkungan yang ada.

Hal ini terlihat dari perencanaan mengenai target atau sasaran tentang jumlah penemuan penderita dengan sediaan darah yang sebaiknya diambil untuk masing-masing wilayah / desa belum direncanakan. Pencapaian penemuan penderita malaria lebih menekankan pada kualitas pelaksanaan pemberantasan yaitu setiap ditemukan penderita sudah pasti akan dilakukan pemberantasan baik pengobatan klinis maupun radikal. Perencanaan ini akan lebih baik jika diikuti secara kuantitas dengan pencapaian target yang ditetapkan sesuai dengan kriteria desa HCI, MCI dan LCI yang ada

Dari jumlah penemuan penderita secara ACD yang ditargetkan sesuai dengan kriteria desa yaitu desa HCI, MCI, dan LCI sebagian besar masih belum mencapai sasaran . Hal ini terlihat seperti pada tabel 4.17.

Usaha rencana peningkatan penemuan penderita secara PCD di desa-desa telah dilakukan dengan memanfaatkan unit pelayanan kesehatan dan pos-

pos malaria desa. Hasil analisa dan perhitungan dari jumlah sediaan darah yang ditemukan masih belum mencapai sasaran / target yang ditentukan (standart desa HCI : 10 %, MCI dan LCI : 5 %).

Analisa hasil penelitian di Puskesmas Kemranjen I menunjukkan bahwa pengumpulan data penemuan penderita belum digunakan untuk mencapai tujuan perencanaan operasional kegiatan selanjutnya yaitu dengan melihat cakupan program yang harus dicapai secara kuantitas dengan pencapaian standart target / sasaran yang ditentukan.

Hal ini dapat dikatakan bahwa perencanaan program pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I lebih mengutamakan aspek kualitas daripada kuantitas. Keadaan demikian akan menjadikan langkah berikutnya yakni pelaksanaan program baik terutama secara kuantitas kurang mengenai sasaran, yang akhirnya akan menjadikan cakupan program tidak sesuai target yang ditetapkan. Tanpa perencanaan dari segi kuantitas sesuai standart yang ditetapkan Depkes, maka akan berpengaruh terhadap pencapaian program pelaksanaan maupun *out put* suatu program (Ettlign, 1995)

Oleh karena itu, salah satu maksud utama aspek perencanaan yaitu melihat program-program dan penemuan-penemuan yang ada yang dapat dipergunakan untuk meningkatkan pencapaian tujuan-tujuan di waktu yang akan datang serta untuk meningkatkan pembuatan keputusan yang lebih baik belum berjalan (Handoko, 2001).

Perencanaan program pemberantasan malaria sesuai dengan yang diharapkan dapat dilakukan secara *bottom-up planning* perlu dilakukan sesuai

kebijaksanaan pelaksanaan program yang ditetapkan yang mencakup perencanaan kegiatan yang didukung baik sarana, tenaga maupun dana yang diperlukan.

Sampai saat ini pemanfaatan data untuk perencanaan kegiatan program dan menentukan biaya yang diperlukan dan kebijakan pelaksanaan pemberantasan malaria belum dilakukan oleh puskesmas, sehingga puskesmas hanya melaksanakan program berupa rutinitas yang diberikan oleh Kabupaten. Hingga saat ini masih dikendalikan oleh Kabupaten seperti kegiatan yang akan dilakukan oleh puskesmas harus menunggu dana turun dari Kabupaten.

Oleh karena itu pengambilan keputusan desentralisasi oleh puskesmas masih tergantung dari Kabupaten. Hal ini akan menjadi hambatan bagi puskesmas untuk melaksanakan kegiatan, seperti yang pernah terjadi yaitu untuk kegiatan pengobatan massal / *Mass Drugs Administration* (MDA) terjadi keterlambatan pemberian dana, sehingga saat penelitian ini masih ada dana yang belum diberikan kepada petugas lapangan dan hal tersebut terpaksa pemberian dana / upah menggunakan dana dari puskesmas sendiri.

2. Pelaksanaan Pemberantasan Malaria

Peranan kepala Puskesmas Kemranjen I dalam pelaksanaan pemberantasan malaria dibantu oleh seorang KUPM, Mikroskopis dan tenaga JMD. Keterlibatan kepala puskesmas masih kurang, terutama dalam mengkoordinasikan petugas dilapangan, seperti meningkatkan aktivitas PCD yang seharusnya target sediaan darah yang harus dicapai untuk tiap desa

disesuaikan dengan kriteria desa yaitu desa HCI sebesar 10 %, desa MCI dan desa LCI sebesar 5 % dari jumlah penduduk dan masing-masing desa HCI, MCI dan LCI sebesar 5 % untuk kunjungan baru.

Pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) yang dilakukan oleh KUPM menunjukkan bahwa, pengisian SKD belum dilakukan sesuai dengan form SKD Program Surveilans Malaria (MSP). Form SKD ini merupakan alat bagi puskesmas untuk mengetahui secara cepat situasi malaria berdasarkan indikator-indikator utama yang dapat menentukan tindakan pengendalian malaria yang perlu dilaksanakan. Berdasarkan data pada SKD malaria tersebut dapat diamati ada tidaknya kecenderungan peningkatan kasus di setiap desa dalam wilayah puskesmas. Kondisi ini di disebabkan KUPM belum pernah mengikuti pelatihan sebagai KUPM, serta belum mendapatkan buku pedoman pemberantasan malaria dari Kabupaten yang dapat digunakan sebagi pedoman baku untuk pemberantasan malaria. Hal ini menimbulkan kelemahan KUPM dalam menjalankan tugas pokoknya.

Program Surveilans Malaria perlu diterapkan secara intensif dengan menerapkan SKD untuk membantu desentralisasi pengambilan keputusan terutama di puskesmas. SKD malaria sangat penting sekaligus merupakan bentuk catatan dalam satu lembar formulir yang memuat informasi penting mengenai kasus malaria yang dapat dipakai sebagai bahan pengambilan keputusan (PK) untuk melakukan tindakan selanjutnya disesuaikan berdasarkan sarana dan prasarana yang tersedia. Misalnya, tindakan mempercepat proses

pemeriksaan sediaan darah oleh mikroskopis di tingkat puskesmas. Sedangkan tindakan penyemprotan rumah merupakan kewenangan di tingkat Kabupaten.

Disamping itu disediakan bagan alur (*flow chart*) berisi interpretasi dan tindak lanjut Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) yang dapat digunakan sebagai panduan dalam memantau situasi malaria di wilayahnya. Ketiga piranti tersebut (form SKD, bagan alur dan tabel PK) merupakan dasar pelaksanaan Program Surveilans Malaria (MSP) di tingkat Puskesmas.

Untuk penerapan MSP ini perlu dilakukan dalam beberapa tahap, antara lain penyiapan infrastruktur berupa pelatihan-pelatihan tenaga baik kepada dokter / pimpinan puskesmas, pengelola program pemberantasan malaria, yaitu KUPM, mikroskopis dan co.ass entomologi yang terkait dengan upaya meningkatkan penemuan penderita secara aktif serta beberapa tenaga perawat dan bidan dalam upaya meningkatkan penemuan secara pasif.

Analisis pelaksanaan program pemberantasan malaria yang dilakukan oleh petugas lapangan adalah sebagai berikut :

a. Penemuan penderita dengan pengambilan Sediaan Darah

1) Penemuan penderita secara PCD

Penemuan penderita malaria secara PCD oleh petugas puskesmas sudah dilakukan dengan memanfaatkan unit pelayanan yang ada maupun pos-pos kesehatan yang sudah dibentuk. Petugas secara berkala memanfaatkan unit pelayanan tersebut seperti dengan melakukan pusling.

Tabel 4.11. menunjukkan bahwa penemuan penderita dengan pengambilan sediaan darah diukur dengan angka ABER yaitu sebesar 4,2 %. Hal ini mengindikasikan bahwa cakupan penemuan penderita secara kuantitas masih kurang 30 % dari jumlah penduduk. Hal ini akan menyebabkan deteksi dini sulit ditegakkan. Sedangkan Angka SPR (*Slide Positivity Rate*) yaitu persentase sediaan darah yang positif menunjukkan 21,7 %. Nilai SPR ini menginterpretasikan bahwa secara kualitatif kemampuan petugas dalam mendeteksi malaria klinis masih belum sesuai dengan yang ditentukan ($< 30\%$). SPR yang rendah ($< 30\%$) menunjukkan diagnosa klinis masih kurang baik (Depkes $> 30\%$).

Penilaian SPR ini juga akan bermakna bila didukung secara kuantitatif dengan angka ABER yang cukup mewakili. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka ABER sebesar 4,2 % ternyata kurang mewakili, artinya surveilans malaria belum cukup menjangkau penduduk di wilayah tersebut. Kondisi tersebut mengindikasikan belum tuntasnya penemuan penderita yang bersumber dari masyarakat di sekitar penderita positif yang ditemukan.

Hal ini dapat disebabkan oleh survei kontak belum selalu dilakukan terhadap penduduk di sekitar penderita positif malaria yaitu 4 rumah atau ± 20 orang

Secara teknis tenaga mikroskopis dalam melakukan pemeriksaan sediaan darah sudah memanfaatkan unit pelayanan

kesehatan yang ada dengan melakukan kunjungan ke pustu, pusling dan pos malaria. Akan tetapi peningkatan pencapaian target cakupan program belum sesuai dengan kriteria desa (HCI, MCI dan LCI). Secara kualitas kemampuan mendiagnosa pada petugas dimonitor berdasarkan angka SPR. Angka SPR yang dicapai baru sebesar 21,7 % masih dibawah 30 %.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tabel 4.9. menunjukkan bahwa *Plasmodium Falcifarum* merupakan parasit yang dominan (P. fr + P.frg) yaitu sebesar 254 (83,8 %), sedangkan *P. vivax* sebesar 49 (16,2 %). Hal ini menginterpretasikan bahwa :

- adanya parasit *P. falciparum* bentuk gamet (20,8 %) menunjukkan adanya keterlambatan penemuan penderita
- *p. falciparum* gamet : 20,8 % masih < 30 % menunjukkan bahwa jadwal ketertiban kerja JMD masih sesuai jadwal
-
- penularan atau transmisi malaria masih baru atau belum lama berlangsung
- pengobatan kurang sempurna sehingga timbul rekrudensi (kambuh / kumat penyakit malaria yang singkat karena *p. falciparum*)

Sedangkan adanya *Plasmodium vivax* yang masih dijumpai mengindikasikan bahwa transmisi yang tinggi pada beberapa transmisi sebelumnya tidak mendapatkan perhatian yang cukup sehingga dapat menimbulkan akumulasi / penumpukan penderita

Analisa hasil penelitian terhadap petugas mikroskopis dalam mendiagnosa parasit malaria masih mempunyai tingkat kesalahan *feed back hasil cross-check* yang cukup tinggi yaitu > 5 % (Tabel 4.12). Tolak ukur hasil pemeriksaan yang baik adalah :

- kesalahan positif (SD yang didiagnosa positif oleh pemeriksa I, ternyata negatif pada pemeriksaan ulang) dan kesalahan negatif (diagnosa negatif pada pemeriksa pertama ternyata positif) mendekati 0 %.
- Jenis spesies berubah (SD yang didiagnosa positif *P. vivax*, ternyata negatif *P. falciparum*, mixed menjadi tidak mixed dan sebaliknya) mendekati 0 %.
- Kemampuan serta kecepatan memeriksa seorang mikroskopis adalah 10 SD per jam atau 40 – 50 SD per hari.

Faktor kesalahan diagnosa pemeriksaan sediaan darah dapat disebabkan antara lain :

- Kualitas SD; mutu pengambilan darah dan pewarnaannya kurang baik. Dalam hal ini pengambilan darah juga sekaligus dilakukan pewarnaan darah oleh Juru Malaria Desa (JMD)
- Mikroskopis yaitu petugas yang melakukan pemeriksaan sediaan darah. Hal ini terlihat adanya tugas rangkap yang dilakukan oleh petugas mikroskopis serta belum mempunyai sertifikat sebagai mikroskopis.

Kualitas atau ketepatan mendiagnosa klinis oleh petugas dapat dilihat dari angka SPR yang baik / tinggi. Oleh karena itu petugas laboratorium mempunyai peranan yang sangat penting dalam program pemberantasan malaria. Validitas data yang dihasilkan ditentukan oleh mutu pemeriksaan laboratorium, sehingga secara teknis dan administrasi mutu laboratorium senantiasa harus ditingkatkan dan disempurnakan

2) Penemuan penderita secara ACD

Tugas pokok JMD / KJMD dalam pelaksanaan penemuan penderita secara ACD dilakukan setiap 2 minggu sekali dengan mengunjungi rumah penduduk sesuai rencana kerja yang dijadwalkan. Akan tetapi kurangnya kecukupan tenaga lapangan guna penyelenggaraan surveilans penemuan penderita menyebabkan kurang tertibnya jadwal kerja yang dilakukan oleh JMD. Kondisi ini terlihat adanya parasit plasmodium malaria bentuk gamet (P.fg : 20,8 %).

Analisa hasil penelitian terhadap penemuan penderita secara ACD di tiap-tiap desa masih belum memenuhi target yang ditentukan yaitu di desa HCI masih kurang dari 20 % jumlah penduduk, desa MCI kurang dari 10 % jumlah penduduk dan desa LCI kurang dari 5 % jumlah penduduk (Tabel 4. 11). Kondisi ini dapat disebabkan jumlah tenaga JMD yang sebenarnya belum dipenuhi. Kekurangan ini dapat dipenuhi dengan menambahkan tenaga JMD sesuai dengan kriteria desa, yaitu desa Karangjati 2 orang, serta desa Kecila 1 orang,

Disamping itu, penyebab lainnya adalah adanya daerah yang jauh dan sulit untuk dijangkau dengan jalan kaki. Dilain pihak menurut peneliti bahwa upah untuk tenaga JMD sebesar Rp 70.000 per bulan masih terlalu kecil. Sesuai dengan informasi dari puskesmas Kemranjen I, bahwa hal ini menjadi pertimbangan pihak puskesmas akan menaikkan upah tenaga JMD untuk anggaran tahun yang akan datang. Hal ini untuk memberikan motivasi dan meningkatkan kinerja petugas JMD. (Muchlas Makmuri, 1999)

Belum dilaksanakan survei kontak terhadap 4 rumah atau lebih kurang 20 orang secara kuantitas juga mendukung belum tercapainya target penemuan penderita.

Disamping itu tugas rangkap yang bukan menjadi tugas pokoknya sehingga penemuan penderita cenderung terlambat (JMD melakukan tugas pengobatan radikal yang sebenarnya menjadi tugas pokok KJMD). Berdasarkan hasil penelitian ditemukan adanya parasit *Plasmodium Falciparum* bentuk gamet sebesar 63 (20,8 %) juga menjadi tolok ukur keterlambatan penemuan dan pengobatan penderita (Depkes, 1995)

b. Pengobatan penderita malaria

Pengobatan terhadap penderita baik klinis maupun radikal secara kuantitas dapat dicapai 100 %, akan tetapi hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hasil pemeriksaan SD yang kadang-kadang terlambat untuk diinformasikan kepada JMD, sehingga pelacakan terhadap penderita

sekaligus untuk memberikan pengobatan radikal juga terlambat. Disamping itu pemeriksaan *follow up* kepada setiap penderita positif juga masih ada yang belum dilakukan oleh JMD terutama kepada anak-anak, sehingga pengobatan malaria oleh petugas belum sepenuhnya dipatuhi pada pengambilan SD *follow up* yang seharusnya 1 minggu setelah pengobatan.

Pelaksanaan pengambilan SD *follow up* oleh JMD pada kunjungan berikutnya kepada penderita malaria positif masih kurang sesuai jadwal. *Follow up* untuk *P. falciparum* seharusnya hari ke 7 dan ke 28 sesudah pengobatan radikal dan *P. vivax* hari ke 7, ke 28 dan 3 bulan sesudah pengobatan radikal.

Hal ini dapat disebabkan adanya tugas rangkap yang bukan menjadi tugas pokoknya sehingga penemuan penderita cenderung juga terlambat (JMD melakukan tugas pengobatan radikal yang sebenarnya menjadi tugas pokok KJMD). Berdasarkan hasil penelitian ditemukan adanya parasit *Plasmodium Falciparum* bentuk gamet sebesar 63 (20,8 %) juga menjadi tolok ukur keterlambatan penemuan dan pengobatan penderita (Depkes, 1995)

Pengobatan terhadap penderita baik klinis maupun radikal secara kuantitas sudah dilakukan 100 %, namun pelaksanaan pengobatan tersebut masih perlu dilakukan secara “ *daily treatment* “ sebagaimana pedoman yang ditetapkan (Depkes, 1995a). Keadaan demikian antara lain akan dapat menjadikan berkurangnya dosis pengobatan oleh karena adanya

kebiasaan / perilaku yang sering ditemui di masyarakat yang cenderung tidak minum obat sehingga tidak menyukai obat anti malaria. Dengan berkurangnya dosis secara logis akan dapat menjadikan penderita kambuh dan menjadi sumber penularan lagi (Ettlign, 1995)

Adanya penderita positif malaria yang berulang-ulang juga mengindikasikan bahwa standar pengambilan darah tidak tepat dan standar pengobatan yang kurang tuntas, menyebabkan transmisi penularan malaria akan terus berlangsung karena parasitnya masih terdapat dalam darah, bahkan diperkirakan dapat terjadi Kejadian Luar Biasa yang kedua kalinya (*roll back malaria*). Hal ini jika didukung faktor lingkungan yang menguntungkan bagi kehidupan vektor (teori HL. Blum).

Menurut Hanslobel, 1996, ada 4 aspek klinis dari manajemen kasus yang efektif yaitu :

- 1) Akses, meliputi kesiapsediaan diagnosa dan pelayanan perawatannya
- 2) Diagnosa, meliputi pengenalan penyakit malaria dan keakuratan diagnosa oleh tenaga kesehatan dalam deteksi kasus
- 3) Perawatan, meliputi pengobatan yang tepat dan efektif serta tindak lanjut klinisnya
- 4) Monitoring Program dan kebijaksanaan, ditekankan pada manajemen kasus berdasarkan analisis epidemiologi dan keefektifan biaya

Dari hasil assesmen program pemberantasan malaria di Indonesia (UGM, 1995) antara lain diperoleh kesimpulan bahwa pengendalian vektor menuntut adanya sistem informasi yang memadai

tentang distribusi dan tempat-tempat perindukan potensial. Disarankan untuk meningkatkan kemampuan pemeriksaan sediaan darah malaria di tingkat puskesmas, perlu melakukan pemeriksaan serta pemetaan vektor dan tempat perindukan secara teratur.

c. Pencegahan Penyakit Malaria

Upaya pencegahan penyakit malaria yang sudah dilakukan adalah penyemprotan rumah dan pemasangan kelambu serta larvasidasi. Penyemprotan rumah merupakan kewenangan dari Kabupaten, sedangkan puskesmas hanya melakukan usulan tindakan yang perlu dilakukan terutama untuk pencegahan penyakit malaria. Kegiatan penyemprotan rumah yang sudah dilakukan dengan pertimbangan untuk mengurangi kerasahan penduduk di wilayah Puskesmas Kemranjen I.

Usulan kegiatan pemberantasan malaria akan efektif dengan menggunakan bagan alur (*flow chart* pada lampiran 3) yang berisi interpretasi perlu tidaknya tindakan penyemprotan rumah, *Mass Fever Survei*, Larvaciding dan pengusulan test resistensi vektor.

Adanya penderita postip malaria berulang-ulang pihak puskesmas sebaiknya mengusulkan test resistensi hal ini jika penderita malaria dengan spesies *P. falciparum* yang telah minum obat dengan baik dan masih tetap positif. (lampiran 4 : lembar Pengambilan Keputusan pengendalian malaria)

d. Pengamatan Vektor

Kegiatan pengamatan vektor masih dilakukan oleh tenaga entomologis dari Kabupaten. Belum adanya tenaga co-ass entomologi di Puskesmas dapat menjadikan faktor penghambat untuk dilakukannya kegiatan entomologi berupa surveilans rutin yang merupakan bagian dari sistim kewaspadaan dini.

Kegiatan survei vektor malaria ini merupakan kegiatan pengumpulan data yang dilakukan untuk dokumentasi dan pertimbangan menetapkan kebijaksanaan operasional pemberantasan penyakit malaria. Tujuannya adalah pengumpulan dan mempelajari data untuk mengetahui dimana terjadinya penularannya, bilamana terjadi penularan, kerentanan vektor terhadap parasit (Depkes, 1999).

Belum adanya survei rutin tenaga co-ass entomologis, secara operasional puskesmas belum dapat memberikan gambaran kondisi vektor penyebab malaria sebagai alternatif upaya pemecahan masalah pemberantasan vektor malaria atau tindakan kewaspadaan dini.

3. Pengawasan dan Pembinaan Pemberantasan Malaria

a. Pengawasan dan Pembinaan Staf

Kegiatan pengawasan dan pembinaan staf dapat dilakukan dengan mengadakan pertemuan rutin setiap 1 bulan sekali yang dipimpin langsung oleh Kepala Puskesmas dengan mengikutsertakan tenaga JMD. Pengawasan dan pembinaan kepada tenaga mikroskopis terutama mengenai pemeriksaan sediaan darah dan kesalahan mendiagnosa jenis

parasit yang ditemukan. Dan juga memperhatikan ketertiban jadwal kerja JMD dengan melihat tolok ukur yang telah ditetapkan. (lampiran 4)

b. Pembinaan dan Evaluasi di lapangan

Untuk meningkatkan kemampuan sesuai dengan tugas pokok petugas puskesmas dan JMD sangat perlu dilakukan penyegaran. Terutama tenaga mikroskopis untuk dilakukan pembinaan dan evaluasi tentang kesalahan pemeriksaan sediaan darah.

Menurut Sismadi Group, 1994 strategi dan sistem yang diperlukan untuk pemberantasan malaria perlu dikembangkan lebih lanjut dengan:

- a. Pertemuan rutin yang membahas kebijakan dan masalah malaria
- b. Keterlibatan petugas lapangan dalam penelitian wilayah setempat
- c. Insentif bagi aktivitas teknis
- d. Dukungan bagi kader malaria

Menurut penelitian evaluasi program malaria yang dilakukan Mery Ettlting tahun 1995, rekomendasi utama yang diberikan untuk keberhasilan program malaria adalah manajemen kasus mulai dari ketepatan diagnosis, pengobatan dan monitoring.

4. Dampak pelaksanaan pemberantasan malaria terhadap cakupan program

Berdasarkan hasil pelaksanaan pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I yang telah dilakukan tahun 2002 dibandingkan dengan tahun 2001 secara kualitas memberikan dampak terhadap penurunan

kasus penyakit malaria yaitu dari 555 orang penderita malaria positif menurun menjadi 295 penderita positif. Akan tetapi jumlah penderita positif malaria yang ada menurut tempat lebih merata yaitu sudah menyebar ke desa-desa lain yang sebelumnya belum terjangkau malaria.

Oleh karena itu upaya penanggulangan pemberantasan malaria akan lebih efektif dan efisien jika menekankan pada segi kuantitas dan kualitas. Segi kuantitas yaitu program pemberantasan malaria disesuaikan dengan target cakupan program tiap desa sesuai dengan tolok ukurnya yaitu HCI, MCI dan LCI yang ditetapkan Depkes sehingga penyakit malaria dapat segera dideteksi secara dini tingkat penyebarannya dengan pencapaian angka ABER. Dan juga melihat segi kualitas yaitu diukur indikator SPR ($> 30\%$).

Untuk menekan laju perkembangan penyakit malaria terutama di Puskesmas Kemranjen I dari segi geografis termasuk daerah reseptif dan juga daerah *buffer* (penyangga) bagi daerah disekitarnya, maka penanganannya diperlukan manajemen yang baik, sehingga penyakit malaria dapat ditekan dan tidak meresahkan masyarakat yang akhirnya mengurangi dampak terhadap angka kematian, kesakitan serta produktivitas kerja penduduk.

5. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Pemberantasan Malaria

Berdasarkan hasil analisa penelitian, pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria tidak terlepas adanya dukungan dari berbagai pihak yang terkait. Adapun hambatan merupakan suatu masalah yang kemungkinan

bisa timbul dalam pelaksanaan suatu kegiatan / tindakan untuk mencapai keberhasilan program.

a. Faktor Penghambat

Hambatan potensial yang mungkin dapat terjadi adalah :

1) Tenaga

Belum adanya tenaga co-ass entomologi dapat menghambat untuk sistim kewaspadaan dini dalam penanggulangan malaria di Puskesmas Kemranjen I. Tenaga mikroskopis baik segi kualitas maupun kemampuan terutama dalam mendiagnosa parasit malaria, serta adanya tugas rangkap yang dilakukan oleh tenaga mikroskopis. Dan kurangnya tenaga lapangan seperti KJMD dan JMD.

2) Sarana

Kendaraan roda dua yang digunakan bagi tenaga KUPM atau surveilans yang belum tersedia

3) Keuangan

Turunnya anggaran yang digunakan untuk biaya penanggulangan tidak tepat waktu dan tidak sesuai dengan jumlah anggaran yang disediakan.

4) Lokasi

Lokasi di wilayah Puskesmas Kemranjen I ada yang berupa daerah pegunungan yang relatif jauh dari jangkauan petugas.

b. Faktor – faktor pendukung dalam pelaksanaan pemberantasan malaria antara lain :

1) Perhatian Pemerintah baik Pusat maupun Daerah

Perhatian baik langsung dari pemerintah Pusat maupun Propinsi yaitu mendapat kunjungan langsung ke lapangan oleh menteri Kesehatan R.I dan pembinaan dari Dinas Propinsi. Perhatian pemerintah Kabupaten Banyumas terhadap pelaksanaan pemberantasan malaria berupa dukungan dana / biaya untuk kegiatan penanggulangan penyakit malaria

2) Kesedian sektor lain yang terkait

Sektor lain yang terkait yang ikut mendukung penanggulangan penyakit malaria antara lain :

- sektor swasta yang memberikan bantuan berupa satu ton icon SW untuk penyemprotan,
- Tim Penggerak PKK Kabupaten Banyumas yang memberikan sumbangan berupa kelambu kepada penduduk
- Dinas terkait seperti ; Dinas pertanian, Dinas Perkebunan dan Kehutanan, dengan mengadakan koordinasi untuk menanggulangi penyakit malaria secara terpadu

3) Penggerakkan masyarakat

Masyarakat dengan kesadaran sendiri melakukan klatmbunisasi.

Untuk memperoleh formulasi strategi yang tepat yaitu dengan menggunakan Matriks SWOT sebagai berikut : (Freddy Rangkuti, 1999)

Gambar 5. 1. Analisis dengan menggunakan Matriks SWOT

	<p style="text-align: center;">KEKUATAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan PEMDA - Dukungan swasta - Partisipasi masyarakat - Ketersediaan obat dan peralatan - Motivasi kerja staf puskesmas 	<p style="text-align: center;">KELEMAHAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya perencanaan program - Kurangnya SDM - Kualitas SDM yang belum memadai - Jumlah dana terbatas - Buku pedoman belum tersedia - Belum adanya sarana motor
<p style="text-align: center;">PELUANG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran masyarakat cukup tinggi - Akses dan transportasi - Hubungan puskesmas dan pemerintah desa - Perilaku masyarakat 	<p style="text-align: center;">STRATEGI SO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan peran aktif masyarakat - Meningkatkan koordinasi petugas malaria - Meningkatkan kerjasama lintas sektor 	<p style="text-align: center;">STRATEGI WO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan kualitas SDM - Pengembangan dan pelatihan petugas - Penyediaan sarana bagi petugas - Meningkatkan peran aktif masyarakat
<p style="text-align: center;">ANCAMAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas penduduk tinggi - Kondisi geografis - Upah JMD yang masih kecil - Tugas rangkap 	<p style="text-align: center;">STRATEGI ST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan bagi petugas JMD - Meningkatkan kinerja petugas - Pembagian tugas sesuai dengan tugas pokoknya - Meningkatkan upah JMD 	<p style="text-align: center;">STRATEGI WT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan desentralisasi pengambilan keputusan kebijaksanaan operasional pemberantasan malaria - Pertemuan rutin koordinasi yang membahas kebijakan dan masalah malaria - Lebih memperhatikan kualitas dan mutu pelayanan

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

- a. Pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I cenderung lebih menekankan segi kualitas (setiap penderita klinis atau positif dilakukan intervensi). Artinya secara kuantitas pencapaian target cakupan program sesuai kriteria desa yaitu (HCI : 30 %), (MCI : 15 %), dan (LCI : 10 %) yang ditetapkan pada Program Surveilans Malaria belum tercapai
- b. Pelaksanaan pemberantasan penyakit malaria yaitu di Puskesmas Kemranjen I tahun 2002 berdampak pada penurunan penderita malaria dibanding tahun 2001 yaitu dari 555 penderita positif malaria menurun menjadi 295 penderita positif malaria. Akan tetapi penyakit malaria telah mengalami penyebaran ke desa-desa lain yang sebelumnya tidak terjangkau. Pengawasan, pembinaan dan evaluasi terhadap petugas JMD, mikroskop belum berdampak pada pencapaian target cakupan program.
- c. Faktor – faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria di Puskesmas Kemranjen I adalah :
 - 1) Petugas lapangan sebagai pelaksana program pemberantasan malaria yang belum didukung dengan pengetahuan dan pemahaman tugas pokok yang baik serta pemahaman dan pengetahuan tentang pemanfaatan form SKD, bagan alur dan pengambilan keputusan

pemberantasan malaria yang tersedia belum memadai. Kebutuhan ideal untuk petugas JMD adalah disesuaikan dengan kriteria desa dan jumlah penduduk di suatu desa. Untuk KJMD setiap 1 orang KJMD untuk 3 – 5 orang JMD, dan masing-masing 1 orang KUPM, Mikroskopis, co.ass entomologis puskesmas.

3) Belum adanya pemahaman dan pengetahuan tentang pemanfaatan form SKD, bagan alur dan pengambilan keputusan

2. Saran

- a. Perlu ditingkatkan lagi pemahaman bagi masing-masing petugas untuk dapat lebih memahami penerapan program surveilans malaria dan tugas pokok serta penerapan desentralisasi di tingkat puskesmas dan juga tingkat kabupaten, terutama desentralisasi dalam pengambilan keputusan untuk penanggulangan malaria
- b. Peningkatan kualitas pelaksanaan manajemen pemberantasan malaria dengan melibatkan semua petugas dan peran Kepala Puskesmas yang lebih optimal
- c. Kelengkapan fasilitas termasuk pengadaan dan penggunaan buku pedoman
- d. Perlu dilakukan pemberantasan malaria secara integral dengan meningkatkan kerjasama lintas sektor.
- e. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai perilaku minum obat anti malaria bagi penderita malaria positip.

DAFTAR PUSTAKA

1. Harijanto, N., *Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi klinis dan Penanganan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2000
2. Kanwil Depkess RI, Provinsi Jawa Tengah, *Petunjuk Pelaksanaan Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) Provinsi Jawa Tengah tahun 2000-2001*, Semarang, 2000
3. Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Banyumas, *Laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) Malaria di Kabupaten Banyumas tahun 2001*, Banyumas, 2001
4. Keputusan Dirjen PPM & PLP No. 451-I/PD.03.04.IF/1991, *Pedoman Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)*, Jakarta, 1991
5. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Pedoman Pelita VI-Malaria (Buku-15)*, Jakarta, 1995
6. Silalahi Ulbert, *Studi tentang Ilmu Administrasi, Konsep Teori dan Dimensi*, Sinar Baru, Bandung, 1992
7. Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi III, Dina Rupa Aksara, Jakarta, 1996
8. Siagian, Sondang P., *Teori Pengembangan Organisasi*, bumi Aksara, Jakarta, 2000
9. Muninjaya, Gde, *Manajemen Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta 1999
10. Sarwoto, *Dasar-Dasar Organisasi & Manajemen*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1991
11. Moekijat, *Pokok Pengertian Administrasi & Kepemimpinan*, Mandar Maju, Bandung, 1990
12. Handoko, Hani, T., *Manajemen*, BPFE, Yogyakarta, 1995a
13. Handoko, Hani, T., *Manajemen Personalia & SDM*, BPFE, Yogyakarta, 1995b
14. Depkes, Dirjen P2B2 Dirjen PPM & PLP, *Modul Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria*, Jakarta, 1998

15. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Pemberantasan Vektor*, Jakarta, 1999
16. Soekidjo, N, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 1993
17. Muhadjir, N, *Metode Penelitian Kualitatif*, Edisi III, Rake sarasin, Yogyakarta, 1998
18. Moloeng, J.L., *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2000
19. Nasution, S., *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*, Tarsito, Bandung 1996
20. Kusnanto, Hari, *Metode Kualitatif dalam riset kesehatan*, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta, 1999
21. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Petunjuk Pelaksanaan Program Malaria Buku-17*), Jakarta, 1995
22. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Pemeriksaan Parasit Malaria secara Mikroskopis* (Buku-7), Jakarta, 1990
23. Reinke, William, A. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen* (Terjemahan), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1994
24. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Parasitologi Malaria*, Jakarta, 1999
25. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Dasar-dasar Entomologi dan Epidemiologi Malaria*, Jakarta, 1999
26. Hanslobel, *Malaria Program Assesment Document*, Dirjen PPM-PLP, Jakarta 1996
27. Muchlas, Makmuri, *Perilaku Organisasi I – Organization Behavior*, Aditya Media, Yogyakarta, 1999
28. UGM, *Assesment Program Pemberantasan Malaria di Indonesia*, Yogyakarta, 1995
29. Ettlign, Mery, *Malaria Program*, Dirjen PPM-PLP, Jakarta, 1995
30. Depkes, Dirjen PPM & PLP, *Modul penemuan dan pengobatan Malaria*, Jakarta, 1999

UPT-POSTAL-UNDIP

31. Rangkuti Freddy, *Analisis Swot Teknik membedah kasus Bisnis*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1999
32. Bryson John M, *Perencanaan Strategis bagi organisasi sosial*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2001