

**EVALUASI  
PELAKSANAAN PENEMUAN DAN PENGOBATAN  
MALARIA OLEH JURU MALARIA DESA (JMD) PADA  
PROGRAM PEMBERANTASAN MALARIA  
DI KABUPATEN PURWOREJO  
TAHUN 2005**



**TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2**

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

**Oleh  
KUSMANTO  
NIM : E4A003015**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2005**

Pengesahan tesis

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :


**EVALUASI  
PELAKSANAAN PENEMUAN DAN PENGOBATAN MALARIA  
OLEH JURU MALARIA DESA (JMD) PADA PROGRAM  
PEMBERANTASAN MALARIA DI KABUPATEN PURWOREJO  
TAHUN 2005**

Dipersiapkan dan disusun oleh

Nama : Kusmanto  
NIM : E4A003015

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 29 Oktober 2005 dan  
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama



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

Pembimbing Kedua



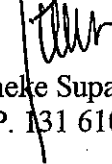
dr. Ari Udiyono, M. Kes  
NIP. 131 962 237

Penguji I



dr. Lily Herawati, M. Kes  
NIP. 140 105 381

Penguji II



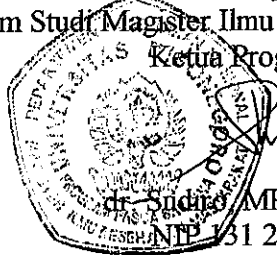
dr. Anneke Suparwati, MPH  
NIP. 131 610 340

Semarang, 29 Oktober 2005

Universitas Diponegoro

Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua Program



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

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya 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, Oktober 2005

Kusmanto

UPT-PUSTAK-UNBIP	
No. Daft:	4244/T/MIK4/e,
Tgl.	11/5.06

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Kusmanto  
Tempat/tanggal lahir : Kulon Progo, 26 Mei 1954  
Agama : Islam  
Alamat : Pangenjurutengah RT 04 RW 01 Purworejo - Jawa Tengah  
Telp. (0275) – 321638

### Riwayat Pendidikan :

1. SD negeri Kulur Temon Kulon Progo – DIY, tahun 1967
2. SMP Bopkri Wates Kulon Progo – DIY, tahun 1970
3. SMA Negeri Wates Kulon Progo – DIY, tahun 1973
4. Sekolah Pembantu Penilik Higyene (SPPH) Jakarta, tahun 1976
5. Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APKTS) Jakarta, tahun 1982
6. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, tahun 1990
7. Masuk Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang, tahun 2003

### Riwayat Pekerjaan :

1. Pelaksana Sanitasi Puskesmas Butuh Purworejo – Jawa Tengah, tahun 1977
2. Kasubsi Samijaga seksi PKL Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo – Jawa Tengah, tahun 1983
3. Kasi Pencegahan/Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo – Jawa Tengah, tahun 1993
4. Kasubdin Pencegahan/Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo – Jawa Tengah, tahun 2001
5. Kabid Pencegahan/Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo – Jawa Tengah, tahun 2004

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN  
MASYARAKAT  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2005**

**ABSTRAK**

Kusmanto

Evaluasi Pelaksanaan Penemuan dan Pengobatan Malaria oleh Juru Malaria Desa (JMD) pada Program Pemberantasan Malaria di Kabupaten Purworejo Tahun 2005

Penyakit malaria masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Purworejo. Dari tahun ke tahun kasus malaria terus menurun yaitu tahun 1999 (API 28,36 permil), tahun 2000 merupakan puncak kasus dengan API 44,62 permil, namun sampai tahun 2004 bisa ditekan menjadi 0,77 permil. Meskipun API dapat ditekan, namun masih punya desa HCI sebanyak 27 desa. Program penanggulangan malaria di Purworejo mengacu strategi Nasional yaitu dengan Gebrak Malaria. Kejadiannya adalah : Penemuan dan pengobatan penderita secara dini, pemberantasan vektor dan survailans. Kegiatan Penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD mempunyai kontribusi yang tinggi (92,01%) dari kegiatan PCD, sehingga kegiatan ini mempunyai peran yang sangat strategis dalam program pemberantasan malaria.

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk mendiskripsikan pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD pada program pemberantasan malaria di Kabupaten Purworejo.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan sampel yang diambil berdasarkan purposive sampling, dengan lokasi Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep, Respondennya Kepala Puskesmas, KUPM, Mikroskopis dan semua JMD yang bertugas di Puskesmas tersebut. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner serta ckeck list dan pengamatan/kajian dokumen yang ada.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari sisi input, ada kekurangan tenaga JMD dan tenaga KJMD tidak ada. Sedangkan sarana dan alat dalam mendukung kegiatan ACD tidak ada masalah artinya mencukupi dan dapat berfungsi dengan baik. Dari sisi proses, unsur perencanaan sudah berjalan, namun turunnya dana masih tergantung dari Dinas Kesehatan Kabupaten baik waktu maupun besarnya. Adapun pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan oleh JMD, juga berjalan dengan lancar, meskipun ada beberapa cara pelaksanaan yang belum sesuai pedoman antara lain pelaksanaan PE dan follow up. Untuk kegiatan supervisi dan pembinaan peran Kepala Puskesmas belum maksimal, karena semua kegiatan operasional diserahkan kepada petugas KUPM. Dari sisi output cakupan penemuan terhadap jumlah penduduk (ABER), di 4 Puskesmas penelitian masih dibawah target dari pedoman Dep.kes RI, yaitu baru 2,98%. Namun bila dibandingkan dengan kegiatan PCD maka penemuan penderita malaria klinis mencapai 92,01%,

sedangkan penemuan penderita positif malaria mencapai 78,18% dari semua kegiatan penemuan oleh Puskesmas. Untuk pelaksanaan follow up terhadap penderita yang mendapat pengobatan radikal dan penyelidikan epidemiologi pada kasus positif malaria, masih belum baik. Untuk cakupan pengobatan sudah baik karena semua penderita baik malaria klinis maupun yang positif selalu diobati, walaupun cara pemberian dengan sistim paket. Dengan ditemukan proporsi *P. falciparum* bentuk gamet cukup tinggi (30,00%), hal ini menunjukkan bahwa masih terjadi keterlambatan penemuan kasus di lapangan, dan kalau dibiarkan akan terjadi penularan yang lebih luas di masyarakat. Faktor pendukung kegiatan ACD terutama ketersediaan fasilitas kesehatan sampai tingkat desa, peran sektor lain, pengembangan kader malaria desa dan adanya kerja sama lintas batas Purworejo, Magelang dan Kulon Progo (DIY). Sedangkan penghambatnya yaitu dana terbatas, perilaku masyarakat mengenai ketaatan minum obat malaria dan lokasi desa endemis malaria yang cukup sulit (semua merupakan daerah pegunungan)

Evaluasi pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria oleh JMD, mulai dari input, proses maupun output akan mendapat gambaran terutama kekurangan kekurangan serta mendapat informasi faktor penghambat dan pendukungnya untuk memperbaiki program pemberantasan malaria dimasa mendatang, termasuk memperkecil faktor penghambat dan meningkatkan faktor pendukung dalam kegiatan ACD. Dengan demikian hasilnya akan lebih baik sehingga masalah malaria tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Purworejo.

Kata kunci : Evaluasi, Kegiatan ACD, cakupan kegiatan  
Kepustakaan : 31 (1978 – 2004 )

**Master's Degree of Public Health Program  
Majoring in Administration and Health Policy  
Diponegoro University  
2005**

**ABSTRACT**

**Kusmanto**

**Evaluation of Implementation of Malaria Finding and Treatment by the Village Malaria Worker in the Program of Malaria Eradication in District of Purworejo Year 2005**

Malaria is one of the public health problems in Purworejo District. Cases of malaria from year to year were going down. In 1999, Annual Parasite Incidence (API) was 28.36 per mile. In 2000, API was 44.62 per mile. In 2004, API was 0.77 per mile. API could be minimized but number of villages with High Case Incidence (HCI) status was 27 villages. Program of malaria intervention in Purworejo District refers to National Strategi by "Gebrak Malaria" which comprises the activities as follows : case finding and care seeking, eradication of vectors, and surveillance. Activities of case finding and care seeking by Active Case Detection (ACD) method give high contribution (92.01%). These activities have strategic role in the program of malaria eradication.

Aim of this research was describe implementation of malaria finding and treatment by ACD that was done by the village Malaria Worker in the program of malaria eradication in Purworejo district.

This was a qualitative research located at Winong health center, Bener health center, Purworejo health center, and Cangkep health center. Sample was taken by purposive sampling. Informants were Head of the health center, KUPM, Microscopic Worker, and Village Malaria Worker who worked at the health center. Questioner and ckect List were used to collect data.

Result of this research shows that in the input side, there is lack of village malaria worker, KJMD is not available. Completeness of means and tolls to support ACD are enough and can be used well. In the process side, planning has already been done but fund depends on the District Health Office. Implementation of malaria case finding and treatment by village malaria worker has already been done smoothly. Epidemiologi Investigation and Follow Up have not been done in accordance with the guide. The Head of the Health Center has not done supervision and founding optimally because all operational activities are done by KUPM officer. In the output side, coverage of finding towards number of citizen at four health center is 2.98% and it is still under the national target. Coverage of clinical malaria case finding by Passive Case Detection (PCD) is 92.01%. Coverage of malaria positive case finding is 78.18% Follow Up activities for sufferers who get radical treatment and epidemiology investigation of malaria positive case have not been done well. Coverage of medication has been done well. Proportion of *P. falciparum* in gamet from is high (30.00%). This condition shows that case finding in field is late. The supporting factors for ACD activities are as follows : availability of health facilities, role of other sectors, development of village malaria cadre,

and cooperation with district of Purworejo, Magelang, and Kulon Progo (DIY). The inhibiting factors are follows : lack of money, community behavior, and location of epidemic malaria.

Information of inhibiting and supporting factors can be used to improve the program of malaria eradication for the future. The result of activities will be better than before. Finally, in the next time, malaria will not be a public health problem again in Purworejo District.

**Key Words** : Evaluation, Activities of ACD, and Coverage of activities  
**Bibliography** : 31 ( 1978-2004)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan bimbingan dan karuniaNya untuk menyelesaikan tulisan ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Magister di bidang Manajemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini berdasarkan pada penelitian Evaluasi Pelaksanaan Penemuan dan Pengobatan Malaria oleh Juru Malaria Desa (JMD) pada Program Penanggulangan Malaria di Kabupaten Purworejo Tahun 2005. Penulis mengakui bahwa penulisan tesis ini tidak akan berjalan dengan baik tanpa adanya bimbingan dan rido Allah SWT, serta dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. dr. Sudiro, MPH, Dr.PH dan dr. Ari Udiyono, M. Kes, selaku pembimbing, atas bimbingan dan arahan sejak awal hingga selesainya tesis ini
2. dr. Lily Herawati, M. Kes dan dr. Anneke Suparwati, MPH sebagai penguji yang telah memberikan saran dan masukan untuk perbaikan tesis ini
3. dr. Sudiro, MPH, Dr.PH, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, beserta seluruh staf, yang telah banyak memberikan bantuan dan perhatian selama masa perkuliahan.
4. Bupati Purworejo yang telah memberikan ijin mengikuti pendidikan dan melakukan penelitian

5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo yang telah memberikan ijin dan dorongan untuk mengikuti pendidikan
6. Kepala Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkreng beserta seluruh karyawan, atas ijin penelitian dan kerja samanya selama proses penelitian
7. Seluruh staf bidang P2P – PL yang telah banyak membantu dalam proses penelitian
8. Rekan-rekan mahasiswa Program S2 MIKM Universitas Diponegoro Semarang yang ikut memberi semangat, dukungan dan kerjasama selama pendidikan

Selain itu penulis juga menyampaikan terima kasih yang tulus dan tak terhingga kepada keluarga, istri tercinta, anakku tersayang yang dengan ikhlas telah memberikan dukungan, dorongan dan bantuan sejak awal pendidikan hingga selesainya penelitian ini.

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

Semarang, Oktober 2005

penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xviii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang .....	1
B. Permasalahan .....	8
C. Tujuan penelitian .....	9
1. Tujuan umum .....	9
2. Tujuan khusus .....	9
D. Manfaat penelitian .....	10
E. Ruang lingkup penelitian .....	10
F. Keaslian penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>14</b>
A. Tinjauan manajemen .....	14
B. Evaluasi .....	18
C. Manajemen Penanggulangan Malaria .....	23
D. Pelaksanaan Penemuan dan Pengobatan malaria	28

E. Keberhasilan dan kegagalan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD .....	32
F. Kerangka Teori Penelitian .....	34
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>35</b>
A. Kerangka Konsep Penelitian .....	35
B. Jenis Penelitian .....	36
C. Populasi dan Sampel .....	36
D. Definisi Operasional .....	37
E. Alat/instrumen penelitian .....	42
F. Teknik Pengumpulan Data .....	42
G. Pengolahan dan Analisa Data .....	44
H. Keabsahan Penelitian .....	45
I. Prosedur Penelitian .....	46
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
A. Gambaran umum .....	47
B. Masukan (Input) .....	52
1. Sumer daya manusia .....	52
2. Sarana .....	61
3. Dana .....	62
C. Proses .....	62
1. Perencanaan .....	62
2. Pengorganisasian .....	64
3. Pelaksanaan penemuan .....	66
4. Pelaksanaan pengobatan .....	74
5. Supervisi/pembinaan .....	77
D. Keluaran (output) .....	79
1. Cakupan penemuan penderita malaria .....	79
2. Pengobatan penderita malaria .....	87

<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>89</b>
A. Perencanaan .....	89
B. Pengorganisasian .....	90
C. Pelaksanaan .....	92
1. Kegiatan penemuan penderita malaria .....	92
2. Pengobatan penderita malaria .....	96
D. Pembinaan dan supervisi .....	99
E. Faktor faktor pendukung dan penghambat kegiatan ACD. ....	100
1. Faktor pendukung .....	100
2. Faktor penghambat .....	101
 <b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	 <b>106</b>
A. Kesimpulan .....	106
B. Saran .....	107
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	 <b>109</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN ( 1 – 12 )</b>	

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. 1 Grafik API dan desa HCI di Kabupaten Purworejo Tahun 1999 s/d 2004.....	3
Gambar 1. 2 Grafik penemuan penderita secara ACD dan PCD di Kabupaten Purworejo tahun 1999 s/d 2004.....	7
Gambar 2. 1 Kerangka teori penelitian .....	34
Gambar 3. 1 Kerangka konsep penelitian.....	35
Gambar 4. 1 Susunan organisasi pemberantasan malaria dalam kegiatan ACD di Puskesmas tahun 2005.....	65
Gambar 4. 2 Grafik penemuan penderita malaria klinis dari kegiatan ACD di Puskesmas tahun 2005 .....	82
Gambar 4. 3 Grafik perbandingan penemuan penderita positif kegiatan ACD dengan PCD tahun 2005 .....	84
Gambar 4. 4 Grafik jenis parasit P. f, Pv dan campuran dari kegiatan ACD tahun 2005 .....	86
Gambar 4. 5 Grafik proporsi P. f bentuk gamet dari kegiatan ACD tahun 2005 .....	87

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1. Matriks pengumpulan data .....	44
Tabel 4. 1. Distribusi jumlah desa dan penduduk tahun 2005 ...	49
Tabel 4. 2. Jumlah desa HCI, MCI, LCI, bebas dengan jumlah rumah, dusun dan penduduk .....	50
Tabel 4. 3. Distribusi jenis dan jumlah sarana kesehatan 2005	51
Tabel 4. 4. Distribusi jenis dan tenaga di Puskesmas 2005....	52
Tabel 4. 5. Distribusi JMD berdasar tingkat pendidikan .....	54
Tabel 4. 6. Distribusi JMD berdasar pengalaman kerja di Pkms.	55
Tabel 4. 7. Distribusi JMD berdasar pemahaman tupoksi di Puskesmas tahun 2005 .....	57
Tabel 4. 8. Distribusi berdasar karakteristik kegiatan ACD	58
Tabel 4. 9. Distribusi jenis sarana yang menunjang kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD .....	61
Tabel 4. 10. Distribusi tenaga JMD di Puskesmas tahun 2005 ..	64
Tabel 4. 11. Distribusi kegiatan JMD berdasar kesesuaian jadwal kunjungan rumah .....	67
Tabel 4. 12. Distribusi kegiatan penemuan dan pengobatan malaria oleh JMD berdasar time laps .....	68
Tabel 4. 13. Distribusi kegiatan penemuan penderita secara ACD oleh JMD berdasar jumlah kunjungan rumah per hari .....	69
Tabel 4. 14. Distribusi tingkat keberatan JMD terhadap beban kerja .....	71
Tabel 4. 15. Pelaksanaan PE melalui survei kontak oleh JMD .	72
Tabel 4. 16. Pelaksanaan follow up oleh JMD terhadap penderita yang mendapat pengobatan radikal .....	73
Tabel 4. 17. Cara minum obat hari pertama pada penderita klinis	75
Tabel 4. 18. Cara minum obat pada hari pertama penderita positif malaria..	76

Tabel 4. 19.	Matriks pembinaan pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD .....	78
Tabel 4. 20.	Cakupan kegiatan penemuan penderita secara ACD .....	80
Tabel 4. 21.	Perbandingan penemuan penderita klinis malaria dari kegiatan ACD dengan kegiatan PCD .....	81
Tabel 4. 22.	Perbandingan penemuan penderita positif malaria dari kegiatan ACD dengan kegiatan PCD .....	83
Tabel 4. 23	Distribusi jenis parasit .....	85
Tabel 4. 24	Proporsi <i>P. falciparum</i> bentuk gamet .....	86
Tabel 5. 1	Analisis dengan menggunakan matriks SWOT .....	104

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Uraian tugas pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD
- Lampiran 2 Pedoman pelaksanaan pengobatan malaria tanpa komplikasi
- Lampiran 3 Surat Ditjen PPM-PLP, tentang kebijakan pengobatan malaria *P. falciparum* di Indonesia
- Lampiran 4 Form Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) malaria
- Lampiran 5 Flowchart interpretasi dan tindak lanjut SKD malaria
- Lampiran 6 Ckeck list penelitian
- Lampiran 7 Pertanyaan penelitian untuk JMD
- Lampiran 8 Pertanyaan penelitian untuk mikroskopis
- Lampiran 9 Pertanyaan penelitian untuk KUPM
- Lampiran 10 Pertanyaan penelitian untuk kepala Puskesmas
- Lampiran 11 Surat izin penelitian dari Kantor Pelayanan Administrasi Perizinan (K.P.A.P) Pemerintah Kabupaten Purworejo
- Lampiran 12 Surat izin dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo

## DAFTAR SINGKATAN

<b>ABER</b>	: <i>Annual Blood Examination Rate</i>
<b>ACD</b>	: <i>Active Case Detection</i>
<b>API</b>	: <i>Annual Parasite Incidence</i>
<b>F U</b>	: <i>Follow Up</i>
<b>HCI</b>	: <i>High Case Incidence</i>
<b>HS</b>	: Higiene Sanitasi
<b>IRS</b>	: <i>Indoor Residual Spraying</i>
<b>IAMI</b>	: Inisiatif Anti Malaria Indonesia
<b>JMD</b>	: Juru Malaria Desa
<b>KLB</b>	: Kejadian Luar Biasa
<b>KJMD</b>	: Koordinator Juru Malaria Desa
<b>KOPEM</b>	: Komando Pembasmian Malaria
<b>KUPM</b>	: Koordinator Urusan Pemberantasan Malaria
<b>LCI</b>	: <i>Low Case Incidence</i>
<b>MSP</b>	: Malaria Surveillance Program
<b>MCI</b>	: Middle Case Incidence
<b>PCD</b>	: <i>Passive Case Detection</i>
<b>PNS</b>	: Pegawai Negeri Sipil
<b>Polindes</b>	: Pondok Bersalin Desa
<b>PKD</b>	: Poliklinik Kesehatan Desa
<b>POSYADU</b>	: Pos Pelayanan Terpadu
<b>Puskesling</b>	: Pusat Kesehatan Keliling
<b>Pustu</b>	: Puskesmas Pembantu

<b>PE</b>	<b>: Penyelidikan Epidemiologi</b>
<b>PKL</b>	<b>: Pembinaan Kesehatan Lingkungan</b>
<b>SKD</b>	<b>: Sistim Kewaspadaan Dini</b>
<b>SD</b>	<b>: Sediaan Darah</b>
<b>SLTP</b>	<b>: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama</b>
<b>SLTA</b>	<b>: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas</b>
<b>SPR</b>	<b>: <i>Side Positive Rate</i></b>
<b>WHO</b>	<b>: <i>World Health Organization</i></b>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang banyak menimbulkan masalah kesehatan masyarakat di banyak negara, khususnya yang beriklim tropis termasuk Indonesia. Setiap tahun malaria menyebabkan kematian antara 1,1 sampai 2,7 juta penduduk di dunia, dimana 1 juta diantaranya yang diserang adalah anak-anak balita (berumur kurang dari 5 tahun). Di Indonesia penyakit ini bisa mempengaruhi angka kematian bayi, anak balita, ibu melahirkan serta menurunkan produktivitas kerja dan menjadi hambatan penting untuk pembangunan sosial dan ekonomi. Angka malaria di Indonesia, khususnya daerah Jawa dan Bali tahun 1997 sebanyak 0,12 per 1000 penduduk meningkat menjadi 0,81 per 1000 penduduk pada tahun 2000 dan terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di beberapa tempat. Situasi kasus malaria di Jawa Tengah pada lima tahun terakhir ini mengalami penurunan yaitu tahun 1999 jumlah kasus 1,06 per 1000 penduduk, turun menjadi 0,51 per 1000 penduduk pada tahun 2003. Dari 35 kabupaten di Jawa Tengah 11 diantaranya merupakan daerah endemis malaria, salah satunya adalah, kabupaten Purworejo (1).

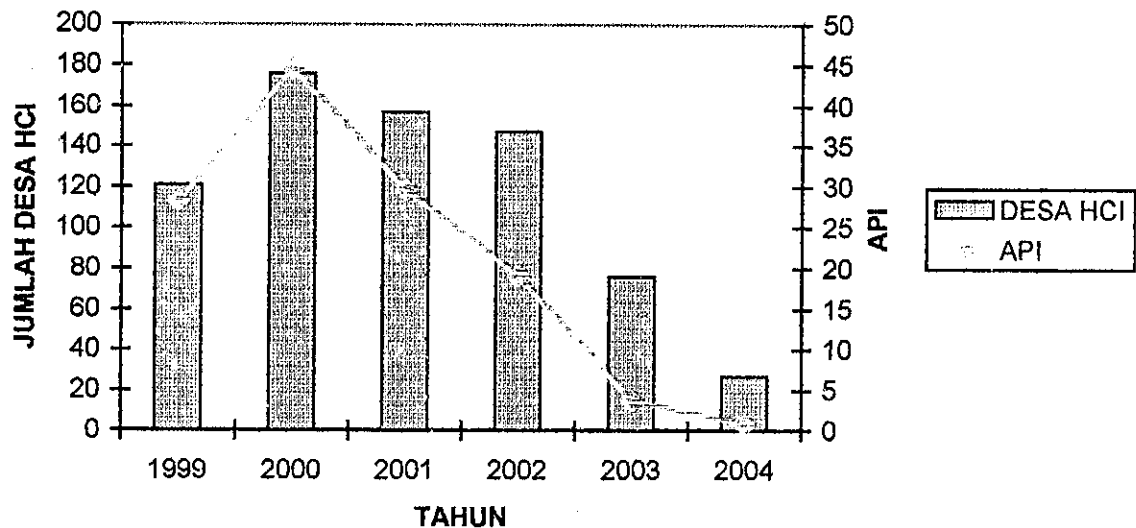
Kabupaten Purworejo terletak di selatan Jawa Tengah, sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia, sebelah timur berbatasan dengan Daerah Istimewa Yogyakarta, sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Kebumen dan sebelah utara berbatasan dengan kabupaten Magelang. Secara topografi wilayah kabupaten Purworejo 32% daerah pegunungan, 33% daerah dataran dan 35% berupa daerah bergelombang.

Luas daerah Purworejo 1034,82 km<sup>2</sup>, yang terdiri dari 16 kecamatan serta 494 desa/kelurahan. Jumlah penduduk 769799 jiwa dengan kepadatan 702 jiwa/km persegi. Fasilitas kesehatan yang ada di kabupaten Purworejo adalah 1 RSUD type B, 2 RSUD type D, 25 Puskesmas, 64 Pustu, 134 Polindes, 3 RS Swasta, 2 RS bersalin, 7 Apotek dan 20 buah toko obat (2).

Seperti telah disebutkan diatas, bahwa Kabupaten Purworejo merupakan salah satu daerah endemis malaria di Jawa Tengah, bahkan beberapa tahun yang lalu merupakan daerah endemis malaria tertinggi di Jawa Tengah. Angka kesakitan malaria atau *Annual Parasite Incidence* (API) di kabupaten Purworejo tahun 1999 sebesar 28,36 permil, tahun 2000 mengalami kenaikan menjadi 44,62 permil, tahun 2001 turun jadi 29,61 permil, tahun 2002 turun lagi jadi 19,14 permil, tahun 2003 bisa ditekan lagi menjadi 3,8 permil dan tahun 2004 masih bisa diturunkan hingga menjadi 0,77 permil, bahkan bila dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan dalam rencana strategis (Renstra) penanggulangan malaria kabupaten Purworejo jauh lebih rendah, karena dalam renstra tahun 2004, API ditargetkan 17 permil. Sejalan dengan penurunan kasus, maka jumlah desa endemis tinggi atau *High Case Incidence* (HCI) juga mengalami penurunan. Pada tahun 1999 sebanyak 121 desa, tahun 2000 naik jadi 176 desa, tahun 2001 turun lagi jadi 157 desa, tahun 2002 mengalami penurunan sedikit yaitu 147 desa, tahun 2003 turun cukup tajam hingga hanya 76 desa dan tahun 2004 masih dapat ditekan lagi hingga menjadi 27 desa ( 3 ).

Grafik desa HCI dan API dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar. 1. 1 Grafik API dan desa HCI tahun 1999 – 2004



Di Kabupaten purworejo

Sedangkan cakupan penemuan penderita malaria yang dinyatakan dengan ABER, yaitu tahun 1999 sebesar 4,16%, tahun 2000 naik mencapai 16,38%, tahun 2001 turun jadi 11,33%, tahun 2002 turun lagi jadi 7,87%, tahun 2003 mengalami penurunan lagi menjadi 3,42% dan tahun 2004 masih mengalami penurunan lagi walaupun sedikit yaitu 2,76%.

Menurut pedoman dari Dep. Kes. RI, perkiraan jumlah penderita malaria klinis pada daerah HCI yaitu 20% dari jumlah penduduk pertahun, daerah MCI 10% dan daerah LCI 5%. Meskipun ada perkiraan angka tersebut, namun untuk kegiatan penemuan penderita atau pengambilan sediaan darah yang dilakukan oleh Juru Malaria Desa (JMD) secara *Active Case Detection* (ACD) tidak ditargetkan.

Dari 27 desa HCI penyebaran kasus tidak merata di semua wilayah kecamatan yang ada di Kabupaten, tapi hanya ada pada kecamatan tertentu yaitu kecamatan Bener, Bruno, Gebang, Kemiri, Loano dan Purworejo yang semuanya merupakan daerah pegunungan (4).

Program pemberantasan malaria di Kabupaten Purworejo mengacu atau berpedoman pada program penanggulangan malaria secara nasional yaitu Gebrak Malaria (Gerakan berantas kembali Malaria) yang telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan RI, tahun 2000 di Kupang Nusa Tenggara Timur. Gebrak Malaria mengandung pengertian, gerakan nasional seluruh komponen masyarakat untuk memberantas malaria melalui kemitraan pemerintah, dunia usaha, LSM serta badan badan Internasional penyandang dana (5). Dengan demikian tanggung jawab masalah kesehatan, termasuk penanggulangan malaria tidak hanya tanggung jawab sektor kesehatan saja, akan tetapi merupakan tanggung jawab bersama, termasuk dalam hal ini adalah pemberdayaan masyarakat untuk peduli dan berperan aktif terhadap program penanggulangan malaria. Hal ini sejalan dengan Sistem Kesehatan Nasional yang salah satu subsistemnya adalah pemberdayaan masyarakat. Adapun pengertian pemberdayaan masyarakat disini adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perorangan, kelompok dan masyarakat umum dibidang kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya (6).

Secara umum, manajemen pemberantasan malaria ada 4 macam kegiatan pokok yang harus dilakukan yaitu penemuan penderita, pengobatan penderita, surveilans dan pemberantasan vektor. Penemuan penderita dilaksanakan dengan 2 cara yaitu secara *Active Case Detection (ACD)* dan *Passive Case Detection (PCD)*. Penemuan penderita

secara *ACD* dilaksanakan oleh petugas JMD, termasuk melalui peran serta masyarakat serta kader malaria desa, sedangkan cara *PCD* yaitu dilakukan oleh petugas kesehatan melalui pelayanan kesehatan di Puskesmas, Puskesmas pembantu, Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) dllnya. Pengobatan juga ada 2 jenis yaitu pengobatan penderita yang dinyatakan positif dengan pemeriksaan mikroskopis atau dinamakan pengobatan radikal dan pengobatan tersangka malaria dengan istilah pengobatan klinis. Pengobatan klinis ini dilaksanakan oleh JMD. Untuk program surveilans dilaksanakan melalui tim epidemiologi dan surveilans Puskesmas (Tepus) yang ada di Puskesmas, sedangkan pemberantasan vektor seperti penyemprotan rumah, larvasiding dan lain-lainnya dilakukan dengan prinsip *REESA* yaitu *Rational, Effective, Efficient, Sustainable and Acceptable* (7).

Dari aspek manajemen keempat kegiatan tersebut harus dilakukan dengan baik mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pemantauan agar mencapai tujuan yang diinginkan dalam hal ini adalah penurunan kasus malaria, sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat yang akhirnya juga akan mendukung tercapainya visi Indonesia sehat 2010. Sementara program penanggulangan penyakit menular termasuk penanggulangan malaria yang ditetapkan dalam rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 dengan sasaran menurunkan angka kesakitan malaria kurang dari 1 per 1000 penduduk dan menurunkan angka kesakitan malaria 75 persen (8).

Situasi malaria di kabupaten Purworejo dari tahun ke tahun mengalami penurunan yang cukup tajam bahkan tahun 2004 angka kasus malaria tingkat kabupaten sangat rendah yaitu hanya 0,77 permil yang dalam strata daerah termasuk daerah endemis rendah atau *Low Case*

*Incidence* (LCI). Kemungkinan hal ini terjadi karena adanya berbagai kegiatan penanggulangan malaria dengan metode Gebrak Malaria yang mana kegiatannya mulai mengajak peran sektor diluar kesehatan misalnya Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, Dinas Perikanan, Kantor pemberdayaan masyarakat dsbnya, termasuk peran aktif masyarakat yang sudah mulai muncul sebagai contoh di Kecamatan Pituruh telah terbentuk Masyarakat Peduli Malaria (MPM) yang membantu dalam program penanggulangan malaria di Kecamatan Pituruh. Berdasar data yang ada, penurunan kasus malaria di Purworejo mempunyai daya ungkit yang cukup besar pada peta endemisitas malaria di Jawa Tengah. (Laporan evaluasi pelaksanaan program Gebrak Malaria di Jawa tengah Desember 2004)

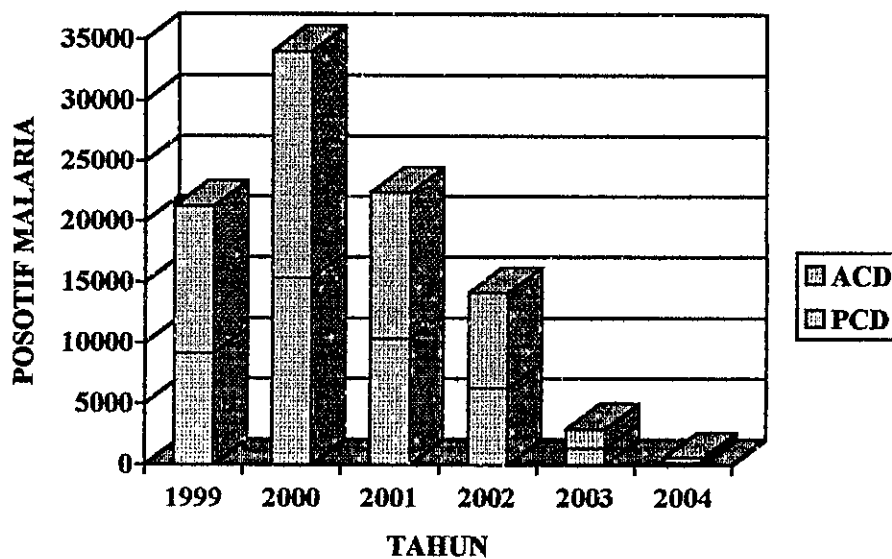
Program penanggulangan malaria dikatakan berjalan dengan baik salah satu tolok ukurnya apabila bisa menekan angka malaria sesuai target yang telah ditetapkan (kurang dari 1/1000 penduduk). Untuk itu maka harus dipertimbangkan dari kedua sisi baik sisi epidemiologi maupun dari sisi manajemen. Dari sisi manajemen harus ditekankan pada prinsip efisiensi sumber daya artinya dengan menggunakan sumber daya yang minimal bisa memperoleh hasil yang maksimal dengan tidak mengurangi kualitas program, sedangkan dari sisi epidemiologi persoalan malaria tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Penemuan dan pengobatan malaria baik secara aktif (ACD) maupun pasif (PCD) merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting dalam program penanggulangan malaria, karena kegiatan ini sangat menentukan keberhasilan didalam menurunkan kasus, termasuk menekan atau mengurangi terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB).

Kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD oleh JMD mempunyai peran yang besar dalam penanggulangan malaria, karena lebih

dari 50 % yaitu antara 53,68 % sampai 64,9 % sediaan darah yang diperiksa kontribusinya dari kegiatan ACD oleh JMD, tentu tidak mengesampingkan kegiatan PCD juga kegiatan pendukung lainnya., termasuk peran aktif dari masyarakat. Adapun kegiatan penemuan penderita malaria tahun 1999 ( secara ACD yaitu 12160 orang, dan PCD, 9115 orang, tahun 2000 (ACD , 18660 orang, PCD 15370 orang), tahun 2001 (ACD 12026 orang, PCD 10373 orang), tahun 2002 (ACD 7882 orang, PCD 6245 orang), tahun 2003 (ACD 1583 orang, PCD 1340 orang) dan tahun 2004 (ACD 388 orang dan PCD 209 orang) . Sebagai perbandingan antara kegiatan ACD dan PCD bisa dilihat pada grafik dibawah ini :

Gambar. 1 2  
Grafik penemuan penderita secara ACD dan PCD  
di Kabupaten Purorejo th. 1999 - 2004



Dari gambar tersebut kita bisa melihat bahwa kegiatan penemuan malaria secara ACD oleh JMD selama 5 tahun lebih proporsinya selalu diatas 50 % dari semua penderta yang ditemukan, artinya kegiatan ACD ini sangat berperan dalam program penanggulangan malaria. Adapun yang

terkait langsung dengan kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD oleh JMD yaitu petugas mikroskopis, sarana/alat yang terkait dengan laboratorium seperti mikroskop, kaca slide, vaksin pen reagen dllnya. Sedangkan yang terkait secara tidak langsung yaitu pembinaan atau supervisi baik dari KUPM, maupun dari Kepala Puskesmas. Agar kegiatan penemuan penderita yang dilakukan oleh JMD makin meningkat baik kualitasnya maupun kuantitasnya, maka perlu dilakukan evaluasi.

Kegiatan evaluasi merupakan salah satu dari fungsi manajemen yang sangat penting dan mutlak harus dilaksanakan. Dengan evaluasi akan bisa dibuat keputusan keputusan penting demi perbaikan kegiatan selanjutnya, sehingga akan memperoleh hasil yang lebih baik.(10). Oleh karena itu penemuan dan pengobatan secara ACD, perlu dilakukan evaluasi. Evaluasi yang dimaksud adalah evaluasi setelah selesai pelaksanaan program yaitu penemuan dan pengobatan malaria secara ACD atau sering disebut evaluasi sumatif yang mencakup mulai dari *input*, *proses*, *output* maupun *outcome* (11). Evaluasi *input* meliputi tenaga, dana, metode, sarana, evaluasi *proses* mencakup kegiatan penemuan dan pengobatan penderita malaria,serta evaluasi *output* yaitu cakupan penemuan penderita malaria dan cakupan pengobatan malaria,yang dilakukan oleh JMD

## **B. Permasalahan.**

Meskipun kasus malaria dapat ditekan dengan baik, namun penanganan malaria masih belum tuntas, karena masih ada 27 desa HCI.

Adapun yang terkait secara langsung dengan proses pelaksanaan penemuan penderita oleh JMD atau kinerja JMD adalah : petugas mikroskopis, sarana/prasarana yang terkait dengan laboratorium. Kinerja JMD meliputi perekrutan, pembekalan/pelatihan, gaji upah, pedoman

pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria, peralatan (kaca slide, vaksinostil, alat pencatatan, tas dll), kemudian untuk petugas laboratorium meliputi kualitas dan kuantitas, mikroskop, reagen, kaca slide dan ruangan. Sedangkan yang terkait secara tidak langsung adalah pembinaan/supervisi dari KUPM, kepala Puskesmas dan petugas kabupaten

### **1. Rumusan masalah**

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah adalah :

Walaupun dari unsur manajemen pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD, sudah berjalan yaitu adanya tenaga JMD, tenaga mikroskopis, dana, sarana / alat dan pedoman program, namun pelaksanaannya belum maksimal karena kasus malaria belum bisa ditangani secara tuntas.

### **2. Pertanyaan penelitian**

Apakah pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria yang dilakukan oleh Juru Malaria Desa (JMD) mulai input, proses dan output sudah dilaksanakan sesuai pedoman Departemen Kesehatan RI ?

## **C. Tujuan Penelitian.**

### **1. Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendiskripsikan pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita malaria oleh JMD dari input, proses dan output pada program penanggulangan malaria di Kabupaten Purworejo

### **2. Tujuan khusus :**

- a. Mendiskripsikan pelaksanaan penemuan penderita malaria
- b. Mendiskripsikan pelaksanaan pengobatan malaria klinis dan radikal

- c. Mendiskripsikan faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara aktif atau Active Case Detection (ACD).

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Sebagai bahan masukan pada Institusi kesehatan di semua tingkatan administrasi mulai dari kecamatan sampai Pusat dalam kebijakan program penanggulangan malaria dimasa mendatang terutama pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD, oleh JMD khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo dalam melaksanakan Program Pemberantasan malaria.
2. Bagi MIKM Undip merupakan pengembangan Ilmu pengetahuan diharapkan menjadi semangat untuk memacu peneliti peneliti selanjutnya tentang pelayanan kesehatan khususnya dalam penanggulangan penyakit malaria.
3. Bagi penulis merupakan tantangan untuk penelitian selanjutnya, sehingga pelaksanaan penanggulangan malaria bisa efektif dan efisien dengan tidak mengurangi kualitas program.

#### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

1. Lingkup keilmuan penelitian ini termasuk dalam lingkup ilmu kesehatan masyarakat khususnya bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan, dengan titik berat penelitian manajemen pelayanan kesehatan .
2. Lingkup materi  
Penelitian ini mengambil materi berupa evaluasi proses pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria oleh JMD.
3. Lingkup lokasi  
Penelitian ini dilakukan di 4 Puskesmas yang ada di wilayah kabupaten Purworejo yaitu Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkep

#### 4. Lingkup sasaran

Sebagai sasaran penelitian ini adalah petugas yang terlibat dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD yaitu JMD, Mikroskopis, KUPM dan Kepala Puskesmas di Puskesmas penelitian

#### 5. Lingkup waktu

Penelitian ini dilakukan mulai tahun 2004 dengan kegiatan penyusunan proposal selanjutnya pelaksanaan penelitian dilakukan tahun 2005

### F. Keaslian Penelitian

Telah banyak dilakukan penelitian mengenai program pemberantasan malaria di kabupaten Purworejo, namun penelitian penelitian tersebut banyak menggunakan pendekatan epidemiologis atau medis tehnis sebagai contoh Studi resistensi plasmodium falciparum terhadap klorokuin secara in vivo di kecamatan Kemiri, Loano dan Bener kabupaten Purworejo. Pemakaian kelambu dengan dipoles permethrin terhadap prevalensi malaria dan efektivitasnya terhadap jenis vektor tertentu, Pengaruh kelambu berpermethrin terhadap insidensi malaria pada anak anak umur 0 – 9 tahun di kecamatan Loano kabupaten Purworejo. Sedangkan penelitian tentang program pemberantasan malaria dengan pendekatan manajemen antara lain Evaluasi pengobatan malaria di Puskesmas Propinsi Sulawesi Utara oleh Lily Ranti Gunawi (12). Kemudian Evaluasi pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita malaria di kabupaten Kotawaringin Kalimantan Tengah pada tahun 2001 oleh Mulin R Simangunsong (13), serta Evaluasi proses pelaksanaan program pemberantasan malaria pada Puskesmas HCI di daerah tingkat II Purworejo tahun 1999 oleh Ngestiono (14).

Untuk penelitian dengan pendekatan medis teknis dan epidemiologis jelas berbeda dengan penelitian yang dilakukan penulis, sehingga tidak diuraikan lagi sedangkan ketiga penelitian diatas yang menggunakan pendekatan manajemen akan diuraikan secara singkat kesamaan dan perbedaan dengan penelitian yang akan penulis laksanakan.

1. Evaluasi pengobatan malaria di Pusekesmas Propinsi Sulawesi Utara oleh Lily Ranti Gunawi tahun 1998.

a. Kesamaan

Jenis penelitian kualitatif bersifat diskriptif, cara penentuan sampel dengan metode purposive sampling.

b. Perbedaan

Kebijakan atau pedoman pembrantasan malaria di Sulawesi lain dengan di Jawa Bali, hanya menyoroti atau meneliti pengobatan saja yang ditekankan pada penulisan resep oleh tenaga medis.

2. Evaluasi penemuan dan pengobatan malaria di kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah oleh Mulin R Simangunsong 2001 .

a. Kesamaan

Penelitian kualitatif bersifat diskriptif, pengamatan secara cross sectional, unit analisisnya pada level administrasi yang sama yaitu Puskesmas.

b. Perbedaan

Kebijakan atau pedoman program malaria di Kalimantan lain dengan di Jawa dan Bali, yang dianalisa kegiatan ACD dan PCD dengan membandingkan pelaksanaan program pemberantasan malaria Puskesmas HCI dengan yang Puskesmas bukan HCI

3. Evaluasi proses pelaksanaan program pembrantasan malaria pada Puskesmas HCI dikabupaten Purworejo oleh Ngestiono tahun 1999.

a. Kesamaan

Sama sama pendekatan manajemen dari aspek evaluasi, kemudian sama sama diwilayah kabupaten Purworejo, secara cross sectional yang bersifat deskriptif.

b. Perbedaan

Dilaksanakan tahun 1999, program penanggulangan malaria memakai metode atau pendekatan MSP (Malaria Surveylans Program ), menyangkut semua kegiatan penanggulangan baik ACD maupun PCD dan semua kegiatan mulai dari penanganan penyakit, penanganan vektor dan surveilans.

Dengan melihat uraian tersebut diatas maka penelitian evaluasi pelaksanaan penemuan dan pengobatan oleh Juru Malaria Desa (JMD) program penanggulangan malaria di Kabupaten Purworejo belum pernah dilaksanakan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Manajemen

Program penanggulangan penyakit malaria , merupakan kegiatan yang melibatkan banyak orang, ada unsur perencanaan, pengorganisasian pelaksanaan, pengawasan serta penilaian. Untuk ini perlu pengaturan yang baik agar tujuan tiap kegiatan atau program tersebut tercapai dengan baik. Proses pengaturan inilah yang disebut manajemen. Dengan demikian kegiatan penanggulangan malaria tidak dapat lepas dari manajemen. Adapun pengertian manajemen telah banyak didefinisikan oleh para ahli , namun tidak ada satupun definisi manajemen yang bisa diterima secara universal. Salah satu pengertian manajemen yang agak kompleks dikemukakan oleh Stoner, yaitu manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya – sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (15). Sementara menurut Soekidjo , 2003 pengertian manajemen apabila diterapkan dalam bidang kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Muninjaya, 1999 mengatakan bahwa pengertian manajemen secara klasik, adalah ilmu atau seni bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (16).

T.Handoko, 2003 menyatakan pengertian efisiensi adalah kemampuan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dengan benar, dan ini merupakan konsep matematik atau perhitungan ratio antara keluaran (*output*) dan masukan (*input*), dengan kata lain manajer atau pimpinan yang dapat meminimumkan biaya penggunaan sumber daya untuk mencapai keluaran yang telah ditentukan. Sedangkan pengertian efektivitas adalah merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, dengan kata lain seorang manajer atau pimpinan yang efektif dapat memilih pekerjaan yang harus dilakukan atau metode yang tepat untuk mencapai tujuan (15). Sementara Muninjaya, 1999, menyatakan bahwa manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama penerapannya yaitu efisien dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan. Kemudian Juga membagi empat fungsi manajemen dibidang kesehatan yang penting dan saling terkait satu sama lainnya yaitu fungsi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan kemudian pengawasan dan evaluasi (16).

### **1. Perencanaan**

Di bidang kesehatan, perencanaan dapat diartikan sebagai proses untuk merumuskan masalah masalah kesehatan dimasyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

### **2. Pengorganisasian**

Pada bidang kesehatan pengertian pengorganisasian yaitu suatu langkah untuk menetapkan kemudian menggolong-golongkan,

mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas tugas dan wewenang seseorang dan pendelegasian wewenang dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

### **3. Penggerakan dan pelaksanaan ( aktuasi )**

Fungsi ini merupakan fungsi penggerak semua kegiatan yang telah dituangkan dalam fungsi pengorganisasian, untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditentukan pada fungsi perencanaan. Sehingga fungsi ini lebih ditekankan bagaimana seorang manajer atau pemimpin mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan .

### **4. Pengawasan**

Fungsi ini merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen, dan 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 penyimpangan harus dideteksi sedini mungkin. Kegiatan fungsi pengawasan dan pengendalian ini bertujuan agar penggunaan sumber daya bisa efisien dan efektifitas tugas tugas staf untuk mencapai tujuan lebih terjamin.

Salah satu bentuk kegiatan dari pengawasan adalah supervisi. Seorang manajer atau unsur pimpinan harus melakukan supervisi terhadap bawahan atau yang melaksanakan pekerjaan, agar pekerjaan bisa berjalan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Aswar, 1996 menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan supervisi disini adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala

oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (17). Ada lima unsur pokok supervisi yaitu: pelaksana, sasaran, frekuensi, tujuan dan tehnik supervisi.

a. Pelaksana

Pelaksana atau yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah atasan yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam pengetahuan dan ketrampilan pekerjaan yang dilakukan bawahan. Syarat supervisor yang baik antara lain :

1. Sebaiknya pelaksana supervisi adalah atasan langsung dari yang disupervisi
2. Memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi
3. Memiliki ketrampilan melakukan supervisi artinya memahami prinsip prinsip pokok serta teknik supervisi
4. Mempunyai sikap edukatif dan suportif bukan otoriter.
5. Mempunyai waktu yang cukup, tidak tergesa gesa, melainkan secara sabar berupaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan serta sikap bawahan yang disupervisi.

b. Sasaran

Sasaran atau obyek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan.

### c. Frekuensi

Supervisi yang baik harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala artinya beberapa kali tergantung dari tingkat kesulitan pekerjaan yang dilakukan bawahan.

### d. Tujuan

Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas dengan hasil yang baik, bukan mencari kesalahan.

Dalam pelaksanaan supervisi menurut Soekidjo Notoatmodjo, 2003 dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu melalui kunjungan langsung atau observasi terhadap obyek yang diawasi, melalui analisis terhadap laporan laporan yang masuk, melalui pengumpulan data atau informasi yang khusus ditujukan terhadap obyek obyek pengawasan dan melalui tugas dan tanggung jawab para petugas khususnya para pimpinan (11).

## B. Evaluasi

### 1. Pengertian Evaluasi

William Dun, 2003, menyebutkan secara umum pengertian evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran, pemberian angka, dan penilaian yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilai. Evaluasi memainkan sejumlah fungsi utama dalam analisis kebijakan. Pertama dan yang paling penting, evaluasi memberi informasi yang dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan. Dalam hal ini evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan atau target tertentu telah dicapai, kedua evaluasi juga memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai nilai yang mendasari tujuan atau target dan ketiga evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode

metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dari rekomendasi untuk memperbaiki kebijakan (18).

Beberapa batasan atau pengertian evaluasi pada program kesehatan yang dianggap cukup penting adalah sebagai berikut :

- a. Evaluasi adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya (*World Health Organization*)
- b. Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (*The American Public Health Association*)
- c. Evaluasi adalah suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan kesimpulan serta penyusunan saran saran, yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program (*The International Clearing House on Adolescent Fertility Control For Population Options*)
- d. Evaluasi adalah suatu proses pengukuran terhadap akibat yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Riecken)

Dari pengertian diatas pada prinsipnya ada dua pendapat pertama penilaian dapat dilakukan pada setiap tahap program, dan yang kedua penilaian dilakukan pada tahap akhir program. Dan yang paling penting bahwa perencanaan, pelaksanaan dan penilaian selalu terdapat hubungan yang amat erat artinya tak bisa terpisahkan. Marry

Arnold mengatakan bahwa penilaian adalah cermin dari pelaksanaan suatu program, yang peranannya amat besar dalam perencanaan program selanjutnya.

Azrul Azwar. 1996, membagi tiga jenis penilaian yaitu pertama penilaian pada tahap awal program (*formative evaluation*), penilaian ini bermaksud untuk mengukur kesesuaian program dengan masalah yang ada atau sering disebut studi penjajakan, kedua penilaian pada tahap pelaksanaan program (*promotive evaluation*) dengan tujuan utama apakah program yang sedang dilaksanakan telah sesuai rencana atau tidak, atau apakah terjadi penyimpangan yang dapat mengganggu pencapaian tujuan dari program atau sering disebut monitoring. ketiga adalah penilaian pada tahap akhir program (*summative evaluation*) dengan dua tujuan utama yaitu untuk mengukur keluaran (*output*) dan mengukur dampak yang dihasilkan(17).

## 2. Ruang lingkup evaluasi

Menurut Reinke. 1994, dalam program pelayanan kesehatan, evaluasi bukan hanya sebagai suatu alat pembandingan sebelum dan sesudah dampak program, tapi evaluasi harus dipandang sebagai suatu cara untuk perbaikan pembuatan kebijakan atau keputusan untuk tindakan tindakan dimasa mendatang, juga keberhasilan program tersebut dapat dicontoh/ditiru ditempat lain atau pengalaman kegagalan agar jangan terulang ditempat lain (10).

Untuk kepentingan praktis, Azrul Azwar.1996, ruang lingkup evaluasi atau penilaian secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok yaitu penilaian terhadap masukan, penilaian terhadap proses,

penilaian terhadap keluaran dan penilaian terhadap dampak dengan uraian secara singkat adalah sebagai berikut :

a. Penilaian terhadap masukan

Termasuk kedalam penilaian terhadap masukan (*input*), ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik dana, tenaga, metode maupun sarana/prasarana.

b. Penilaian terhadap proses

Penilaian ini lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksud disini mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian, dan pelaksanaan program.

c. Penilaian terhadap keluaran

Yang dimaksud dengan penilaian terhadap keluaran (*output*), ialah penilaian terhadap hasil yang dicapai dari pelaksanaan suatu program

d. Penilaian terhadap dampak

Penilaian terhadap dampak (*impact*) suatu program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari pelaksanaan suatu program

3. Tujuan evaluasi

Tujuan evaluasi suatu program biasanya bervariasi, tergantung dari pihak yang memerlukan informasi hasil tersebut. Pimpinan tingkat atas memerlukan informasi hasil evaluasi berbeda dengan pimpinan tingkat menengah atau pimpinan tingkat pelaksana. Supriyanto. 2003 menyatakan pada dasarnya evaluasi dilakukan dengan tujuan sebagai berikut ( 19 ) :

- a. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan pelaksanaan dan perencanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan atau pelaksanaan

program yang lalu selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang

- b. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana, daya dan manajemen (*resources*) saat ini serta dimasa mendatang, karena tanpa adanya evaluasi akan terjadi pemborosan penggunaan sumber dana dan daya yang sebenarnya dapat diadakan penghematan serta penggunaannya.
  - c. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program, dengan kegiatan antara lain mengecek relevansi program, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan secara terus menerus serta menentukan sebab dan faktor didalam maupun diluar yang mempengaruhi pelaksanaan program.
4. Model pendekatan evaluasi

Model atau pendekatan evaluasi dalam program kesehatan Suchman dan Weiss membagi 5 elemen pokok yaitu *Preexisting conditions*, *Program component*, *Intervening events*, *impact* dan *Consequences* ( 20 )

- a. *Preexisting conditions* : yaitu prakondisi yang mencakup kondisi sasaran program, organisasi pelaksanaan program dan ketergantungan dengan program, lingkungan tempat sasaran dan organisasi berada.
- b. *Program component* : yaitu masukan ( tujuan program dan sumber daya) dan kegiatan program.
- c. *Intervening events* : yaitu faktor faktor internal dan eksternal yang berpengaruh pada program.

d. *Impact* : yaitu mengenai indikator operasional yang menyatakan sejauh mana ingin dicapai

e. *Consequences* : yaitu suatu konsekuensi bagaimana apabila tujuan dapat dicapai dan sebaliknya bagaimana apabila tujuan tidak tercapai.

### C. Manajemen Penanggulangan Malaria

#### 1. Pengertian penyakit malaria

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1981, malaria adalah penyakit yg disebabkan oleh parasit malaria (*plasmodium*) bentuk aseksual yang masuk kedalam tubuh manusia yang ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*) betina. Ada empat jenis spesies plasmodium yang menyebabkan malaria pada manusia yaitu *plasmodium falciparum*, *plasmodium vivax*, *plasmodium ovale* dan *plasmodium malariae*. *Plasmodium falciparum* menyebabkan malaria tropika, yang sering menyebabkan malaria berat dan menimbulkan kematian, *plasmodium vivax* menyebabkan malaria tertiana, yang sering kambuh bila pengobatan tidak tuntas, sedangkan *plasmodium ovale* jarang sekali ditemukan di Indonesia dan *plasmodium malariae* menyebabkan malaria kuartana.(21).

#### 2. Manajemen program penanggulangan malaria

##### a. Perkembangan program pemberantasan malaria

Departemen Kesehatan RI.1999, dalam Rencana Pembangunan Menuju Indonesia Sehat 2010, menyebutkan bahwa program pemberantasan malaria merupakan salah satu dari program penanggulangan penyakit menular di Indonesia , serta merupakan salah satu dari sepuluh program unggulan dalam pembangunan kesehatan secara nasional, sehingga mempunyai andil yang cukup besar dalam

mencapai Indonesia sehat 2010 yang merupakan visi Indonesia dalam bidang kesehatan (8).

Program pemberantasan malaria di Indonesia sudah mengalami beberapa periode mulai periode pembasmian malaria (sampai tahun 1959) kemudian pemberantasan malaria diintegrasikan dengan sistem pelayanan yang ada di Puskesmas (tahun 1960 s/d tahun 1990), kemudian tahun 1991 mulai diperkenalkan dengan strategi Malaria Surveillance Program (MSP) dan terakhir pemberantasan malaria dengan strategi baru yaitu Gebrak Malaria yang pada tahun 2000 dicanangkan oleh Menteri Kesehatan di Kupang Nusa Tenggara Timur.

Gebrak Malaria yang mengadopsi konsep program Roll Back Malaria (RBM), sebagai operasionalisasi di Indonesia adalah merupakan gerakan nasional seluruh komponen masyarakat untuk memberantas malaria secara intensif melalui kemitraan antara pemerintah, dunia usaha, LSM dan badan badan Internasional penyandang dana, yang difokuskan pada daerah rawan malaria (5). Adapun tujuan dari program gebrak malaria yaitu meningkatnya kemampuan setiap orang dan kepedulian masyarakat untuk mengatasi masalah malaria, terciptanya lingkungan yang terbebas dari penularan malaria, terselenggaranya dan terjangkauanya upaya pemberantasan malaria serta meningkatnya produktifitas kerja guna mencapai Indonesia sehat 2010 . Untuk mencapai tujuan ini perlu dilakukan beberapa strategi yaitu pembangunan sadar malaria, pemberdayaan masyarakat, penggalangan kemitraan, keterpaduan program, profesionalisme, desentralisasi

dukungan peraturan/perundang-undangan, dukungan penelitian dan pengembangan ( litbang )

**b. Kebijakan pemberantasan malaria**

Sesuai keputusan Menteri Kesehatan RI, No.004/Menkes/SK/II/2003, tentang kebijakan dan strategi di bidang kesehatan, bahwa tujuan desentralisasi dibidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia sehat 2010, sehingga disini daerah mempunyai kewenangan yang luas untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan termasuk penanggulangan malaria (22).

Kebijakan yang dilaksanakan dalam program pemberantasan malaria sesuai pedoman Gebrak Malaria adalah sebagai berikut :

- 1) Gebrak malaria merupakan bagian integral pembangunan kesehatan dan pembangunan lainnya yang berwawasan kesehatan
- 2) Gebrak malaria dilaksanakan secara terpadu oleh pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, organisasi profesi dan partisipasi masyarakat dalam hal tenaga, sarana, maupun dana baik dari pusat sampai tingkat desa
- 3) Pelaksanaan gebrak malaria diprioritaskan pada daerah endemis atau daerah receptif malaria.
- 4) Pelaksanaan gebrak malaria bersifat desentralistik
- 5) Pelaksanaan gebrak malaria memadukan sumber daya yang ada, baik dari pusat, daerah, maupun masyarakat serta dunia usaha.

### c. Kegiatan program pemberantasan malaria

Dalam manajemen pelaksanaan pemberantasan malaria dengan strategi gebrak malaria ada empat kegiatan pokok yaitu penemuan penderita, pengobatan, surveilans dan pemberantasan vektor (7).

#### 1) Penemuan penderita

- a) Penemuan penderita pada wilayah yang telah mampu melaksanakan pemeriksaan laboratorium.

Penemuan penderita malaria di wilayah ini adalah dengan diagnose penderita malaria klinis, yang ditemukan dari berbagai aktifitas dan didukung pemeriksaan laboratorium. Kegiatan penemuannya melalui *Active Case Detection* (ACD), *Passive Case Detection* (PCD) dan mass fever survey (MFS).

- b) Penemuan pada wilayah yang belum mampu melaksanakan pemeriksaan laboratorium

Pengertiannya yaitu wilayah Puskesmas yang belum tersedia sarana pemeriksaan laboratorium malaria dan atau belum mampu memeriksa seluruh penderita klinis yang berkunjung ke Puskesmas secara laboratorium. Kegiatannya melalui *Passive Case Detection* (PCD), *maliometric survey*, *Mass Fever Survey* (MFS), *Mass Blood Survey* (MBS)

#### 2) Pengobatan

- a) Pengobatan klinis

Pengobatan malaria klinis adalah pengobatan yang diberikan dengan gejala klinis, tanpa melalui pemeriksaan laboratorium.

- b) Pengobatan radikal

Pengobatan radikal adalah pengobatan penyakit malaria yang diagnosis nya ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium,

dengan tujuan untuk membasmi semua stadium parasit malaria pada manusia.

**c) Pengobatan massal**

Pengobatan massal adalah pengobatan malaria secara massal yang dilakukan di daerah Kejadian Luar Biasa (KLB)

**d) Pengobatan pencegahan**

Pemberian obat anti malaria bagi perorangan maupun kelompok pendatang di daerah endemik untuk mencegah sakit malaria

**e) Pengobatan malaria berat**

Pengobatan yang diberikan pada penderita malaria berat atau malaria dengan komplikasi yang terdiri dari pengobatan dengan obat anti malaria, obat penunjang dan pengobatan terhadap komplikasi.

**3) Surveilans**

Surveilans malaria adalah kegiatan yang terus menerus, teratur dan sistematis dalam pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data malaria untuk menghasilkan informasi yang akurat dan dapat digunakan sebagai dasar untuk melaksanakan tindakan penanggulangan malaria.

**4) Pemberantasan vektor**

Pemberantasan vektor yaitu upaya mengendalikan vektor dengan cara menurunkan populasi, mencegah gigitan, mencegah nyamuk menjadi infeksius atau mengubah lingkungan sehingga tidak cocok untuk tempat berkembang biak atau istirahat vektor

#### **D. Pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita malaria secara *Active Case Detection (ACD)***

##### **1. Pengertian**

Penemuan penderita tersangka malaria secara *Active Case Detection (ACD)* atau secara aktif disuatu daerah fokus malaria tertentu melalui kunjungan petugas malaria dari rumah ke rumah (23).

##### **2. Tujuan**

Tujuan kegiatan ini untuk menemukan penderita malaria secara dini, memberikan pengobatan secepat mungkin, memantau fluktuasi kasus malaria dan sebagai kewaspadaan dini terhadap terjadinya KLB.

##### **3. Sasaran**

Sasarannya adalah semua penderita malaria klinis (penderita dengan gejala akut demam menggigil secara berkala disertai sakit kepala), pada daerah atau desa fokus malaria.

##### **4. Cara pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita.**

Cara penemuannya adalah dengan pengambilan sediaan darah tebal pada semua penderita klinis malaria yang ditemukan pada saat melakukan kunjungan rumah ke rumah sesuai jadwal yang telah dibuat oleh JMD, kemudian orang tersebut diberikan pengobatan malaria. Pengobatan malaria tanpa komplikasi ada 2 (dua) macam yaitu pengobatan malaria klinis dan pengobatan radikal atau pengobatan berdasarkan pemeriksaan mikroskopis. Untuk pengobatan malaria klinis ada 2 regimen pengobatan yaitu pengobatan lini pertama (regimen pertama) yang menggunakan klorokuin dengan primakuin dan pengobatan lini kedua (regimen kedua) yang menggunakan kina dan primakuin tablet. Adapun pengobatan radikal dapat dilakukan dengan monoterapi atau terapi kombinasi. Untuk monoterapi menggunakan satu

macam obat anti malaria yaitu klorokuin, sulfadoksin-pirimetamin (SP) atau kina ditambah primakuin. Sedangkan untuk terapi kombinasi yaitu kombinasi golongan derivat artemisinin dengan amodiakuin merupakan rekomendasi *WHO*, yaitu untuk dipakai pada program pemberantasan malaria terutama di daerah dimana *Plasmodium falciparum* telah dinyatakan resisten terhadap klorokuin (24).

#### 5. Waktu pelaksanaan

Setiap hari kerja dengan ketentuan untuk desa endemis tinggi atau HCl dilakukan 2 minggu sekali kunjungan rumah, sedangkan untuk desa endemis sedang atau desa *Midle Case Incidence* (MCI) dilakukan 1 bulan sekali kunjungan rumah, sedangkan untuk desa endemis rendah atau *Low Case Incidence* (LCI), kunjungan dilakukan dusun/kampung satu bulan sekali

#### 6. Pelaksana

Pelaksana atau petugas yang terlibat dalam manajemen pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara aktif atau ACD yaitu : Kepala Puskesmas, KUPM, Mikroskopis, KJMD dan JMD dengan rincian tugas sebagai berikut :

##### a. Kepala Puskesmas

- 1) Merencanakan program pemberantasan malaria
- 2) Melakukan pemantauan/supervisi dan memberikan bimbingan dalam pelaksanaan pemberantasan malaria termasuk kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD
- 3) Sebagai penanggung jawab program pemberantasan malaria
- 4) Melaporkan kepada kabupaten bila terjadi KLB, resistensi obat malaria untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut

**b. Kepala Urusan Pemberantasan Malaria (KUPM)**

- 1) Melakukan supervisi dan evaluasi JMD dan KJMD
- 2) Membuat catatan semua penderita positif malaria yang ditemukan
- 3) Melakukan *cross ckeck* sediaan darah ke kabupaten
- 4) Membuat laporan bulanan
- 5) Mengerjakan pengisian form sistem Kewaspadaan dini (SKD), secara bulanan untuk alat menganalisa atau memantau adanya Kejadian Luar Biasa (KLB)
- 6) Memberi pertimbangan dan usulan kepada Kepala Puskesmas tentang : kebutuhan obat malaria, perlengkapan laboratorium, reagen, penanganan penyakit, pemberantasan vektor dan kegiatan surveilans.

**c. Mikroskopis**

- 1) Melakukan pewarnaan sediaan darah yang diambil
- 2) Melakukan pemeriksaan sediaan darah untuk diagnosis
- 3) Mengirimkan sediaan darah untuk keperluan *cross ckeck* di Kabupaten
- 4) Membuat laporan bulanan laboratorium
- 5) Membuat laporan kepada KUPM dan Kepala Puskesmas bila ditemukan peningkatan positif malaria dari suatu desa lokasi tertentu sebagai dugaan adanya KLB

**d. Koordinator Juru Malaria Desa (KJMD)**

- 1) Menyerahkan sediaan darah dari JMD ke mikroskopis untuk diperiksa
- 2) Melakukan pengobatan radikal pada penderita yang positif malaria sesuai jenis parasitnya.

- 3) Melakukan penyelidikan epidemiologi (PE), untuk mengetahui asal penularan penderita dan melakukan survei kontak dengan pengambilan sediaan darah dari penghuni 4-5 rumah disekitarnya.
  - 4) Memberitahu JMD untuk pengambilan sediaan darah follow up pada kunjungan berikutnya, dengan jadwal adalah *P.falciparum* di follow up pada hari ke 7, 14, 21 dan ke 28 sesudah pengobatan radikal, sedangkan untuk *P.vivax* dilakukan *follow up* pada hari ke 7, 14, 28 dan 3 bulan setelah pengobatan radikal.
  - 5) Melaporkan kepada Puskesmas agar diusulkan tes resistensi pada saat transmisi tinggi apabila banyak ditemukan penderita malaria dengan spesies *P. falciparum* telah minum obat dengan baik dan masih positif *P.falciparum* >30%.
  - 6) Mendistribusikan bahan dan peralatan untuk keperluan JMD
  - 7) Membuat catatan hasil surveilans JMD
  - 8) Melapor kepada KUPM/Kepala Puskesmas untuk usulan resistensi obat malaria, bila banyak ditemui positif malaria tetap pada orang yang sama setelah diobati (>30%)
- e. Juru Malaria Desa (JMD)
- 1) Melakukan kunjungan rumah setiap hari kerja sesuai dengan wilayah kerja dan jadwal kerja
  - 2) Mengambil sediaan darah setiap penderita malaria klinis yang ditemukan dan memberikan pengobatan klinis.
  - 3) Mencatat dan menyerahkan sediaan darah yang diambil ke Puskesmas atau ke K.JMD.

- 4) Melakukan pengambilan sediaan darah follow up pada setiap penderita positif malaria yang mendapat pengobatan radikal (sesuai petunjuk KJMD)
- 5) Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat anti malaria yang digunakan

#### 7. Peralatan/bahan

Peralatan atau bahan yang diperlukan oleh JMD untuk melaksanakan tugas yaitu obat anti malaria, kaca sediaan darah (*micro slide*), *slide box*, *blood lancet*, formulir pengantar sediaan darah, buku sensus kunjungan rumah, kapas alkohol, tas, jas hujan dsbnya)

#### E. Keberhasilan dan kegagalan penemuan dan pengobatan secara ACD

Yang dimaksud keberhasilan disini adalah proses pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita malaria secara ACD oleh JMD berjalan dengan baik, artinya sesuai pedoman yang ada yaitu dari Departemen Kesehatan RI. Untuk bisa berhasil maka langkah langkah penemuan dan pengobatan penderita harus terpenuhi. Sedangkan dikatakan tidak berhasil apabila langkah langkah kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD tidak terpenuhi. yang ditunjukkan bahwa kasus malaria masih menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Adapun langkah langkah penemuan penderita malaria secara ACD adalah sebagai berikut :

##### 1. Ketenagaan

Tenaga yang langsung terkait dengan proses pelaksanaan penemuan penderita secara ACD adalah JMD dan petugas mikroskopis Puskesmas. Sedangkan yang tidak langsung adalah kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab keberhasilan program dan KUPM sebagai koordinator lapangan.

## 2. Dana

Dana disini adalah untuk gaji JMD dan operasional lapangan dalam kegiatan penemuan penderita

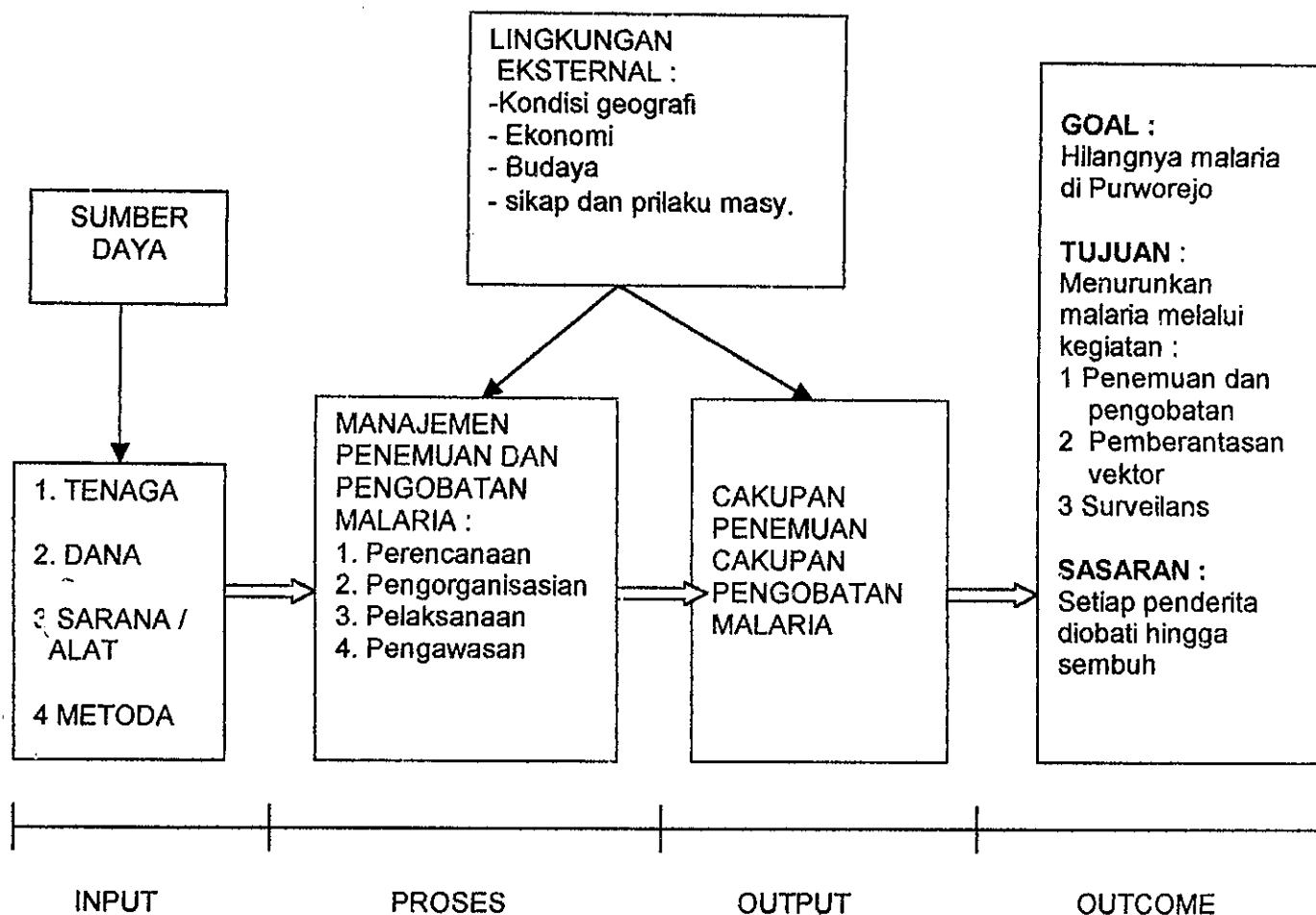
## 3. Peralatan

Peralatan yang diperlukan meliputi : mikroskop, kaca slide, giemsa, minyak emersi, dan vaksin pen.

## 4. Metoda

- a. Pengambilan darah oleh JMD dengan menanyakan gejala klinis
- b. Pembuatan sediaan darah oleh JMD.
- c. Pemberian pengobatan klinis pada tersangka oleh JMD
- d. Pengiriman sediaan darah ke petugas mikroskopis Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan laboraorium
- e. Sebelum diperiksa sediaan darah dilakukan pengecatan dulu oleh petugas mikroskopis
- f. Pembacaan/pemeriksaan sediaan darah dibawah mikroskop.
- g. Pemberitahuan hasil pemeriksaan darah kepada KUPM
- h. KUPM memberitahukan kepada JMD untuk ditindak lanjuti.

## F. Kerangka teori



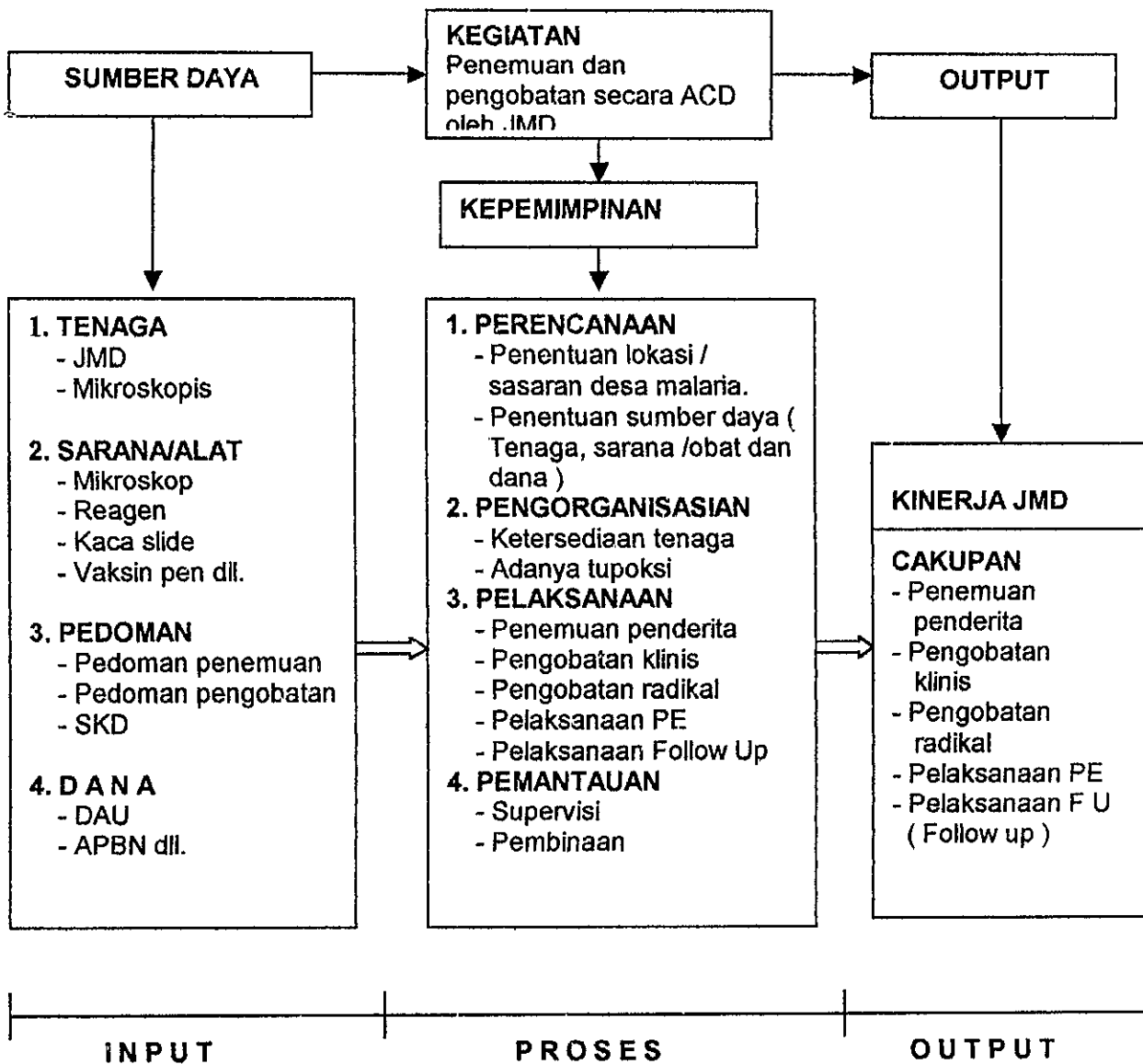
Sumber : Stephen M. Shortell. PHD, 1978, Azrul Azwar, 1996 dan Dep. Kes. RI, 2003; *Health Program Evaluation, Pengantar Administrasi Kesehatan, Manajemen Program Pemberantasan Malaria*, Penerbit The CV. Mosby Company, Binarupa Aksara Jakarta, Dep.Kes. RI, Jakarta.

Gambar 2. 1. Kerangka teori penelitian

## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Kerangka konsep



Gambar 3. 1. Kerangka konsep penelitian

## **B. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan menggunakan metode survei. Soekidjo, 2002, menyebutkan penelitian diskriptif digunakan dalam program pelayanan kesehatan termasuk kegiatan pemberantasan malaria diharapkan dapat mengungkapkan berbagai aspek terutama dari segi efisiensi dan efektifitas, kemudian dapat digunakan untuk menentukan langkah selanjutnya, tentang penggunaan metode yang bersangkutan, serta mencari alternatif lain apabila cara atau program tersebut tidak/kurang efektif dan efisien artinya dapat digunakan untuk perbaikan program (25).

## **C. Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian ini adalah semua Puskesmas yang ada di wilayah kerja kabupaten Purworejo yang berjumlah 25 unit. Sedangkan unit sampel dalam penelitian ini yaitu Puskesmas Bener, Winong, Cangkreng dan Purworejo (4 Puskesmas). Sedangkan subyek penelitian ini yaitu tenaga yang terlibat langsung maupun tidak langsung tapi berkaitan erat dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD. Meliputi: JMD, petugas mikroskopis, Kepala Urusan Pemberantasan Malaria Puskesmas (KUPM) dan Kepala Puskesmas yang ada di 4 Puskesmas daerah penelitian. Penentuan sampel dengan metode *purposive sampling* dengan pertimbangan karena pada tahun 2005 dari bulan Januari sampai dengan bulan September, Puskesmas tersebut masih melaksanakan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD dengan biaya dari USAID melalui IAMI. Sedangkan Puskesmas lain sudah tidak ada JMD. Adapun Puskesmas Winong mempunyai 3 desa HCI dari 13 desa yang ada dengan jumlah JMD sebanyak 8 orang, Puskesmas Bener mempunyai 7 desa HCI dari 28 desa yang ada dengan

jumlah JMD 16 orang, Puskesmas Purworejo mempunyai 1 desa HCI dari 8 desa yang ada dengan jumlah JMD 4 orang, serta Puskesmas Cangkep mempunyai 1 desa HCI dari 9 desa yang ada dengan jumlah JMD sebanyak 2 orang, sehingga jumlah subyek penelitian untuk petugas JMD diambil seluruhnya atau sama dengan total populasi JMD yang ada. Adapun lokasi penempatan JMD tahun 2005 hanya meneruskan penempatan JMD tahun sebelumnya (tahun 2004), karena meneruskan kegiatan yang didanai oleh IAMI. Singarimbun dkk. 1995 menyatakan bahwa penentuan sampel secara purposive, yaitu didasarkan pertimbangan dari peneliti, bahwa lokasi sampel penelitian adalah Puskesmas endemis malaria, karena pada Puskesmas tersebut melaksanakan program pemberantasan malaria secara intensif, sedangkan Puskesmas non malaria tidak melaksanakan (26).

#### **D. Definisi Operasional**

##### **1. Input**

###### **a. Ketenagaan**

Tenaga adalah petugas yang menangani program pemberantasan malaria dalam hal kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara *Active Case Detection* pada wilayah penelitian yaitu meliputi kepala Puskesmas, KUPM, petugas mikroskopis dan JMD

1) Kepala Puskesmas : adalah seseorang yang memimpin dan bertanggung jawab semua program kesehatan termasuk pemberantasan malaria dalam hal ini kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD.

2) KUPM ( Kepala Urusan Pembrantasan Malaria ) : adalah petugas yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas untuk melaksanakan

secara operasional pemberantasan malaria termasuk penemuan dan pengobatan secara ACD di wilayah kerja Puskesmas

3) Mikroskopis : adalah petugas yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas untuk melaksanakan pemeriksaan sediaan darah malaria dengan bantuan alat mikroskop beserta reagen dan sarana pendukung lainnya.

4) Juru Malaria Desa (JMD) : adalah petugas yang melaksanakan kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD, direkrut dari masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten bersama Puskesmas untuk bekerja di desa desa endemis malaria pada wilayah kerja Puskesmas, dengan sistem kontrak kerja dan digaji bulanan.

b. Biaya

Biaya yang dimaksud adalah jumlah nominal yang tersedia dalam kegiatan program pemberantasan malaria dalam hal penemuan dan pengobatan secara ACD yang mencakup dari mana sumbernya, jumlahnya, ketepatan datangnya dan bagaimana cara penggunaannya. Cara pengukurannya dengan wawancara mendalam dan melihat catatan yang ada.

c. Sarana

Adalah ketersediaan komponen yang dapat menunjang pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria yaitu obat anti malaria, mikroskop, reagen, lancet, kaca slide

d. Metode

Adalah Juknis dan juklak program pemberantasan malaria mencakup pedoman penemuan dan pengobatan malaria, pedoman atau SOP untuk laboratorium malaria. Pengukurannya dilakukan

dengan melalui wawancara dan melihat arsip juknis, juklak yang ada di Puskesmas.

## 2. Proses

### a. Perencanaan

Perencanaan adalah proses atau upaya pemikiran pemimpin Puskesmas dalam program pemberantasan malaria termasuk penemuan dan pengobatan penderita malaria secara ACD.

Perencanaan mencakup :

1) Penentuan desa malaria yaitu berdasar angka API tahun lalu atau tahun sebelumnya (desa HCI > 5 permil, MCI 1-4,9 permil dan desa LCI < 1 permil)

2) Penentuan sumber daya meliputi :

a) Tenaga yaitu KUPM, Mikroskopis setiap Puskesmas minimal 1 orang, KJMD untuk 4-5 JMD dan JMD dengan perhitungan sebagai berikut :

- Desa HCI =  $\frac{\text{Jumlah rumah} \times 2 \text{ siklus}}{40 \text{ rumah} \times 25 \text{ hari}}$

- Desa MCI =  $\frac{\text{Jumlah rumah} \times 1 \text{ siklus}}{40 \text{ rumah} \times 25 \text{ hari}}$

- Desa LCI =  $\frac{\text{Jumlah dusun} \times 1 \text{ siklus}}{25 \text{ hari}}$

b) Sarana/peralatan :

- Mikroskop dengan reagensinya minimal 1 unit/puskesmas
- Kaca slide
- Vaksinosteel setiap penderita tersangka malaria 1 buah
- Obat anti malaria sesuai jumlah kasus tahun lalu

c) Dana : untuk gaji JMD/KJMD dan supervisi petugas

**b. Pengorganisasian**

Pengorganisasian adalah tenaga yang terlibat langsung maupun tidak langsung terkait dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD yaitu Kepala Puskesmas, KUPM, Mikroskopis, KJMD dan JMD dengan tugas dan fungsi sesuai dengan buku pedoman penanggulangan malaria.

**c. Pelaksanaan**

- 1) Penemuan penderita secara ACD : adalah kegiatan pencarian penderita malaria yang dilakukan oleh JMD, dengan menanyakan gejala klinis malaria yaitu demam, menggigil, berkeringat, sakit kepala, mual dan muntah, melalui kunjungan rumah ke rumah. Kemudian setiap orang dengan gejala klinis malaria tersebut, diambil darahnya pada kaca slide atau dibuat Sediaan Darah (SD) untuk diperiksa oleh petugas laboratorium malaria di Puskesmas apakah orang tersebut mengidap parasit malaria atau tidak.

Targertnya adalah :

- Desa HCI = 2 minggu sekali kunjungan rumah
- Desa MCI = 1 bulan sekali kunjungan rumah
- Desa LCI = 1 bulan sekali kunjungan dukuh

Setiap hari 1 orang JMD harus mengunjungi 40 rumah, namun jumlah kunjungan rumah bisa disesuaikan dengan medan/tingkat kesulitan geografi lokasi desa.

- 2) Pengobatan malaria klinis : adalah kegiatan pemberian obat anti malaria termasuk memberikan petunjuk bagaimana minum obat yang benar, oleh JMD pada setiap orang yang ditemukan gejala klinis malaria, setelah orang tersebut diambil darahnya. Obatnya

adalah klorokuin dan primakuin selama tiga hari dengan dosis sesuai aturan yang ada. Targetnya setiap tersangka klinis harus diobati.

- 3) Pengobatan radikal : adalah kegiatan pemberian obat anti malaria termasuk bagaimana cara minum obat yang benar oleh JMD kepada tersangka malaria yang diambil darahnya, setelah diketahui jenis parasit dari hasil pemeriksaan sediaan darah oleh petugas laborat Puskesmas. Jenis obatnya disesuaikan dengan jenis parasit yang ditemukan.
- 4) Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi (PE) yaitu kegiatan pengambilan darah 4-5 rumah (20-25 orang) disekitar penderita yg ditemukan positif malaria. Targetnya setiap penderita positif harus dilakukan PE
- 5) Pelaksanaan *Follow Up* yaitu kegiatan pengambilan darah untuk dicek setelah pengobatan radikal  
  
Plasmodium falciparum (P.f) dilakukan follow up pada hari ke 7, 14, 21 dan hari ke 28 sesudah pengobatan radikal, sedang Plasmodium vivax (P.v) pada hari ke 7, 14 hari ke 28 dan 3 bulan sesudah pengobatan radikal.

d. Supervisi dan pembinaan

- 1) Supervisi dimaksud adalah kegiatan supervisi dari Kabupaten, Kepala Puskesmas dan KUPM terhadap petugas JMD dan mikroskopis yang dilakukan secara periodik (minimal 1 bulan sekali) dengan cara wawancara dan melihat dokumen yang ada
- 2) Pembinaan yaitu kegiatan pemberian pengarahan/bimbingan secara teknis kepada petugas JMD, mikroskopis dengan melihat dokumen dan wawancara.

- 3) Evaluasi yaitu melakukan penilaian terhadap kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD sesuai pedoman yang ada

### **3. Output**

Output atau keluaran adalah kinerja JMD yaitu cakupan program kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD yaitu :

- 1) Jumlah sediaan darah yang diperiksa
- 2) Jumlah penderita malaria klinis dan positif malaria yang diobati
- 3) Jumlah kasus positif yang dilaksanakan follow up
- 4) Jumlah kasus malaria yang dilakukan P E.

### **E. Alat/Instrumen Penelitian**

Untuk menunjang agar penelitian bisa berjalan dengan baik maka alat atau instrumen yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner yang terdiri 5 jenis yaitu kuesioner untuk kepala Puskesmas, KUPM, petugas mikroskopis dan kuesioner untuk JMD yang ada di 4 Puskesmas penelitian. Masing masing kuesioner tersebut jenis dan jumlah pertanyaannya berbeda disesuaikan dengan kewenangan dan lingkup pekerjaannya.
2. SOP penemuan dan pengobatan malaria secara ACD
3. Ckeck list

### **F. Tehnik Pengumpulan data**

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Data primer

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan cara pengamatan atau observasi dan wawancara mendalam

perorangan. Pengamatan atau observasi yang dimaksud yaitu mengamati cara kerja JMD dalam melakukan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria sesuai wilayah kerjanya. Adapun caranya yaitu dengan mencari dan menggali informasi dari orang yang terlibat dengan kegiatan JMD yaitu KUPM dan Kepala Puskesmas serta petugas mikroskopis. Sedang wawancara terstruktur dilakukan berdasarkan pedoman berupa kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya, sehingga interviwer atau pewawancara tinggal membaca pertanyaan-pertanyaan tersebut, untuk dijawab informan. Kemudian pertanyaan-pertanyaan atau kuesioner tersebut disusun sedemikian rupa sehingga mencakup variabel-variabel yang berkaitan dengan penemuan dan pengobatan secara ACD oleh JMD atau kegiatan penelitian .

## 2. Data sekunder

Pengumpulan data sekunder kegiatan penelitian ini diambil dari laporan atau dokumen-dokumen dari hasil kegiatan pemberantasan malaria dalam hal penemuan dan pengobatan secara ACD yaitu laporan bulanan Puskesmas, laporan penemuan kasus malaria dari JMD, laporan pengobatan baik malaria klinis maupun yang positif malaria dari JMD, laporan keuangan, laporan ketenagaan dan beberapa informasi yang berkaitan dengan kegiatan ACD oleh JMD yang dapat membantu penelitian. Adapun pedoman pengumpulan data dapat dilihat pada metrik berikut :

Tabel 3. 1. Matriks pedoman pengumpulan data

Kegiatan	Sumber data	Responden	Metoda
Perencanaan - Menentukan lokasi - Rencana kegiatan - Kebutuhan sumber daya	Desa HCI Data malaria JMD, mikroskopis	Ka. Pkms KUPM Mikroskopis JMD di 7 Pkms HCI	- Wawancara - Studi laporan atau dokumen
Pengorganisasian - Supervisi - Pembinaan	Struktur oraganisasi	Kepala Puskesmas	wawancara studi dokumen
Pelaksanaan - Penemuan penderita malaria klinis  - Pengobatan klinis - Pengobatan radikal  - Pelaksanaan PE  - Pelaksanaan Follow Up	Penderita dengan gejala panas, demam, sakit kepala  Setiap penderita klinis Setiap penderita positif malaria  Setiap menemukan kasus ( 4-5 rumah sekitar kasus )  sesuai jenis parasitnya	JMD Mikroskopis  JMD JMD  KUPM Mikroskopis  JMD	Wawancara Studi dokumen  Wawancara Studi dokumen  Wawancara Studi dokumen  Wawancara Studi dokumen
Pemantauan - Supervisi petugas - Pembinaan	Hasil kegiatan dan penemuan pengobatan secara ACD malaria	JMD, Mikroskopis	Wawancara mendalam perorangan Studi dokumen

## G. Pengolahan dan analisa data

### 1. Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data dengan langkah langkah sebagai berikut :

#### a. Koding

Yang dimaksud dengan koding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden menurut macamnya, dengan cara memberikan tanda dari masing masing jawaban dengan cara memberikan kode tertentu

**b. Editing**

Meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan tulisan, kejelasan makna jawaban, keajegan, relevansi dan keseragaman satuan data.

**c. Tabulasi**

Tabulasi yaitu mengelompokkan data, kemudian memasukkan data dalam tabel yang sudah disiapkan.

**2. Analisa data**

Selanjutnya data yang telah diolah, kemudian dianalisa menggunakan analisa kualitatif yaitu menggunakan content analisis yaitu menyusun dan menggolongkannya dalam bentuk pola, kategori atau klasifikasi reduksi data agar dapat diinterpretasikan dan penarikan kesimpulan yang dipadukan dengan kepustakaan atau teori yang ada (27). Dari kesimpulan yang dihasilkan diharapkan ada tindak lanjut kebijakan, karena sesuai dengan fungsi evaluasi yaitu dapat menjumbang atau memberikan rekomendasi untuk perbaikan program selanjutnya.

**H. Keabsahan penelitian**

Pemeriksaan keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi, dimana data tersebut dilakukan pengecekan diluar data tersebut, sehingga ada perbandingan dengan data hasil penelitian. Adapun teknik yang digunakan dengan melakukan :

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara
- b. Melakukan cross check dengan sumber/orang yang berbeda
- c. Membandingkan hasil wawancara dengan laporan atau dokumen yang ada di kabupaten (pemegang program di kabupaten)

## **I. Prosedur penelitian**

### **1. Tahap persiapan**

- a. Konsultasi dengan berbagai pihak terutama pembimbing, untuk pembuatan proposal penelitian
- b. Melakukan studi pustaka sebagai acuan penelitian
- c. Melakukan pendekatan dan koordinasi dengan kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas, termasuk unsur unsur terkait dengan penelitian agar dapat membantu kelancaran jalannya penelitian .
- d. Menyiapkan alat / instrumen penelitian sebagai sarana pengumpulan data lapangan

### **2. Tahap pelaksanaan**

- a. Pelaksanaan pengambilan data dilakukan selama 2 minggu, direncanakan mulai 1 Juli sampai dengan 14 Juli 2005. Untuk kelancaran jalannya penelitian peneliti dibantu 3 orang pewawancara . Untuk menyamakan persepsi maka sebelumnya atau 1 minggu sebelum dilaksanakan penelitian diadakan pertemuan dengan pewawancara, agar dalam pengisian maupun pengamatan menggunakan ckeck list tidak kesulitan.
- b. Setelah data terkumpul , kemudian dilakukan editing data dengan dicek dulu kelengkapan dan kebenaran data tersebut.

### **3. Tahap akhir**

- a. Melakukan analisa data dengan analisa deskriptip, kemudian ditindak lanjuti dengan penarikan kesimpulan, mengacu pada kepustakaan. Berdasar dari kesimpulan tersebut direkomendasikan untuk perbaikan program selanjutnya.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Gambaran umum

##### 1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini meliputi 4 Puskesmas yaitu Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Puskesmas Cangkep, dengan uraian singkat sebagai berikut :

##### a. Puskesmas Winong

Puskesmas Winong, merupakan salah satu dari 2 Puskesmas yang ada di wilayah kecamatan Kemiri Kabupaten Purworejo, mempunyai wilayah kerja 13 desa dengan jumlah penduduk 19858 jiwa. Secara geografi 80 % wilayahnya merupakan daerah pegunungan, sedangkan 20 % berupa tanah dataran bergelombang. Jarak dari ibu kota kabupaten 8 km kearah sebelah barat.

##### b. Puskesmas Bener

Puskesmas Bener merupakan satu satunya Puskesmas yang terletak terletak di kecamatan Bener Kabupaten Purworejo, mempunyai wilayah kerja 28 desa, dengan jumlah penduduk 54568 desa serta luas wilayah 87,11 km. Secara geografi wilayah kecamatan Bener sebagian besar merupakan daerah pegunungan (90%), sedangkan 10 % merupakan daerah bergelombang. Jarak dari ibu kota kabupaten 12 km kearah utara. Wilayah Puskesmas bener merupakan daerah berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo (DIY) dan Kabupaten Magelang (JawaTengah).

c. Puskesmas Purworejo

Puskesmas Purworejo merupakan salah satu dari 3 Puskesmas yang ada di wilayah kecamatan Purworejo Kabupaten Purworejo, mempunyai wilayah kerja 8 desa/kelurahan, dengan jumlah penduduk 36890 jiwa. Secara geografi 60 % daerah pegunungan, 40 % tanah bergelombang. Wilayah Puskesmas Purworejo mempunyai 2 kelurahan yang terletak di kota Purworejo (wilayah perkotaan), kemudian sebagian desa merupakan daerah pinggiran kota serta daerah pegunungan. Puskesmas Purworejo yang berlokasi ditengah perkotaan merupakan Puskesmas dengan fasilitas rawat inap.

d. Puskesmas Cangkrep

Puskesmas Cangkrep merupakan salah satu dari 3 Puskesmas yang ada di wilayah kecamatan Purworejo Kabupaten Purworejo, juga merupakan Puskesmas dengan fasilitas rawat inap. Wilayah kerja Puskesmas terdiri dari 9 desa/kelurahan dengan jumlah penduduk 20542 jiwa., serta luas wilayah 41,50 km persegi. Secara geografi 60 % merupakan daerah pegunungan yang medannya cukup sulit dijangkau, kemudian 40 % berupa tanah bergelombang. Lokasi Puskesmas terletak di pinggiran kota Purworejo yang berjarak kurang lebih 4 km kearah timur atau sebelah timur.

Adapun Informasi hasil penelitian wilayah kerja dan jumlah penduduk di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep yang dilayani adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. 1.**  
**Distribusi jumlah desa dan penduduk di Puskesmas**  
**Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrej**  
**tahun 2005**

No	Puskesmas	Jml.desa	Jml. pddk
1	Winong	13	19858
2	Bener	28	54568
3	Purworejo	8	36890
4	Cangkrej	9	20542
	<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>131858</b>

Sumber : D K K Purworejo

Tabel diatas secara keseluruhan menunjukkan wilayah penelitian di 4 Puskesmas mempunyai jumlah desa 58 dengan jumlah penduduk yang dilayani 1315858 jiwa. Dilihat dari jumlah penduduk, maka yang terbesar di Puskesmas Bener dengan jumlah desa sebanyak 28 melayani 54568 jiwa, kemudian terkecil di wilayah Puskesmas Cangkrej dengan jumlah penduduk 20542 yang tersebar di 9 desa. Adapun lokasi desa yang mempunyai masalah malaria baik desa HCI, desa MCI, maupun desa LCI serta desa yang bebas malaria yang dikaitkan dengan jumlah dukuh, rumah dan jumlah penduduk di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrej dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4. 2.**  
**Jumlah desa HCI, MCI, LCI dan desa bebas malaria**  
**dengan jumlah rumah, dukuh dan penduduk**  
**tahun.2005**

Ciri-ciri	Puskesmas				Jumlah
	Winong	Bener	Purworejo	Cangkreng	
<b>A Daerah HCI</b>					
1 Jml. desa	3	7	1	1	12
2 Jml. dukuh	11	42	5	2	60
3 Jml. rumah	1130	3527	596	236	5489
4 Jml. penduduk	3930	11949	2463	1155	25992
<b>B Daerah MCI</b>					
1 Jml. Desa	6	12	1	2	21
2 Jml. Dukuh	34	59	2	11	106
3 Jml. Rumah	2971	6210	238	1011	10430
4 Jml. penduduk	10425	22377	1017	5005	38784
<b>C Daerah LCI</b>					
1 Jml. Desa	1	5	0	1	7
2 Jml. Dukuh	7	25	0	10	42
3 Jml. Rumah	368	3479	0	2382	6229
4 Jml. penduduk	1141	13355	0	12371	26872

Tabel diatas secara keseluruhan menunjukkan bahwa jumlah desa HCI di 4 Puskesmas ada 12 desa, kemudian desa MCI, 21 desa serta desa LCI ada 7 desa, dengan jumlah penduduk yang harus dilindungi sebanyak 91648 jiwa yang tersebar di 58 desa. Puskesmas Bener mempunyai jumlah penduduk terbanyak yaitu 47681 jiwa (52%), dan yang paling sedikit jumlah penduduknya yaitu Puskesmas Purworejo, hanya 3480 jiwa (3,7%).

## 2. Sarana Kesehatan

Jenis dan jumlah sarana kesehatan yang ada di Puskesmas penelitian meliputi Puskesmas pembantu (Pustu), Puskesmas, Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) seperti pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 3**  
Distribusi jenis dan jumlah sarana kesehatan  
di Puskesmas tahun 2005

No	Puskesmas	Pustu	Puskesmasling	PKD
1	Winong	-	1	2
2	Bener	5	1	4
3	Purworejo	2	1	3
4	Cangkrep	1	1	6
	Jumlah	8	4	15

Sumber : DKK Purworejo

Tabel diatas, secara keseluruhan menunjukkan jumlah Pustu ada 8, Puskesmasling ada 4 dan PKD ada 15 buah. Untuk Puskesmas Winong tidak mempunyai Pustu. Pustu yang terbanyak ada di Puskesmas Bener yaitu ada 5 buah, kemudian Poliklinik kesehatan desa (PKD) yang terbanyak ada di Puskesmas Cangkrep yaitu 6 buah

## 3. Ketenagaan di Puskesmas.

Jenis dan jumlah tenaga secara keseluruhan yang ada di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep yaitu terdiri dari dokter, dokter gigi, bidan, bidan desa, perawat, KUPM, Petugas Mikroskopis, Co. Ass Entomologi dan Juru malaria desa (JMD) dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 4. 4.  
Distribusi jenis dan jumlah tenaga di Puskesmas penelitian  
Di Kabupaten Purworejo tahun.2005

Jenis tenaga	Winong	Bener	Purworejo	Cangkrep	Jml
1. Dokter	1	2	1	3	7
2. Dokter gigi	1	1	-	-	2
3. Bidan	3	1	2	1	7
4. Bidan desa	3	9	4	4	20
5. Perawat	4	5	6	4	19
6. KUPM	1	1	1	1	4
7. Mikroskopis	1	1	1	1	4
8. Co. Ass. Ent	1	1	-	-	2
9. Sanitarian	1	1	1	1	4
10. KJMD	-	-	-	-	-
11. JMD	8	16	4	2	30
12. Adminstrasi	2	3	4	3	12
Jumlah	25	42	24	18	109

Sumber : DKK Purworejo

Tabel diatas menunjukkan bahwa dilihat dari jumlahnya, Puskesmas Winong mempunyai tenaga yang paling banyak yaitu 25 orang, sedangkan Puskesmas Cangkrep paling sedikit yaitu hanya 18 orang. Untuk tenaga KJMD tidak ada di semua Puskesmas penelitian

## B. Masukan ( *input* )

### 1. Sumber daya manusia

#### a. Tenaga yang terlibat langsung dengan ACD

Tenaga yang terlibat langsung dengan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD yaitu JMD dengan karakteristik: Usia, status kepegawaian, pelatihan, tingkat pendidikan, lama bertugas dan pemahaman tugas pokok dan fungsi (tupoksi). Adapun informasi dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

### 1) Usia JMD

Dari hasil penelitian secara keseluruhan atau sampel JMD yang berjumlah 30 orang (seluruh JMD yang ada), usia JMD rata rata 37,2 tahun (usia termuda 22 tahun dan tertua 54 tahun). Untuk Puskesmas Winong rata rata usia JMD 36,5 tahun (termuda 33 tahun dan tertua 42 tahun, Bener usia rata rata 36,2 tahun (termuda 22 tahun dan tertua 54 tahun), kemudian usia rata rata JMD di Purworejo 41 tahun (termuda 33 tahun dan tertua 48 tahun), sedangkan di Puskesmas Cangkep hanya ada 2 JMD dengan usia 36 dan 38 tahun. Adapun jenis kelamin dari 30 JMD (laki laki 26 dan perempuan 4 orang).

### 2) Status kepegawaian

Mengenai status kepegawaian JMD, semuanya merupakan pegawai tidak tetap atau tenaga honorer dengan sistem kontrak kerja 1 tahun. Adapun cara merekrut yaitu diutamakan orang yang berasal dari desa yang mempunyai masalah malaria (tenaga setempat), dengan syarat syarat tertentu

### 3) Pelatihan JMD

Sebelum bertugas menjadi JMD mereka sudah dilatih oleh Dinas Kesehatan Kabupaten selama 4 hari dengan materi pelatihan teori dan praktek lapangan seperti sesuai pada tupoksi JMD, sedangkan yang sudah pengalaman menjadi JMD setiap tahun diadakan refreshing atau penyegaran kembali selama 2 hari. Pelaksanaan penyegaran juga dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten.

#### 4) Tingkat pendidikan JMD

Tingkat pendidikan adalah pendidikan terakhir yang dimiliki secara formal oleh JMD. Tingkat pendidikan ini merupakan hal yang penting, karena tinggi rendahnya pendidikan akan berpengaruh pada wawasan atau cara kerja JMD. Untuk tingkat pendidikan yang disyaratkan untuk JMD minimal tamat SLTP. Berdasarkan hasil penelitian, tingkat pendidikan JMD di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkreng dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 5.  
Distribusi JMD berdasar tingkat pendidikan  
Di Puskesmas tahun 2005

Puskesmas	Jml	Tingkat pendidikan					
		K	%	C	%	B	%
Winong	8	1	12,50	4	50,00	3	37,50
Bener	16	4	25,00	6	25,00	6	37,50
Purworejo	4	1	25,00	2	50,00	1	25,00
Cangkreng	2	0	0,00	0	0,00	2	100,00
Jumlah	30	6	20,00	12	40,00	12	40,00

Keterangan : K (Kurang) bila pendidikan hanya SD  
C (Cukup) bila pendidikan SLTP  
B (Baik) bila pendidikan SLTA keatas

Tabel diatas secara umum menunjukkan bahwa tingkat pendidikan JMD sudah cukup baik, karena sebanyak 24 JMD dari 30 JMD yang ada (80,00%), berpendidikan SLTP keatas, sedang yang berpendidikan SD hanya 20,00%. Tingkat pendidikan tertinggi JMD ada di Puskesmas Cangkreng semua

JMD berpendidikan SLTA, sedang Puskesmas Bener dan Purworejo yang berpendidikan cukup hanya 75,00 %.

#### 5) Pengalaman kerja/lama tugas JMD

Pengalaman kerja juga mempunyai pengaruh pada kinerja JMD, karena makin berpengalaman semakin terampil untuk melaksanakan tugas sebagai JMD. Pengalaman yang dimaksud yaitu lamanya JMD melaksanakan tugas sebagai JMD di Puskesmas. Hasil penelitian seperti tabel berikut :

Tabel 4. 6.  
Distribusi JMD berdasarkan pengalaman kerja/lama tugas sebagai tenaga JMD di Puskesmas tahun 2005

Puskesmas	Jml.	Pengalaman Kerja JMD					
		K	%	C	%	B	%
Winong	8	0	0,00	6	75,00	2	25,00
Bener	16	4	25,00	9	56,25	3	18,75
Purworejo	4	1	25,00	3	75,00	0	0,00
Cangkep	2	1	50,00	1	50,00	0	0,00
	30	6	20,00	19	63,33	5	16,66

Keterangan : K ( Kurang ) bila lama tugas kurang 1 tahun  
C ( Cukup ) bila lama tugas antara 1 – 2 tahun  
B ( Baik ) bila lama tugas sudah lebih 3 tahun

Tabel diatas secara umum menunjukkan bahwa JMD yang sudah mempunyai masa kerja cukup memadai sebanyak 20 orang (mencapai 80,00%) dari 30 JMD yang ada, sedangkan yang masih kurang 1 tahun hanya 6 orang (20,00%), Untuk Puskesmas Winong sebanyak 8 JMD semuanya sudah mempunyai pengalaman kerja lebih dari 2 tahun, kemudian di

Puskesmas Bener yang sudah mempunyai pengalaman kerja cukup artinya lebih dari 2 tahun ada 12 orang dari 16 JMD yang ada

6) Pemahaman tupoksi

Yaitu seseorang JMD memahami akan tugas dan fungsinya sebagai JMD. Pemahaman tupoksi tenaga JMD ini diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner yang ada, kemudian juga dengan menggali informasi dari Kepala Puskesmas, KUPM maupun petugas mikroskop Puskesmas. Tingkat pemahaman tugas dan fungsi tenaga ini ditentukan dari sejumlah jawaban seorang JMD mengenai tugasnya yang ada dalam pertanyaan atau kuesioner penelitian, kemudian jawaban ini di cross check atau dikaitkan dengan informasi dari Ka Puskesmas, KUPM dan mikroskopis. Jawaban JMD tersebut kemudian dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu kurang memahami, kemudian cukup memahami serta memahami dengan baik. Berdasarkan informasi dari hasil penelitian, data data tingkat pemahaman mengenai tugas dan fungsinya sebagai tenaga JMD dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 7.  
Distribusi tenaga JMD berdasarkan pemahaman  
tupoksi sebagai JMD tahun 2005

Puskesmas	Jml.	Pemahaman tupoksi					
		K	%	C	%	B	%
Winong	8	0	0,00	8	100,00	0	0,00
Bener	16	2	12,50	11	68,75	3	18,75
Purworejo	4	0	0,00	4	100,00	0	0,00
Cangkrej	2	0	0,00	2	100,00	0	0,00
	30	2	6,66	25	83,33	3	10,00

Keterangan : K (Kurang), C (Cukup), B (Baik)

Tabel diatas, secara umum menunjukkan bahwa pemahaman tugas dan fungsi sebagai JMD sudah memadai, yaitu sebanyak 28 dari 30 JMD yang ada (93,33%), sedangkan yang masih kurang memahami yaitu 2 orang (6,66%). Untuk Puskesmas Winong, Purworejo dan Cangkrej tidak ada yang kurang, sedangkan Puskesmas Bener 12,50% atau sebanyak 2 orang masih kurang baik dalam pemahaman tugas dan fungsinya sebagai tenaga JMD

**b. Tenaga yang tidak langsung terlibat kegiatan ACD**

Disamping tenaga JMD yang langsung melaksanakan kegiatan ACD, ada tenaga yang terlibat secara tidak langsung, yaitu Ka Puskesmas, KUPM dan tenaga mikroskopis. Tenaga tersebut walaupun tidak langsung melaksanakan kegiatan ACD, namun sangat menentukan dan mendukung keberhasilan kegiatan ACD. Karena Kegiatan penemuan dan pengobatan penderita malaria

secara ACD yang dilakukan oleh JMD adalah suatu rangkaian kegiatan yang saling terkait. Adapun karakteristik sebagai berikut :

Tabel 4. 8.  
Distribusi berdasar Karakteristik dan jenis tenaga dalam kegiatan ACD di Puskesmas tahun 2005

No	Puskesmas / karakteristik	Jenis tenaga		
		Ka Pkms	KUPM	Mikorskopis
A	<b>Winong</b>			
	1 Pendidikan	Drg	D3 ( AKL )	SLTA
	2 Masa kerja PNS	12,0 th	7,0 th	6,0 th
	3 Lama di Pkms mal.	1,5 th	7,0 th	6,0 th
	4 Pelatihan	Pernah	Pernah	Pernah
	5 Pemahaman tupoksi	Cukup	Cukup	Cukup
6 Tugas rangkap	ya	ya	ya	
B	<b>Bener</b>			
	1 Pendidikan	Dokter umum	SLTA	SLTA
	2 Masa kerja PNS	21,0 th	15,0 th	7,0 th
	3 Lama di Pkms mal.	1,5 th	1,5 th	4,0 th
	4 Pelatihan	Pernah	Pernah	Pernah
	5 Pemahaman tupoksi	Cukup	Cukup	Cukup
6 Tugas rangkap	ya	ya	ya	
C	<b>Purworejo</b>			
	1 Pendidikan	Dokter umum	D3 ( AKL )	Analisis
	2 Masa kerja PNS	18,0 th	9,0 th	15,0 th
	3 Lama di Pkms mal.	11,0 th	8,0 th	15,0 th
	4 Pelatihan	Pernah	Pernah	Pernah
	5 Pemahaman tupoksi	Cukup	Cukup	Cukup
6 Tugas rangkap	ya	ya	ya	
D	<b>Cangkrep</b>			
	1 Pendidikan	Dokter umum	D3 Akper	Analisis
	2 Masa kerja PNS	20,0 th	10,0 th	5,0 th
	3 Lama di Pkms mal.	1,5 th	2,0 th	5,0 th
	4 Pelatihan	Pernah	Pernah	Pernah
	5 Pemahaman tupoksi	Kurang	Cukup	Cukup
6 Tugas rangkap	ya	ya	Ya	

Tabel diatas, secara umum tingkat kecukupan tenaga yang mendukung kegiatan ACD di semua Puskesmas cukup memadai. Untuk tingkat pemahaman tupoksi yaitu apabila tenaga tersebut (Ka Puskesmas, KUPM dan mikroskopis) bisa menjawab sejumlah pertanyaan yang ada dalam kuesioner dan dikaitkan dengan informasi dari sumber lainnya baik dari tenaga di Puskesmas maupun di tingkat kabupaten. Untuk pelatihan yang dimaksud adalah pelatihan program pemberantasan malaria yang dilaksanakan oleh Propinsi, Pusat maupun instansi lain seperti UGM dan IAMI. Adapun uraian singkat karakteristiknya adalah sebagai berikut :

a. Kepala Puskesmas

Kepala Puskesmas sebagai manajer puncak mempunyai tugas mengelola dan bertanggung jawab pada semua program kesehatan termasuk program pemberantasan malaria khususnya penemuan dan pengobatan secara ACD, sesuai wilayah kerjanya. Disamping itu kepala Puskesmas juga melaksanakan kerja sama lintas program maupun lintas sektor dalam menangani semua program termasuk kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD.

Puskesmas Winong dipimpin oleh dokter gigi senior, namun menjadi kepala Puskesmas di daerah yang mempunyai masalah malaria belum lama (baru 1,5 tahun). Walaupun belum lama tapi mempunyai komitmen yang tinggi terhadap program pemberantasan malaria . Kepala Puskesmas Bener dan Cangkrep adalah seorang dokter yang sudah senior jadi PNS,

tapi di Puskesmas yang punya masalah malaria juga belum lama (baru 1,5 tahun), sebelumnya di daerah yang sama sekali tidak ada malarianya. Sedangkan kepala Puskesmas Purworejo adalah seorang dokter yang sudah lama menjadi kepala Puskesmas di daerah malaria (lebih dari 10 tahun)

b. Kepala Urusan Pemberantasan malaria (KUPM))

Tenaga KUPM merupakan pembantu utama dalam melaksanakan program pemberantasan malaria termasuk memimpin secara operasional pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria yang dilakukan oleh JMD. KUPM di Puskesmas Winong dan Purworejo dari D3 Akademi Kesehatan Lingkungan (AKL) sudah lama memegang program malaria (lebih 5 tahun), sedangkan KUPM Puskesmas Bener pendidikan SLTA dan KUPM Cangkrep dengan pendidikan D3 Kesehatan, baru 2 tahun menangani program pemberantasan malaria. Namun semua KUPM sudah memahami tugas dan fungsinya serta pernah mendapat pelatihan program pemberantasan malaria. Semua KUPM mempunyai tugas rangkap disamping sebagai KUPM juga sebagai petugas PKL, Penyuluhan Kesehatan masyarakat

c. Mikroskopis

Petugas laborat atau mikroskopis juga merupakan pembantu utama kepala Puskesmas dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria, karena penentuan seseorang dinyatakan positif atau negatif ditentukan oleh petugas laboratorium (mikroskopis) dan penentuan tersebut sangat penting untuk penanganan penderita selanjutnya. Puskesmas

Winong menjadi mikroskopis sudah 6 tahun, pendidikan SLTA dan mempunyai sertifikat, merangkap pemeriksaan TB. Paru, sedangkan Puskesmas Bener sudah 4 tahun juga merangkap pemeriksaan lainnya, pendidikan SLTA dan sudah mempunyai sertifikat. Puskesmas Purworejo seorang analis senior (15 tahun) merangkap pemeriksaan lain, sudah mempunyai sertifikat. Untuk Puskesmas Cangkreng pengalaman 5 tahun, pendidikan SLTA, juga merangkap pemeriksaan laborat lainnya.

## 2. Sarana/peralatan

Sarana/peralatan yaitu segala sesuatu yang dibutuhkan untuk menunjang kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD.

Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 9.  
Distribusi jenis sarana dalam menunjang kegiatan penemuan dan Pengobatan malaria secara ACD tahun 2005

No	Jenis sarana	Puskesmas			
		Winong	Bener	Purworejo	Cangkreng
1	Mikroskop	Ada dan Berfungsi baik	Ada dan berfungsi baik	Ada dan Berfungsi baik	Ada dan berfungsi baik
2	Obat malaria	cukup	cukup	cukup	cukup
3	Reagen	cukup	cukup	cukup	cukup
4	Kaca slide	cukup	cukup	cukup	cukup
5	Vaksin pen	cukup	cukup	cukup	cukup

Tabel diatas, secara keseluruhan menunjukkan bahwa sarana atau peralatan yang diperlukan dalam mendukung kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD di Puskesmas Winong, Bener,

Purworejo dan Cangkep jumlahnya cukup artinya sarana tersebut tidak pernah kekurangan dan sarana tersebut dapat digunakan atau berfungsi baik

### 3. Pembiayaan atau Dana

Dana yang digunakan untuk kegiatan ACD tahun 2005 sebagian besar digunakan untuk membayar gaji atau honor JMD yang berjumlah 47 orang diseluruh kabupaten Purworejo, termasuk 30 orang JMD yang bekerja di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkep. Adapun sumber dana berasal dari bantuan USAID melalui IAMI yang besarnya honor masing masing JMD Rp 200.000,- perbulan dan diberikan selama 9 bulan (Januari s/d September 2005). Sedangkan untuk biaya operasional pembinaan dan supervisi dari DAU kabupaten Purworejo.

### 4. Pedoman/petunjuk pelaksanaan

Dalam pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD menggunakan buku pedoman pemberantasan malaria dari Departemen Kesehatan R.I dan buku buku pedoman yang secara resmi telah digunakan.

## C. Proses

Dalam pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD melalui beberapa tahap mulai dari tahap perencanaan, engorganisasian, pelaksanaan dan pembinaan/pemantauan dengan uraian sebagai berikut :

### 1. Perencanaan

Perencanaan dalam menunjang kegiatan pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD di Puskesmas tidak berdiri sendiri, tapi merupakan kesatuan atau bagian perencanaan

program pemberantasan malaria secara menyeluruh. Sedangkan perencanaan program pemberantasan malaria juga merupakan bagian dari kegiatan program pemberantasan penyakit menular dan merupakan bagian kegiatan dari perencanaan semua program kesehatan yang dituangkan dalam renstra Puskesmas. Untuk perencanaan dalam menunjang kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep secara singkat adalah sebagai berikut :

a. Penentuari dan prioritas masalah

Penentuan masalah di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Puskesmas Cangkrep pada dasarnya hampir sama yaitu dengan melihat data kasus malaria perdesa tahun 2004 untuk dianalisa dan dijadikan perencanaan tahun 2005. Disini yang dianggap punya masalah yaitu desa HCI dan MCI, kemudian juga dilihat angka kematian karena malaria. Sehingga desa desa HCI dan MCI atau adanya angka kematian karena malaria dibuat prioritas untuk dilakukan tindakan pemberantasan malaria.

b. Penentuan sumber daya

Setelah dilakukan penentuan prioritas masalah, maka selanjutnya menentukan sumber daya baik tenaga, sarana maupun dana. Untuk melaksanakan kegiatan pelaksanaan penemuan dan pengobatan secara ACD ke empat Puskesmas tsb, menentukan kebutuhan jumlah JMD. Sedangkan obat malaria, sarana termasuk perlengkapan kebutuhan JMD Puskesmas langsung mengirimkan permintaan ke kabupaten. Untuk rencana kebutuhan dana operasional pembinaan dan supervisi Puskesmas juga tidak menganggarkan, tapi sudah dialokasikan/dianggarkan oleh kabupaten sesuai dana yang

ada, bukan sesuai kebutuhan. Dalam menghitung kebutuhan JMD digunakan perhitungan berdasar strata desa HCI, MCI, jumlah rumah dan dusun dengan menggunakan buku panduan malaria. Perincian jumlah JMD yang ada di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkreng dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

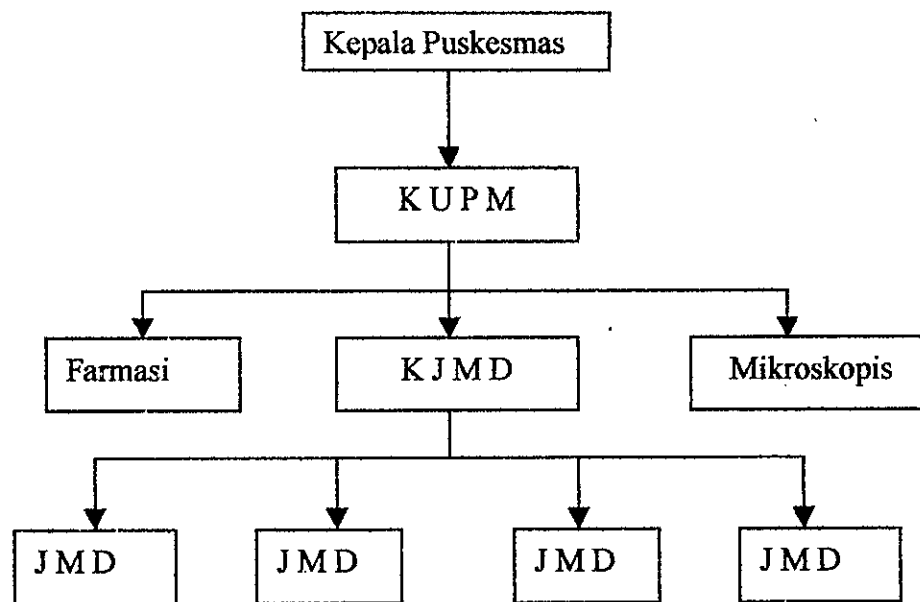
Tabel 4. 10  
Distribusi tenaga JMD di Puskesmas Winong, Bener,  
Purworejo dan Cangkreng Tahun 2005

Puskesmas	Desa			Jumlah penduduk	Jumlah JMD	
	HCI	MCI	LCI		Yg ada	Kebutuhan sebenarnya
1 Winong	3	6	1	15496	8	7
2 Bener	7	12	5	47681	16	18
3 Purworejo	1	1	0	3480	4	3
4 Cangkreng	1	2	1	19536	2	3
Jumlah	12	21	7	91648	30	31

Tabel diatas, menunjukkan secara keseluruhan jumlah JMD sebanyak 30 orang, untuk melayani penduduk yang berjumlah 91648 jiwa. Dilihat dari jumlah, maka tenaga JMD yang terbanyak ada di Puskesmas Bener yaitu 6 orang, kemudian yang paling sedikit di Puskesmas Cangkreng yaitu hanya 2 orang.

## 2. Pengorganisasian

Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pelaksanaan kegiatan ACD mempunyai peran untuk mengkoordinasikan semua petugas yang terlibat dalam kegiatan ACD, agar bisa berjalan dengan baik. Untuk itu diperlukan tim kerja yang kompak. Susunan organisasi tim pelaksanaan kegiatan ACD seperti gambar dibawah ini :



Gambar. 4. 1 Susunan organisasi program pemberantasan malaria untuk kegiatan ACD di Puskesmas

Sesuai informasi penelitian pelaksanaan operasional kegiatan penemuan dan pengobatan secara ACD di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkep dikoordinasikan oleh tenaga KUPM dengan pengendalian atau pemantauan adalah kepala Puskesmas. Dengan demikian petugas KUPM melakukan koordinasi dengan petugas mikroskopis, petugas obat ( farmasi ), KJMD dan JMD. Berhubung dari keempat Puskesmas tidak memiliki KJMD, maka pengendalian / koordinasi petugas JMD langsung dibawah KUPM. Disini petugas KUPM di Puskesmas sangat memegang peran untuk mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan ACD. Sedang petugas mikroskopis juga tidak kalah penting dalam mendukung kegiatan ini, karena harus memeriksa semua sediaan darah yang diambil JMD dan segera memberitahukan hasil pemeriksaan ke KUPM , untuk diinformasikan ke JMD dan ditindak lanjuti pengobatannya bagi yang positif malaria. Pekerjaan ini diperlukan ketepatan dan kecepatan

sehingga tindakan pengobatan tidak terlambat, yang akhirnya penularan ke orang lain dapat dikendalikan

### 3. Pelaksanaan

#### a. Penemuan penderita

Penemuan penderita malaria secara aktif atau ACD, dilaksanakan oleh petugas JMD dengan pengambilan sediaan darah tebal pada semua penderita klinis dengan cara melakukan kunjungan ke rumah-rumah penduduk sesuai wilayah kerja dan jadwal yang telah dibuat pada desa endemis malaria. Adapun hasil penelitian proses pelaksanaan penemuan penderita dengan melihat kesesuaian jadwal, time laps, kunjungan rumah, tingkat keberatan pada kunjungan rumah atau beban kerja dan pelaksanaan PE dalam melakukan survei kontak, serta pelaksanaan follow up pada penderita yang selesai pengobatan radikal dengan uraian seperti pada tabel berikut :

##### 1). Kesesuaian jadwal

Kesesuaian jadwal yang dimaksud adalah kesesuaian waktu atau jadwal kerja yang harus dipatuhi oleh JMD dalam melakukan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD dengan cara kunjungan rumah kerumah penduduk pada wilayah kerja yang telah ditentukan. Kegiatan ini merupakan hal yang penting sekali, sehingga harus dipatuhi oleh JMD. Karena dengan kunjungan yang teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan akan mempunyai hasil yang lebih baik. Dari hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 11.  
Distribusi kegiatan JMD berdasar kesesuaian jadwal  
kunjungan rumah di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo  
dan  
Cangkrej tahun 2005

Puskesmas	Jml	Sesuai Jadwal kunjungan		Sering berubah jadwal	
		Jml	%	Jml	%
Winong	8	5	62,50	3	37,50
Bener	16	9	56,25	7	43,75
Purworejo	4	3	75,00	3	25,00
Cangkrej	2	2	100,00	0	0,00
	30	19	63,33	11	36,66

Keterangan : S ( Sesuai ) artinya kunjungan sesuai jadwal  
SB ( Sering Berubah ), kunjungan sering berubah

Tabel diatas, secara umum kesesuaian jadwal kunjungan kerja JMD yang ada di wilayah Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Puskesmas Cangkrej sebanyak 19 orang atau 63,33% sudah sesuai dengan jadwal yang telah dibuat/ ditentukan, sedangkan yang belum sesuai atau sering berubah sebanyak 11 orang atau 36,66%. Untuk JMD di wilayah Puskesmas Cangkrej yang hanya 2 orang semua melakukan kunjungan sesuai jadwal atau 100,00%, sedangkan JMD di wilayah Puskesmas Bener yang berjumlah 16 orang , hanya 9 orang (56,25%) melakukan kunjungan rumah sesuai jadwal.

## 2). *Time laps*

*Time laps* yaitu waktu yang dibutuhkan mulai sediaan darah diambil dari penderita, kemudian diperiksa di laboratorium malaria

Puskesmas dan diketahui hasilnya, samapi penderita mendapat pengobatan. Time laps ini sangat berperan dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria, karena apabila time laps makin lama, maka akan terjadi penularan di lapangan lebih banyak, karena penderita yang sudah ditemukan tidak segera mendapatkan penanganan atau pengobatan secara cepat dan tepat. Sebaliknya makin cepat makin baik, karena penularan dilapangan segera dapat dicegah. Dari informasi hasil penelitian adaiah sebagai berikut

Tabel 4. 12.  
Time laps kegiatan penemuan dan pengobatan malaria  
Secara ACD oleh JMD tahun 2005

Puskesmas	Jml.	Prosentase Time laps					
		< 3 Hr		3-7 Hr		> 7 Hr	
			%		%		%
Winong	8	8	100,00	0	0,00	0	0,00
Bener	16	12	75,00	4	25,00	0	0,00
Purworejo	4	4	100,00	0	0,00	0	0,00
Cangkrej	2	2	100,00	0	0,00	0	0,00
	30	26	86,66	0	13,33	0	0,00

Keterangan : Time laps yaitu lama/waktu yang dibutuhkan sejak Sediaan Darah (SD), diambil sampai pasien mendapat pengobatan

Tabel diatas, menunjukkan bahwa sebanyak 26 orang JMD atau 86,66% melaksanakan pengambilan sediaan darah sampai penderita mendapat pengobatan atau *time laps* kurang dari 3 hari, sedangkan sebanyak 4 orang (13,33%), *time laps*

antara 3-7 hari. Sedangkan *time laps* yang melebihi dari 7 hari baik di wilayah Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkreng tidak ada. Untuk Puskesmas Purworejo dan Cangkreng dengan jumlah tenaga JMD sebanyak 6 orang, melaksanakan kegiatan ini dengan *time laps* kurang dari 3 hari.

### 3). Kunjungan rumah

Pelaksanaan kunjungan rumah ke rumah oleh JMD merupakan salah satu out put kerja JMD dan akan menentukan tinggi rendahnya cakupan penemuan. Dari hasil penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 13.  
Distribusi kegiatan penemuan penderita secara ACD oleh JMD berdasar jumlah kunjungan rumah per hari di Puskesmas tahun 2005

Puskesmas	Jml	Kunjungan rumah					
		<25 rmh	%	25-40 rmh	%	>40 rmh	%
Winong	8	0	0,00	8	100,00	0	0,00
Bener	16	5	31,25	11	68,75	0	0,00
Purworejo	4	0	0,00	4	100,00	0	0,00
Cangkreng	2	2	100,00	0	0,00	0	0,00
	30	7	23,33	23	76,66	0	0,00

Tabel diatas, menunjukkan bahwa secara umum kunjungan rumah yang dilakukan JMD dalam kegiatan penemuan penderita setiap hari sebanyak 7 orang (23,33%) kurang dari 25 rumah, kemudian sebanyak 23 orang (76,66%) melakukan

kunjungan antara 25 – 40 rumah/hari/orang. Sedangkan yang melakukan kunjungan rumah lebih dari 40 rumah/hari/orang baik di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo maupun Cangkrep tidak ada. Puskesmas Winong dan Purworejo dengan jumlah JMD sebanyak 12 orang semua melakukan kunjungan antara 25 – 40 rumah/hari/orang. Puskesmas Cangkrep yang hanya ada 2 orang JMD, semua melakukan kunjungan rumah kurang dari 25 rumah/hari/orang.

#### 4). Tingkat keberatan

Tingkat keberatan yang dimaksud yaitu pengakuan atau jawaban langsung oleh JMD dari kuesioner yang ada dalam penelitian atas beban kerja yang dirasakan dalam melaksanakan tugas atau kegiatan penemuan dan pengobatan malaria dilapangan dengan gaji atau honor yang telah ditentukan, sebelumnya yaitu sebesar Rp.200.000,- perbulan/JMD. Kemudian lokasi kerja sesuai wilayah kerja Puskesmas yang mempunyai permasalahan malaria baik itu desa HCI, desa MCI maupun desa LCI. Tingkat keberatan ini diperlukan karena akan terkait dengan kinerja JMD. Adapun tingkat keberatan ini dibagi menjadi 3 kategori yaitu tidak keberatan, kemudian agak keberatan dan keberatan. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 14.

Distribusi tingkat keberatan terhadap beban kerja JMD  
Dalam melaksanakan kegiatan ACD tahun 2005

Puskesmas	Jml.	Tingkat keberatan beban kerja JMD					
		TB	%	AB	%	B	%
Winong	8	6	75,00	0	0,00	2	25,00
Bener	16	3	18,75	3	18,75	10	62,25
Purworejo	4	3	75,00	0	0,00	1	25,00
Cangkrep	2	2	50,00	0	0,00	0	0,00
	30	14	46,66	3	10,00	13	43,33

Keterangan : TB (Tidak Berat), artinya tidak keberatan atas beban kerjanya, AB (Agak Berat) dan B (Berat) atau merasa berat terhadap beban kerja.

Tabel diatas, menunjukkan bahwa beban kerja atau tugas yang diberikan kepada JMD dalam melaksanakan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD berdasar wilayah kerja dan jadwal yang telah ditentukan, sebanyak 13 orang (46,66%) menyatakan tidak keberatan, kemudian 3 orang (10,00%) menyatakan agak keberatan dan sisanya sebanyak 13 orang (43,33%) menyatakan berat atas beban kerjanya. Untuk JMD yang ada di wilayah Puskesmas Cangkrep sebanyak 2 orang semuanya merasa tidak berat. Yang paling banyak mengatakan keberatan adalah JMD yang ada di wilayah Puskesmas Bener yaitu sebanyak 10 orang (62,25%) dari JMD yang ada di Bener.

##### 5). Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi (PE).

Pelaksanaan PE yang dimaksud adalah kegiatan penyelidikan epidemiologi terhadap setiap kasus positif malaria

yang ditemukan dengan cara melakukan survei kontak melalui pengambilan darah terhadap 4 – 5 rumah (20-25 orang) disekitar kasus yang ditemukan. Data pelaksanaan PE ini diambil dari data sekunder yaitu laporan kegiatan JMD dari Januari sampai Juni 2005. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 15.

**Pelaksanaan PE melalui survei kontak oleh JMD  
Di Puskesmas penelitian tahun 2005**

Puskesmas	Jml	Pelaksanaan survei kontak					
		1 rmh	%	2-3 rmh	%	4 rmh	%
Winong	8	7	87,50	1	12,50	0	0,00
Bener	16	12	75,00	4	25,00	0	0,00
Purworejo	4	4	100,00	0	0,00	0	0,00
Cangkrep	2	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	30	25	83,33	1	16,66	0	0,00

Tabel diatas, secara umum menunjukkan bahwa sebanyak 25 JMD (83,66%) melaksanakan Penyelidikan Epidemiologi (PE) dengan melakukan survei kontak atau pengambilan darah terhadap 1 rumah yang ada kasus positif malaria, sedang 5 orang melakukan PE dengan pengambilan darah antara 2-3 rumah sekitar rumah yang ditemukan positif malaria. Sedangkan yang melaksanakan PE dengan melakukan survei kontak terhadap 4 – 5 rumah tidak ada.. Untuk Puskesmas Cangkrep tidak melaksanakan PE, karena sampai bulan Juni belum menemukan kasus positif malaria.

#### 6). Pelaksanaan *follow up* (FU).

Pelaksanaan *follow up* yaitu pengambilan sediaan darah pada semua kasus positif malaria setelah penderita malaria dilakukan pengobatan radikal sesuai jenis parasitnya. Pelaksanaan *follow up* ini perlu dilakukan karena dengan dilakukan *follow up* akan diketahui apakah pengobatan berhasil atau tidak, juga dapat mendeteksi resistensi terhadap obat yang telah diberikan. Disamping itu juga akan mendukung kegiatan surveilans malaria di lapangan. Pelaksanaan *follow up* ini diambil dari data sekunder yaitu dengan melihat/mengamati laporan kegiatan JMD selama 6 bulan dari bulan Januari sampai bulan Juni 2005. Sedangkan untuk informasi pelaksanaannya diambil dari data primer yaitu jawaban JMD terhadap kuesioner yang ada dalam penelitian ini. Hasil informasi dan penelitian mengenai kegiatan *follow up* dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 16.  
Pelaksanaan *follow up* ( FU ) oleh JMD terhadap penderita yang mendapat pengobatan radikal di Puskesmas penelitian Tahun 2005

Puskesmas	Jml	Pelaksanaan <i>follow up</i>					
		SM	%	KD	%	TM	%
Winong	8	6	75,50	2	25,00	0	0,00
Bener	16	10	62,50	3	18,75	3	18,75
Purworejo	4	4	100,00	0	0,00	0	0,00
Cangkrep	2	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	30	20	71,14	5	17,86	3	10,71

Keterangan : SM (Selalu Melaksanakan)  
KD (Kadang kadang)  
TM (Tidak Melaksanakan)

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebanyak 20 JMD (71,86%) mengatakan selalu melaksanakan *follow up* pada setiap penderita yang telah diobati (selesai pengobatan radika), kemudian 5 orang (16,66%) menyatakan hanya kadang-kadang melaksanakan, dan 3 orang (10,71%) menyatakan tidak melaksanakan *follow up* setelah selesai pengobatan radikal. Untuk JMD yang ada wilayah Puskesmas Cangkrep sebanyak 2 orang tidak melakukan *follow up*, karena belum menemukan kasus positip. Kemudian tenaga JMD yang ada di Puskesmas Purworejo sebanyak 4 orang semuanya melakukan *follow up*.

b. Pelaksanaan pengobatan

Pelaksanaan pengobatan yang dilakukan oleh JMD meliputi pengobatan klinis dan pengobatan radikal. Pengobatan klinis yaitu setiap tersangka malaria yang diambil sediaan darahnya langsung diberikan pengobatan dengan klorokuin 3 hari dan primakuin dosis tunggal (1 hari); kemudian apabila hasil pemeriksaan sediaan darah positip maka diberikan pengobatan radikal sesuai jenis parasitnya. Untuk *P. falciparum* diberikan obat artemisinin selama 3 hari dan untuk *P. vivax* diberikan klorokuin 3 hari dan primakuin selama 14 hari. Adapun cara pemberian obat dengan sistem paket dengan pemberian penjelasan tentang cara minum obat. Adapun informasi hasil penelitian tentang cara minum obat malaria pada hari pertama baik penderita klinis maupun positip malaria sebagai berikut :

1). Cara minum obat penderita klinis pada hari pertama.

Yaitu cara minum obat pada hari pertama seseorang penderita klinis malaria yang diberikan pengobatan malaria klinis oleh JMD dan diminum didepan JMD. Karena cara pemberian obat pada penderita malaria melalui sistem paket, maka yang dapat dilihat cara minum obat hanya pada hari pertama atau pada waktu JMD memberikan obat pada penderita malaria. Dari hasil penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 17  
Cara minum obat pada hari pertama penderita klinis  
Malaria di Puskesmas penelitian tahun 2005

Puskesmas	Jml	Cara minum obat hari pertama					
		SDP	%	KD	%	TDP	%
Winong	8	3	37,50	4	50,50	1	12,50
Bener	16	3	18,75	10	62,50	3	18,75
Purworejo	4	0	0,00	2	50,00	2	50,00
Cangkep	2	2	100,00	0	0,00	0	0,00
	30	8	26,66	16	53,33	6	20,00

Keterangan ; SDP (Selalu Didepan Petugas)  
KD (Kadang Kadang)  
TDP (Tidak Didepan Petugas)

Tabel diatas menunjukkan bahwa secara umum cara minum obat malaria pada hari pertama dalam pengobatan klinis sebanyak 8 JMD (26,66%), menyatakan selalu diminum didepan petugas. kemudian sebanyak 16 JMD (53,33%), menyatakan kadang-kadang didepan petugas dan 6 JMD (20,00%), menyatakan bahwa cara minum obat malaria tidak didepan petugas.

## 2). Cara minum obat penderita positip malaria

Yaitu cara minum obat malaria oleh penderita positip malaria pada hari pertama pada saat pengobatan radikal yang dilakukan oleh tenaga JMD, kemudian obat tersebut diminum didepan JMD. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 4. 18.  
Cara minum obat pada hari pertama penderita positip malaria di Puskesmas penelitian tahun 2005

Puskesmas	Jml	Cara minum obat hari pertama					
		SDP	%	KD	%	TDP	%
Winong	8	1	12,50	6	75,00	1	12,50
Bener	16	0	0,00	8	50,00	8	50,00
Purworejo	4	0	0,00	2	50,00	2	50,00
Cangkrep	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	28	1	3,57	16	57,14	11	39,28

Keterangan ; SDP (Selalu Didepan Petugas)  
KD (Kadang Kadang)  
TDP (Tidak Didepan Petugas)

Tabel diatas menunjukkan bahwa cara minum obat pada hari pertama dalam pengobatan radikal 1 JMD (3,57%), menyatakan selalu didepan petugas, kemudian 16 JMD (57,14%), menyatakan kadang – kadang didepan petugas dan 11 JMD (39,26%), menyatakan minum obat tidak didepan petugas. Untuk Puskesmas Winong dan Bener 50,00% JMD menyatakan minum obat tidak didepannya.

#### 4. Supervisi/pembinaan

Kegiatan supervisi dan pembinaan dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD, terutama ditujukan kepada petugas JMD dan mikroskopis, karena mereka yang secara langsung terlibat dalam kegiatan pelaksanaan penemuan dan pengobatan penderita secara ACD. Tenaga JMD melaksanakan kegiatan penemuan penderita di lapangan, sedangkan tenaga mikroskopis melaksanakan pemeriksaan sediaan darah yang telah diambil dari JMD untuk menentukan apakah seseorang dinyatakan positif malaria atau tidak. Kegiatan 2 tenaga ini merupakan kegiatan yang sangat penting dalam program pemberantasan malaria khususnya penemuan dan pengobatan. Dengan demikian kegiatan ini harus mendapat perhatian yang serius, karena apabila tidak diperhatikan akan mempengaruhi kinerja penemuan dan pengobatan, sehingga tujuannya tidak bisa berhasil sesuai target yang dikehendaki. Salah satunya adalah dengan supervisi /pembinaan pada kedua kegiatan tersebut. Kegiatan supervisi dan pembinaan ini merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan kegiatan ACD, karena dengan supervisi dan pembinaan yang baik dan kontinyu atau terus menerus kegiatan JMD akan terpantau dengan baik. Adapun pelaksana supervisi dan pembinaan bisa petugas dari Kabupaten maupun petugas Puskesmas, sesuai tugas dan fungsi masing masing. Adapun uraian singkat kegiatan supervisi dan pembinaan dapat dilihat pada matriks sebagai berikut :

Tabel 4. 19

Matriks pembinaan pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD di Puskesmas penelitian tahun 2005

No	Pelaksana	Sasaran	Pembinaan
1	Kabupaten	KUPM,  Mikroskopis	Memberikan pengarahan pelaksanaan Pemberantasan malaria  Memberikan pengarahan agar reagen yang sudah kadaluarsa jangan dipakai
2	Kepala Puskesmas Winong, Bener, Purworejo Cangkrep	KUPM Mikroskopis JMD Puskesmas Winong,Bener Purworejo Cangkrep	Melalui rapat bulanan Puskesmas diarahkan agar dalam pelaksanaan kegiatan ACD tidak kekurangan obat reagen , menjaga time laps tetap kurang dari 7 hari
3	KUPM	JMD	Pengarahan agar semua tersangka malaria diambil darahnya, jangan sampai ada yang kelewatan

Pelaksanaan pembinaan dan pemantauan / evaluasi juga dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten , bidang P2P-PL, melalui kegiatan pertemuan semua petugas KUPM di Kabupaten Purworejo, termasuk KUPM yang ada di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep. Pertemuan dilakukan setiap bulan sekali. Sejak Januari sampai Juni 2005, sudah dilakukan pertemuan sebanyak 5 kali yaitu tanggal 13 Januari, 31 Maret, 30 April, 31 Mei dan 30 Juni 2005. Tempat pertemuan dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten dan dibiayai oleh

dana dari USAID melalui Inisiatif Anti Malaria Indonesia atau IAMI.

Adapun yang dibahas dalam pertemuan tersebut yaitu :

- a. Evaluasi pelaksanaan kegiatan pemberantasan malaria bulan sebelumnya
- b. Menyusun dan memperbaiki data malaria untuk rencana kegiatan bulan berikutnya
- c. Menganalisa data penemuan dan pengobatan malaria termasuk hasil kegiatan JMD

#### **D. Keluaran (*output*)**

Sesuai informasi dari hasil penelitian, maka hasil pelaksanaan kegiatan penemuan dan pengobatan penderita malaria secara ACD yang dilaksanakan oleh JMD selama 6 bulan mulai Januari sampai Juni tahun 2005 di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkep adalah jumlah atau cakupan penemuan penderita dan cakupan pengobatan malaria baik pengobatan klinis maupun pengobatan radikal. Adapun uraian lebih lengkap adalah sebagai berikut :

##### **1. Penemuan penderita**

###### **a. Cakupan penemuan secara ACD**

Cakupan penemuan yang dimaksud adalah hasil kegiatan penemuan penderita klinis malaria yang dilakukan oleh JMD sesuai wilayah kerjanya, terhadap jumlah penduduk yang dilakukan kegiatan penemuan. Hasil penelitian seperti tabel dibawah ini :

Tabel 4. 20.  
Cakupan kegiatan penemuan penderita secara ACD oleh JMD  
selama 6 bulan ( Januari s/d Juni 2005 )

Puskesmas	Jml. pddk	klinis	CP (%)	Positip	SPR (%)
Winong	15496	1011	6,52	7	0,69
Bener	47681	1483	3,11	30	2,02
Purworejo	3480	151	4,33	6	3,97
Cangkrep	19836	94	0,47	0	0,00
Jumlah	91648	2739	2,98	43	1,57

Keterangan : CP (Cakupan penemuan)  
SPR (Slide Posititive Rate)

Tabel diatas, secara keseluruhan menunjukkan bahwa cakupan penemuan penderita malaria klinis terhadap jumlah penduduk pada desa HCI, MCI dan LCI di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep selama 6 bulan ( Januari s/d Juni 2005 ) mencapai 2739 penderita klinis (2, 98%) dari penduduk yang dilayani, tertinggi di Puskesmas Winong yaitu mencapai 1011 penderita klinis (6,52%) dan terendah di Puskesmas Cangkrep hanya 94 penderita (0,47%). Kemudian ketajaman diagnose yang dinyatakan dengan *Slide Positive Rate (SPR)*, secara umum hanya 1,57% dari jumlah klinis yang ditemukan, tertinggi di Puskesmas Purworejo (3,97%) dan terendah di Puskesmas Winong hanya (0,69%). Sedangkan Puskesmas Cangkrep tidak menemukan kasus positip malaria dari 94 penderita tersangka klinis malaria yang ditemukan.

b. Perbandingan penemuan ACD dan PCD

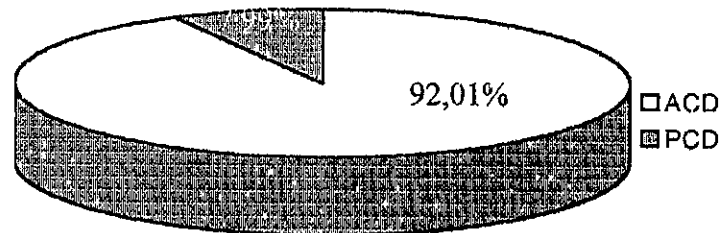
Yaitu hasil kegiatan penemuan penderita klinis malaria secara ACD dengan kegiatan yang dilakukan secara PCD. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 21  
Perbandingan penemuan penderita klinis malaria  
dari kegiatan ACD dan PCD th. 2005

Puskesmas	Jml klinis	ACD		PCD	
		Jml	%	Jml	%
Winong	1095	1011	92,32	84	7,67
Bener	1539	1483	96,36	56	3,64
Purworejo	162	151	93,20	11	6,80
Cangkrej	181	94	51,93	87	48,07
Jumlah	2977	2739	92,01	238	7,99

Tabel diatas, menunjukkan bahwa cakupan penemuan secara ACD oleh JMD di wilayah Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrej mencapai 2739 penderita klinis (92,01%), sedang kegiatan PCD yang dilakukan Puskesmas tersebut hanya 238 orang (7,99%). Cakupan dari kegiatan ACD tertinggi di Puskesmas bener (96,36%), sedangkan cakupan penemuan secara PCD tertinggi di Puskesmas Cangkrej yaitu 48,07% atau hampir sama dengan cakupan penemuan yang dilaksanakan oleh JMD. Kemudian cakupan penemuan secara ACD terendah di Puskesmas Cangkrej (51,93%) dan cakupan penemuan terendah secara PCD di wilayah Puskesmas Bener (3,64%) dari semua penderita yang ditemukan malaria klinis. Secara keseluruhan perbandingan penemuan malaria klinis secara ACD

dengan PCD, dan penemuan malaria positif secara ACD dan PCD digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4. 2. Grafik penemuan penderita malaria klinis dari kegiatan ACD dan PCD tahun 2005

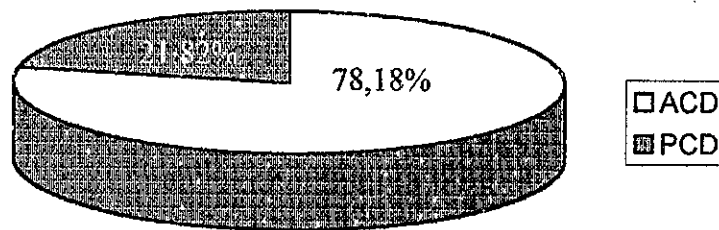
Gambar diatas, secara umum menunjukkan bahwa cakupan penemuan penderita malaria klinis yang dilaksanakan secara ACD oleh JMD cukup besar yaitu mencapai 92,01% dan penemuan penderita malaria klinis secara PCD hanya 7,99%. Kemudian perbandingan penemuan kasus positif malaria yang dilaksanakan melalui kegiatan ACD oleh JMD dibanding dengan kegiatan PCD dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4. 22**  
**Perbandingan penemuan kasus positip malaria**  
**kegiatan ACD dan PCD di Puskesmas**  
**tahun 2005**

Puskesmas	Jml pos	ACD		PCD	
		Jml	%	Jml	%
Winong	12	7	58,33	5	41,66
Bener	35	30	85,71	5	14,29
Purworejo	6	6	100,00	0	0,00
Cangkrep	2	0	0,00	2	100,00
	55	43	78,18	12	21,82

Keterangan : ACD ( Active Case Detection )  
PCD ( Passive Case Detection )

Tabel diatas, secara umum cakupan penemuan penderita positip malaria melalui kegiatan ACD rncapai 43 orang (78,18%) dari 55 orang yang ditemukan, tertinggi di Puskesmas Purworejo (100,00%) dan terendah di Puskesmas Cangkrep yaitu tidak menemukan kasus positip. Kemudian cakupan penemuan penderta secara PCD secara keseluruhan hanya 21,82% dari total kasus yang ditemukan, tertinggi di Puskesmas Cangkrep (100,00%) dan cakupan terendah di wilayah Puskesmas Purworejo (tidak menemukan kasus positip malaria). Adapun perbandingan cakupan penemuan penderita positip malaria dari ACD dan PCD dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4. 3. Grafik perbandingan penemuan penderita positif malaria dari kegiatan ACD dan PCD tahun 2005

Gambar diatas, secara keseluruhan menunjukkan bahwa hasil kegiatan penemuan penderita positif malaria yang dilaksanakan secara ACD oleh JMD yaitu mencapai 78,18% artinya cukup besar dibandingkan dengan kegiatan penemuan penderita positif yang dilaksanakan secara PCD yang hanya 21,82%.

Untuk jenis parasit yang ditemukan pada penderita positif malaria dari hasil pemeriksaan laboratorium oleh petugas mikroskop Puskesmas yaitu terdiri dari *P. falciparum*, *P. vivax* dan bentuk campuran atau mix. Data ini diambil dari data sekunder yaitu data laporan bulan januari sampai Juni 2005 dari Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Puskesmas Cangkep. Hasil penelitian jenis parasit yang ditemukan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 23.  
Distribusi jenis parasit hasil penemuan penderita secara ACD  
selama 6 bulan ( Januari s/d Juni tahun 2005 )

Puskesmas	Positip	P.f	%	P.mix	%	P.v	%
Inong	7	5	71,42	0	0,00	2	28,57
Bener	30	11	36,66	3	10,00	16	53,33
Purworejo	6	4	66,66	0	0,00	2	33,33
Cangkrep	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	43	20	46,51	3	6,97	20	46,51

Keterangan : *P.f* (*Plasmodium falciparum*)  
*P. mix* (*Plasmodium campuran*)  
*P. v* (*Plasmodium vivak*)

Tabel diatas, secara umum menunjukkan bahwa prosentase *P. falciparum* 46,51%, *P. mix* 6,97% dan *P. vivak* sebesar 46,51% dari semua jenis parasit atau prosentase *P. falciparum* sama dengan prosentase *P. vivak*. Kemudian prosentase *P. falciparum* tertinggi yaitu Puskesmas Winong mencapai 71,42%, dan terendah di Puskesmas Bener (36,66%) untuk jenis campuran atau *P. mix* hanya ditemukan di Puskesmas Bener (10,00%), sedang proporsi *P. vivak* tertinggi di Puskesmas Bener (53,33%) dan terendah di Puskesmas Winong (28,57%). Secara umum bila digambarkan proporsi jenis parasit adalah sebagai berikut :



Gambar 4. 4. Grafik proporsi jenis parasit *P. falciparum*, *P. vivax* dan *P. mix* tahun 2005

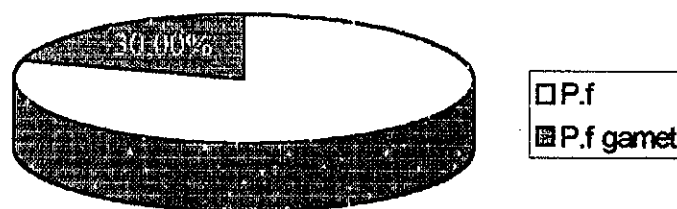
Gambar diatas, secara keseluruhan proporsi jenis parasit yang ditemukan yaitu *P. vivax* yaitu 46,51%, kemudian *P. falciparum* (46,51%) dan terendah *P. mix* atau campuran yang hanya 6,97% Untuk proporsi perbandingan *P. falciparum* bentuk gamet dengan semua *P. falciparum*. Hasil penelitian seperti tabel berikut :

Tabel 4. 24.  
Distribusi *P. falciparum* bentuk gamet dari kegiatan ACD oleh JMD selama 6 bulan ( Januari s/d Juni tahun 2005 )

Puskesmas	Jumlah P.f	Jumlah P.fg	% P.fg
Winong	5	2	40,00
Bener	11	4	36,36
Purworejo	4	0	0,00
Cangkrep	0	0	0,00
Jumlah	20	6	30,00

Tabel diatas, secara keseluruhan menunjukkan bahwa dari 20 penderita yang mengandung parasit *P.falciparum*, 6 penderita diantaranya sudah mengandung parasit *P.f* bentuk gamet atau 30% dari

penderita Pf. yang ditemukan . Untuk Puskesmas Winong dari 5 orang menderita *P.falciparum*, 2 sendiri sudah ditemukan dalam bentuk gamet atau mencapai 40,00% (tertinggi) sedangkan Puskesmas Bener mencapai 36,36%. Untuk Puskesmas Purworejo dari 4 penderita tidak ditemukan P.f. bentuk gamet, sedangkan Puskesmas Cangkrep tidak menemukan kasus positif malaria. Angka parasit *P.falciparum* bentuk gamet ini dapat dipakai sebagai indikasi kecepatan dalam melakukan kegiatan penemuan penderita malaria yang artinya bila jumlah parasit *P.falciparum* bentuk gamet banyak ditemukan berarti ada keterlambatan penemuan kasus dilapangan. Bila digambarkan dapat dilihat seperti gambar dibawah ini :



Gambar 4. 5. Grafik proporsi P.f. gamet terhadap P. falciparum

## 2. Pengobatan penderita malaria.

Dari informasi hasil penelitian di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep, bahwa semua penderita baik penderita malaria klinis maupun penderita positif dilakukan pengobatan. Pengobatan malaria klinis dengan pemberian obat klorokuin 3 hari dan primakuin dosis tunggal (1 hari), kemudian penderita positif malaria

diberikan pengobatan radikal, sesuai jenis parasitnya. Untuk *P. falciparum* diberikan Artemisinin selama 3 hari, dan untuk penderita *P. vivax* diberikan klorokuin 3 hari dan primakuin selama 14 hari. Pemberian obat dilakukan oleh tenaga JMD dengan cara paket artinya obat diberikan sekaligus oleh JMD kepada penderita.

## BAB V

### PEMBAHASAN

Analisa hasil kegiatan pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD adalah sebagai berikut :

#### A. Perencanaan

Unsur perencanaan kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD oleh JMD, merupakan hal yang sangat penting, karena akan berpengaruh pada proses-proses selanjutnya dalam mencapai tujuan program. Untuk ini kepala Puskesmas sebagai pimpinan perlu mengkoordinir stapnya terutama KUPM dan mikroskopis, KJMD dan JMD, disamping petugas lain yang terkait dengan kegiatan ini. Kenyataanya di Puskesmas Winong, Bener, Purworejo dan Cangkrep tidak mempunyai petugas KJMD, sehingga peran KJMD dirangkap oleh petugas JMD. Secara kuantitas petugas JMD di 4 Puskesmas tersebut, jumlahnya sudah mencukupi, dengan perhitungan output kunjungan rumah 40 rumah/hari/JMD. Akan tetapi sesuai medan yang ada yaitu semua pegunungan yang sulit untuk dijangkau, maka kunjungan rumah hanya memungkinkan 25 rmh/hari/JMD. Dengan perhitungan tersebut, sehingga sebetulnya jumlahnya masih kurang. (tabel 4. 10). Sedangkan secara kualitas dilihat dari sisi pendidikan, lama tugas, pemahaman tupoksi dan pelatihan sudah memadai artinya bisa dikatakan cukup baik. S

Selanjutnya sesuai hasil penelitian di 4 Puskesmas, dalam menentukan masalah malaria, sudah dilaksanakan dengan perhitungan strata desa HCI, MCI maupun LCI, sebagai dasar penentuan prioritas. namun dari hasil penelitian belum sesuai target, baik kualitas maupun

kuantitas. Selanjutnya sarana yang diperlukan untuk menunjang kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD seperti obat malaria, mikroskop, kaca slide, vaksin pen dll. Juga sudah direncanakan, dan semuanya tercukupi artinya tidak pernah kekurangan. Sedangkan untuk dana terutama honor JMD belum bisa sesuai rencana Puskesmas, akan tetapi masih tergantung kabupaten, dimana tingkat kabupaten juga tergantung volume dana yang ada. Untuk honor JMD tahun 2005 hanya 9 bulan (Januari s/d September 2005), mestinya harus 12 bulan atau 1 tahun penuh. Untuk dana pembinaan/supervisi juga tidak tersedia, sehingga kepala Puskesmas harus mencari sumber lain yang ada di Puskesmas.

#### **B. Pengorganisasian**

Dalam kegiatan ACD ini tidak mungkin berjalan dengan baik apabila tidak ada koordinasi yang baik dari semua petugas yang terlibat didalamnya. Sehingga peran kepala Puskesmas sebagai seorang pemimpin sangat diperlukan dalam mengkoordinasikan untuk kelancaran kegiatan ACD, baik koordinasi lintas program maupun lintas sektor termasuk peran aktif masyarakat. Sesuai informasi dari penelitian yang banyak terlibat langsung secara operasional dalam kegiatan ACD, baik di Winong, Bener, Purworejo maupun Cangkrep dilakukan oleh KUPM. Disamping itu dalam mendukung kegiatan ACD, peran lintas program juga dapat mempengaruhi hasil kegiatan ACD oleh JMD. Adapun peran program yang ikut berperan antara lain bidan desa, petugas promosi kesehatan masyarakat, petugas PKL (Pembinaan Kesehatan Lingkungan), dokter dan paramedis, dengan uraian singkat sebagai berikut :

##### **1. Dokter dan paramedis**

Peran dokter dalam kegiatan ACD ini terutama pada kegiatan pengobatan. Dokter sebagai atau tempat konsultasi atau rujukan cara

cara melakukan pengobatan terutama pada yang positif malaria yang sudah diberikan obat oleh JMD, tetapi belum sembuh, termasuk bila ada efek samping obat malaria. Dengan demikian permasalahan pengobatan malaria yang tidak bisa diselesaikan oleh JMD, bisa ditangani oleh dokter. Kemudian peran paramedis juga bisa merupakan tempat konsultasi petugas JMD, apabila JMD dalam menanggapi pengobatan mempunyai kendala. Sehingga peran dokter dan paramedis dalam kegiatan ACD juga sangat penting terutama dalam hal pengobatan penderita malaria.

## 2. Bidan desa

Peran bidan desa dalam kegiatan ACD sangat penting, karena posisi bidan desa tinggal di desa, sehingga sangat dekat dengan masyarakat. Dengan demikian mereka mengetahui persis apabila masyarakat disekitarnya ada yang menderita malaria. Sesuai informasi dari petugas KUPM dan kepala Puskesmas semua bidan desa pada daerah malaria diberikan alat untuk mengambil darah dan obat anti malaria. Bahkan sesuai dengan pengembangan Polindes menjadi Poliklinik Kesehatan Desa mempunyai fungsi untuk melaksanakan surveilans penyakit termasuk penyakit malaria. Hal ini jelas akan membantu kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD.

## 3. Petugas promosi kesehatan

Petugas promosi kesehatan mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan kesehatan masyarakat. Salah satunya adalah memberikan pengertian tentang Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Disamping masyarakat harus menciptakan kebersihan lingkungan, salah satu prilaku yang sehat dalam mensikapi penyakit malaria adalah apabila mereka terkena malaria harus secara cepat

minta pengobatan pada petugas kesehatan, termasuk memberitahukan kepada petugas bilamana ada tetangga yang kena penyakit malaria. Dengan demikian akan membantu JMD dalam hal penemuan penderita secara cepat atau tidak terlambat.

#### 4. Petugas Pembinaan Kesehatan Lingkungan

Tugas dan fungsi PKL adalah membantu menciptakan lingkungan yang sehat termasuk kesehatan perumahan. Dalam hal penyakit pemberantasan penyakit malaria rumah yang sehat misalnya lubang udara diberikan kasa nyamuk, kemudian tempat tempat perindukan nyamuk dibersihkan, dengan gerakan pembersihan sarang nyamuk (PSN), maka kondisi ini akan berpengaruh pada penyakit malaria. Dengan kondisi tersebut penyakit malaria akan bisa ditekan. Dengan demikian penemuan penderita malaria oleh JMD juga akan berkurang.

### C. Pelaksanaan .

#### 1. Kegiatan penemuan penderita malaria

Penemuan penderita malaria secara ACD, dilaksanakan oleh JMD dengan melakukan kunjungan rumah ke rumah sesuai wilayah kerja dan jadwal yang telah dibuat. Analisa hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum cakupan penemuan terhadap jumlah penduduk yang dilaksanakan selama 6 bulan ( Januari sampai Juni 2005) kalau dihitung dengan target yang ada pada pedoman, masih dibawah target, meskipun target ini tidak ditekankan, dalam pelaksanaan program pemberantasan malaria, yaitu baru 2,98% dari 91648 penduduk yang dilayani. Adapun target yang ditentukan dari pedoman yaitu cakupan penemuan dalam kurun waktu 1 tahun, untuk desa HCI 20 % dari jumlah penduduk desa tersebut, kemudian untuk desa MCI, 10 %

dari jumlah penduduk dan desa LCI 5 % dari jumlah penduduk. Dilihat dari angka yang ada, cakupan penemuan tertinggi di Puskesmas Winong yaitu 6,52% dari 15496 penduduk yang dilayani dan terendah di Cangkreng yaitu 0,47% dari 19836 penduduk yang dilayani. (tabel 4. 18). Hal ini karena disamping memang baru dilakukan selama 6 bulan, kemudian JMD merangkap sebagai KJMD, sehingga JMD harus melakukan penyelidikan epidemiologi (PE), melaksanakan pengobatan radikal dan membawa SD ke Puskesmas, yang semuanya itu seharusnya dilaksanakan oleh KJMD, disisi lain tenaga KJMD tidak ada sehingga pekerjaan ini dirangkap oleh JMD artinya JMD kehilangan waktu untuk melaksanakan kegiatan penemuan secara ACD. Dilihat dari jumlah JMD yang ada, dan dihitung sesuai pedoman Depkes RI dengan kunjungan rumah rata rata perhari per JMD 40 rumah, maka secara umum memang masih kekurangan JMD walaupun tidak banyak (hanya kekurangan 1 JMD). Untuk Puskesmas Winong kelebihan 1 orang, Puskesmas Bener masih kekurangan 2 orang, Puskesmas Purworejo kelebihan 1 orang dan Puskesmas Cangkreng masih kurang 1 orang ( tabel 4. 10). Akan tetapi kalau dihitung kunjungan kerja 25 rumah/hari/JMD yang didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar (76,66%) JMD melaksanakan kunjungan 25-40 rumah/hari/JMD, maka secara keseluruhan kebutuhan JMD seharusnya 41 Orang sehingga tenaga JMD secara keseluruhan masih kurang 11 orang. Untuk penyebarannya Puskesmas Winong, Bener dan Cangkreng masih kekurangan JMD kecuali Puskesmas Purworejo sudah tidak ada kekurangan, karena sudah sesuai perhitungan yaitu 4 orang JMD. Untuk tenaga KJMD dibutuhkan 10 orang (setiap 4 JMD perlu 1 orang KJMD). Dengan demikian cakupan penemuan penderita

yang masih rendah dari target salah satu faktor yang mempengaruhi adalah kekurangan tenaga dan tugas rangkap, disamping memang kegiatan penemuan memang baru 6 bulan. Kemudian kalau dikaitkan dengan beban kerja JMD dan gaji upah yang diterima sebagian besar atau lebih dari 50% JMD masih merasa keberatan dengan tugas tersebut, sedangkan yang tidak keberatan hanya sebagian kecil yaitu 46,66%, dapat dilihat pada (tabel 4. 14). Memang dari hasil wawancara walaupun merasa keberatan, namun mereka tetap mau bekerja sebagai JMD, salah satunya dikarenakan dari pada tidak bekerja sama sekali (menganggur). Namun hal ini tetap harus dipikirkan kelanjutannya terutama penyesuaian atau peningkatan honor, demi meningkatkan dan motivasi kerja JMD.

Untuk pelaksanaan penyelidikan epidemiologi (PE), yang juga merupakan bagian dari kegiatan penemuan penderita, secara umum semua JMD telah melaksanakan, namun pelaksanaan belum maksimal. Sebagian besar melakukan survei kontak pada setiap kasus positif hanya dilaksanakan pada 1 rumah (83,33%), kemudian yang melaksanakan 2 – 3 rumah sebanyak 16,66% dan yang melaksanakan pada 4 – 5 rumah tidak ada. Pedoman Depkes harus dilakukan 4 – 5 rumah pada setiap ditemukan positif malaria. ( tabel 4. 15 )

Apabila dinilai dari ketajaman diagnose yang dinyatakan dengan angka *Slide positive rate* (SPR), maka secara keseluruhan angka SPR sangat rendah yaitu hanya 1,56% dari semua slide yang diperiksa. Dilihat dari angka SPR, maka yang tertinggi di Purworejo yaitu mencapai 3,97% dan terendah di Winong yaitu hanya 0,69%. Angka SPR ini antara lain dipengaruhi oleh ketelitian JMD dalam mengambil darah, kejelian dalam menanyakan pada orang yang

mengalami gejala malaria klinis, juga dipengaruhi oleh kualitas kerja petugas mikroskopis Puskesmas. Disisi lain secara umum kualitas petugas mikroskopis di 4 Puskesmas dilihat dari sisi pengalaman kerja, pendidikan dan pelatihan serta pemahaman tupoksi sudah baik. Disamping itu juga dari hasil chross ckeck slide yang diperiksa ke Kabupaten selama 6 bulan (Januari – Juni 2005), dari 2696 SD negatif dilakukan cross ckeck 330 SD (12,24 %) dengan hasil tidak ada kesalahan atau error rate nya 0%, sedangkan SD positif sebanyak 43 dilakukan cross ckeck sebanyak 37 SD (86,04%) dengan kesalahan atau error rate 1 SD atau hanya 2,70%. Dengan demikian error ratenya masih kurang dari 5%. menurut pedoman Depkes RI, error rate tidak boleh lebih dari 5%.

Dilihat dari cakupan cross ckeck untuk SD negatif sudah memenuhi dari target yaitu 12,24% dari semua SD negatif (target 10%), sedangkan cakupan cross ceck SD positif belum memenuhi target karena baru 86,04%, (target 100%) harus di cross ceck. Kemudian cara melaksanakan chross ckeck sudah sesuai pedoman. Menurut panduan praktis diagnosis malaria cara chross ckeck yang baik yaitu sediaan darah yang akan di chross ckeck harus bebas dari tulisan hasil pemeriksaan baik yang positif maupun yang negatif, pemeriksaan harus buta atau blind ( 28 ). Dengan demikian nilai perbedaan dapat diukur dengan benar dan jumlah SD yang di chross ckeck harus mencukupi yaitu SD negatif 10%, dan SD positif harus 100% (semua SD positif harus dilakukan cross ckeck)

Selanjutnya dilihat dari angka proporsi jenis parasit yang ditemukan maka proporsi plasmodium falciparum bentuk gamet secara keseluruhan cukup tinggi yaitu 30,00% dari 20 penderita malaria

falciparum. Dilihat dari anganya tertinggi di Puskesmas Winong 40% dan terendah Puskesmas Purworejo (tidak ditemukan P.f. bentuk gamet). Dengan demikian dapat diartikan masih ada keterlambatan penemuan penderita malaria di lapangan, dan kalau hal ini dibiarkan terus, bisa terjadi penularan yang lebih luas ( Depkes RI, 1999 ), terutama di wilayah kerja Puskesmas Winong dan Bener. ( tabel 4. 22 )

Kemudian bila dibandingkan dengan kegiatan penemuan secara PCD, oleh Puskesmas, maka cakupan kegiatan ACD cukup tinggi. Untuk penderita klinis mencapai 92%, tertinggi di Puskesmas Bener mencapai 96,36% dan terendah di Cangkrep, hanya 51,92%. Sedang untuk yang positif malaria mencapai 78,18%, tertinggi di Bener mencapai 85,73%, dan terendah di Cangkrep belum menemukan (tabel 4. 19 dan 4. 20)

Dengan demikian dapat diartikan bahwa kontribusi kegiatan penemuan penderita malaria secara ACD oleh JMD, sangat berperan terutama dalam surveilans malaria melalui penemuan dan pengobatan secara ACD oleh JMD, baik penemuan penderita klinis maupun penderita positif malaria.

## 2. Pengobatan penderita

Kebijakan pengobatan malaria di kabupaten Purworejo mulai tahun 2004 mengacu pada surat dari Direktur Jendral PPM-PL Departemen Kesehatan RI, No. PM. 00. 01.3.541, tanggal 15 Desember 2004. Surat tersebut ditujukan kepada 15 kabupaten/kotamadya di Indonesia yang mempunyai masalah malaria. Untuk propinsi Jawa Tengah 2 kabupaten yaitu Kabupaten Banjarnegara dan Kabupaten Purworejo. Surat tersebut menyebutkan bahwa untuk pengobatan penderita malaria klinis memakai klorokuin 3 hari dan primakuin dosis

tunggal (1 hari), untuk pengobatan radikal pada *P. vivax* menggunakan klorokuin 3 hari dan primaquin selama 14 hari. Sedangkan untuk *P. falciparum* digunakan Artemisinin Combination Therapy (ACT) yaitu artesunate – amodiakuin kombinasi selama 3 hari sebagai pengganti klorokuin.

Selanjutnya dari hasil penelitian menunjukkan semua penderita malaria dilakukan pengobatan, baik pengobatan penderita malaria klinis maupun radikal. Untuk pemberian obat dilakukan langsung oleh tenaga JMD dengan sistim paket artinya obat diberikan sekaligus sesuai dosis. Pemberian obat yang baik mestinya dengan sistem *daily treatment* artinya pemberian obat dilakukan setiap hari dan diminum didepan petugas (Depkes RI, 1999), namun hal ini tidak dilaksanakan oleh Puskesmas Winong, Bener, Purworejo maupun Cangkrep, akan tetapi pemberian obat dilaksanakan secara paket oleh JMD. Dengan demikian ketaatan minum obat sulit dikontrol, karena kebiasaan atau perilaku yang sering ditemui di masyarakat antara lain obat tidak dihabiskan, karena baru minum obat 1 kali sudah tidak demam (dikira sudah sembuh), obat disimpan untuk persediaan kalau kambuh, kemudian obat malaria rasanya pahit sekali dan ada efek samping. Perlu diketahui bahwa keberhasilan pengobatan malaria sangat menentukan keberhasilan program pemberantasan malaria, sehingga pelaksanaan pengobatan harus baik. Komite review dari Departemen Kesehatan RI, dalam melaksanakan review terhadap faktor-faktor yang diduga berpengaruh terhadap terjadinya peningkatan malaria pada program pemberantasan malaria di Kabupaten Purworejo dan Kulon Progo (DIY) pada akhir tahun 1998, dalam laporannya

merekomendasikan untuk kepatuhan atau ketaatan minum obat pada penderita antara lain sebagai berikut ( 29 ) :

- a. Perlu KIE (komunikasi, Informasi dan Edukasi) khusus dengan penekanan minum obat secara teratur, obat harus dihabiskan, efek samping obat yang menyertai, serta akibat yang akan dialami pasien bila obat tidak dihabiskan.
- b. Perlu memberikan label atau tatacara minum obat secara benar pada kemasan obat, dengan mencantumkan pula syarat syarat yang harus dipenuhi penderita sebelum minum obat tersebut.
- c. Petugas kesehatan memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga pasien untuk mengulangi petunjuk / cara minum obat secara lisan didepan petugas.
- d. Memberdayakan keluarga pasien dalam pengobatan malaria, sebagai pengawas minum obat sering disebut PMO.

Untuk pelaksanaan *follow up*, dilihat dari cakupan sudah baik, karena sebagian besar atau 90,6% dari semua penderita yang diobati radikal, telah dilakukan *follow up* . Dilihat dari angka tertinggi di Purworejo yaitu 100%, hal ini dimungkinkan karena disamping kinerja JMD yang cukup baik, juga dikarenakan jumlah penderita positif selama 6 bulan sangat kecil yaitu hanya 4 orang, kemudian Puskesmas Bener mencapai 96,6% dan Winong baru 57,14% (tabel 4. 16). Walaupun cakupannya sudah baik atau sudah tinggi namun cara pelaksanaannya masih belum sesuai pedoman. Untuk Puskesmas Winong dan Purworejo hanya dilakukan 1 kali yaitu 1 minggu setelah selesai pengobatan radikal, sedangkan Puskesmas Bener untuk *P. falciparum* sudah benar yaitu 3 kali (hari 7, 14 dan 28), sedang *P. vivax* masih belum sesuai pedoman, karena hanya 2 kali (hari 14 dan 28)

setelah pengobatan radikal. Kegiatan *follow up* yang masih belum sesuai ini dimungkinkan karena tugas JMD merangkap tugas KJMD, yang seharusnya pelaksanaan pengobatan radikal, kemudian pelaksanaan PE, serta membawa SD ke Puskesmas dilakukan oleh KJMD akan tetapi dilaksanakan JMD. Dari data hasil penderita yang dilakukan *follow up* tidak ditemukan kasus malaria yang kambuh lagi.

#### D. Pembinaan dan supervisi

Pembinaan petugas yang terlibat dalam kegiatan ACD dilaksanakan bersama petugas lain dalam rapat bulanan di Puskesmas. Untuk JMD juga dilakukan pembinaan pada waktu pertemuan penyegaran JMD di kabupaten yang dilaksanakan 1 tahun sekali, sedangkan petugas KUPM dilaksanakan tiap bulan sekali yaitu pada pertemuan evaluasi program malaria dan untuk petugas mikroskopis setiap 3 bulan sekali. Untuk kegiatan pemantauan atau supervisi untuk petugas JMD dilakukan oleh KUPM dan petugas malaria dari kabupateri, sedangkan kepala Puskesmas dalam kegiatan supervisi terhadap JMD masih kurang, karena dianggap cukup dilaksanakan oleh KUPM. Kegiatan pembinaan dan supervisi ini sangat berperan dalam membantu peningkatan hasil kegiatan ACD dalam penemuan dan pengobatan malaria. Menurut Sismadi Group, 1994, strategi dan sistem yang diperlukan dalam pemberantasan malaria termasuk kegiatan ACD oleh JMD, perlu dikembangkan lebih lanjut :

1. Pertemuan rutin yang membahas kebijakan dan masalah malaria
2. Keterlibatan petugas lapangan dalam penelitian wilayah setempat
3. Insentif bagi aktifitas teknis
4. Dukungan bagi kader malaria

Menurut evaluasi program malaria yang dilakukan Mery Ettlting tahun 1995, rekomendasi utama yang diberikan untuk keberhasilan

program pemberantasan malaria adalah manajemen kasus mulai dari ketepatan diagnosis, pengobatan dan monitoring (30). Sedangkan menurut hasil rekomendasi dari komite review comprehensive pelaksanaan pemberantasan malaria di kabupaten Kulon Progo dan Purworejo tahun 1998 adalah sebagai berikut (29) :

1. Perlu meningkatkan frekuensi pembinaan dan supervisi dari kepala Puskesmas dan kabupaten terhadap pelaksanaan pemberantasan malaria termasuk kegiatan ACD.
2. Hasil pembinaan / supervisi hendaknya terdokumentasi dengan baik
3. Pada saat pertemuan petugas JMD yang dilaksanakan tiap minggu, sekaligus dilakukan pembinaan yang hasilnya terdokumentasi.

#### E. Faktor pendukung dan penghambat

Sesuai dari informasi hasil penelitian faktor pendukung dan penghambat dalam kegiatan ACD oleh JMD adalah sebagai berikut :

1. Faktor pendukung
  - a. Ketersediaan fasilitas kesehatan (sarana pelayanan kesehatan) sampai di tingkat desa yaitu Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) dan tenaga bidan desa, akan mendukung berhasilnya kegiatan ACD.
  - b. Tersedianya sarana dan alat yaitu obat malaria, mikroskop beserta reagen, kaca slide, vaksin pen dll.
  - c. Berkembangnya peningkatan sarana transportasi dan komunikasi sampai di tingkat desa
  - d. Meningkatnya peran masyarakat dengan adanya kader malaria desa. akan membantu kegiatan ACD terutama dalam hal memberikan informasi tentang penderita malaria sampai tingkat desa wisma

- e. Peran sektor swasta dalam hal dukungan dana untuk honor JMD, pertemuan evaluasi KUPM yang diberikan USAID melalui Inisiatif Anti Malaria Indonesia (IAMI).
- f. Adanya kerja sama dengan lintas batas kawasan bukit menoreh yaitu Purworejo, Magelang dan Kulon Progo (DIY), dalam keterpaduan dan keserentakan pelaksanaan kegiatan termasuk kegiatan ACD.

## 2. Faktor penghambat

- a. Tidak adanya tenaga KJMD, sehingga tugas harus dilaksanakan JMD, akan menghambat kegiatan penemuan dan pengobatan penderita terutama dari cakupan penemuan penderita malaria terhadap jumlah penduduk atau ABER.
- b. Terbatasnya dana untuk honor JMD hanya sampai bulan september 2005, sehingga kegiatan surveilans dalam penemuan dan pengobatan malaria bulan Oktober sampai Desember belum jelas.
- c. Perilaku masyarakat terutama ketaatan minum obat malaria tidak tuntas, sehingga penderita tidak sembuh.
- d. Petugas belum melaksanakan kegiatan pemberantasan malaria terutama penemuan dan pengobatan secara ACD sesuai pedoman atau protap dari Depkes RI.

Kemudian untuk menganalisa dan menyusun strategi dalam kegiatan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD, dengan melihat peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan digunakan analisa SWOT.

Informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten dan beberapa petugas Puskesmas penelitian, bahwa peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan uraian secara singkat sebagai berikut :

**a. Peluang**

Peluang yang dimaksud dalam mendukung kegiatan ACD ini antara lain peningkatan/pengembangan sarana transportasi yaitu dengan ditingkatkan kualitas jalan menuju desa ke desa termasuk desa malaria, walaupun untuk menuju ke rumah-rumah penduduk memang banyak yang harus jalan kaki dengan medan yang sulit, kemudian pengembangan sarana komunikasi yaitu dibangunnya, stasiun telekomunikasi/pemancar untuk HP, sehingga hampir setiap desa bisa berkomunikasi lewat HP. Hal ini tentu akan berpengaruh pada kegiatan ACD, karena setiap ditemukan penderita akan mudah untuk menghubungi petugas malaria baik yang ada di desa maupun di sarana kesehatan. kemudian adanya pengembangan kader malaria desa. Kader malaria desa ini dikembangkan melalui kerja sama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo dengan Badan Litbangkes. Dep.Kes RI Jakarta. Kader malaria desa diambil dari desa setempat yaitu tiap dasawismas satu orang kader, kemudian mereka dilatih selama 4 hari dengan materi pengetahuan dan ketrampilan dalam menemukan dan mengobati malaria tanpa komplikasi. Setelah dilatih mereka difungsikan seperti JMD yaitu melaksanakan penemuan dan pengobatan malaria. Hanya mereka tidak digaji, namun diberikan kompensasi dari desa yang bentuk dan besarnya ditentukan oleh desa tersebut.

**b. Ancaman**

Ancaman dalam kegiatan ACD yaitu adanya mobilitas penduduk maksudnya ada beberapa penduduk di desa malaria pergi dan pulang ke Sumatra, Kalimantan dan Batam untuk bekerja, kemudian mereka setiap 6 sampai 1 tahun pulang ke desanya dan

pergi lagi. Dengan demikian jelas masalah surveilans migrasi menjadi sangat penting untuk diperhatikan. Sehingga kegiatan kunjungan rumah oleh JMD terutama jadwal kerjanya harus dipatuhi, karena sekaligus bisa melakukan pengawasan terhadap penduduk yang keluar masuk di desa tersebut. Kemudian ancaman yang tidak kalah pentingnya adalah surveilans yang lemah, artinya dengan honor atau dana untuk JMD yang sangat terbatas dan tidak penuh 1 tahun, akan terjadi kekosongan kegiatan ACD. Hal ini akan teratasi apabila dana cukup, namun kalau tidak ada dana bisa mengoptimalkan atau mengaktifkan kinerja kader malaria desa., sehingga surveilans tetap berjalan

c. Kekuatan

Kekuatan dalam mendukung kegiatan ACD ini antara lain ketersediaan fasilitas kesehatan samapi tingkat desa yaitu adanya Poliklinik Kesehatan Desa yang dipimpin oleh Bida di desa yang tinggal di desa tersebut. Kemudian saran dan peralatan selalu dalam kecukupan dan dapat digunakan dengan baik misalnya obat malaria, mikroskop, kaca slide dsbnya. Terakhir adanya kerja sama lintas batas di kawasan Bukit Menoreh yang merupakan komitmen pemerintah masing masing, sehingga setiap langkah penanganan malaria selalu bersama sama termasuk pertukaran informasi (*cross notification*)

d. Kelemahan

Disamping ada unsur kekuatan dalam mendukung kegiatan ACD, juga tidak lepas adanya kelemahan. Kelemahan yang dimaksud antara lain perencanaan yang belum baik, kemudian terbatasnya dana dan kepatuhan petugas melaksanakan kegiatan belum

sepenuhnya mematuhi petunjuk yang ada. Kelemahan ini kebanyakan dari unsur internal dalam jajaran kesehatan baik dari tingkat kabupaten samapi tingkat desa sebagai ujung tombak pelaksanaan pemberantasan malaria termasuk penemuan dan pengobatan secara ACD oleh JMD.

Untuk memecahkan permasalahan tersebut digunakan pendekatan analisa SWOT. Analisa ini dikembangkan oleh David, 1989, dengan maksud lebih menekan ancaman, bahkan kalau bisa menghilangkan ancaman, kemudian memaksimalkan atau memperbesar peluang dalam meningkatkan pelaksanaan penemuan dan pengobatan malaria secara ACD (31). Adapun matriks SWOT secara singkat dijelaskan pada gambar berikut :

Tabel 5. 1. Analisis dengan menggunakan Matriks SWOT

	<p style="text-align: center;"><b>KEKUATAN (S)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketersediaan fasilitas kes ( Pkms s/d PKD )</li> <li>- Tenaga tk desa JMD, Bides</li> <li>- Ketersediaan obat dan peralatan</li> <li>- Adanya kerjasama lintas program, sektor dan batas</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>KELEMAHAN (W)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perencanaan belum baik</li> <li>- Dana terbatas</li> <li>- Belum dipatuhi protap</li> <li>- Perhatian /kepekaan tupoksi belum maksimal</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>PELUANG (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya komitment global dalam pendanaan</li> <li>- Akses transportasi dan komunikasi pada desa</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>STRATEGI (SO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan kerja sama pada semua pihak terkait</li> <li>- Meningkatkan koordinasi petugas yg</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>STRATEGI (WO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengusahakan dana dari berbagai sumber</li> <li>- Memfungsikan transportasi dan komunikasi secara maksimal</li> </ul>

<p>endemis malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya pengembangan kader malaria desa di Winong dan Bener yang di kembangkan oleh Balitbangkes tahun 2005.</li> </ul>	<p>terkait dengan kegiatan ACD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan fungsi / peran kader malaria desa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan kegiatan sesuai protap</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ANCAMAN (T)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya mobilitas penduduk yang pergi dan pulang ke/dari Sumatra dan Kalimantan.</li> <li>- Perilaku masyarakat (munum obat tak tuntas, keluar malam dll )</li> <li>- Lemahnya surveilans, karena keberadannya JMD hanya sampai September 2005</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>STRATEGI (ST)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan surveilans migrasi</li> <li>- Membentuk Pengawas Minum Obat (PMO) untuk penderita malaria dari keluarganya</li> <li>- Meningkatkan peran dan fungsi kegiatan kerja sama lintas batas dan litbangkes</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>STRATEGI (WT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan mutu pelayanan termasuk kinerja JMD</li> <li>- Membuat perda tentang wajib lapor bagi pendatang dari luar daerah</li> <li>- Penerapan Desentralisasi tingkat Puskesmas</li> <li>- Meningkatkan surveilans dengan memfungsikan petugas kesehatan yang mempunyai desa binaan, termasuk bidan desa.</li> </ul>

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Dari sisi *input* secara keseluruhan tenaga JMD yang mendukung pelaksanaan kegiatan ACD masih kurang kemudian tenaga KJMD tidak ada. Adapun sarana dan peralatan dalam menunjang kegiatan ACD sudah cukup dan memadai baik kualitas maupun kuantitasnya
2. Dari proses pelaksanaan kegiatan ACD, unsur perencanaan sudah mempertimbangkan data malaria tahun sebelumnya, sedangkan pelaksanaan kegiatan penemuan penderita sudah berjalan baik dengan adanya jadwal kerja, time laps dan jumlah rumah yang dikunjungi cukup baik. Kemudian pelaksanaan PE dan follow juga sudah dilaksanakan meskipun cara pelaksanaannya belum sesuai standar yang ada. Untuk pelaksanaan pengobatan juga sudah berjalan baik artinya semua penderita baik malaria klinis maupun yang positif selalu diobati. Untuk kegiatan supervisi dan pembinaan sudah berjalan, namun khusus supervisi keterlibatan kepala Puskesmas belum maksimal, karena masih diserahkan kepada petugas KUPM Puskesmas
3. Dari sisi *output*, cakupan penemuan baik penderita klinis maupun yang positif selama 6 bulan (Januari sampai Juni 2005), masih rendah atau dibawah pedoman dari Dep.Kes RI), sedangkan cakupan pengobatan sudah baik (semua penderita diobati). Bila dibandingkan dengan cakupan penemuan melalui PCD, maka cakupan penemuan penderita malaria secara ACD sangat tinggi ( penemuan penderita klinis secara ACD mencapai 92,18%, sedang penderita positif mencapai 78,66%, sehingga kontribusi kegiatan ACD juga sangat tinggi.

4. Masih terjadi keterlambatan penemuan dilapangan, karena masih ditemukan proporsi *P.falciparum* gamet sebesar 30,00%, sehingga kinerja surveilans belum maksimal.
5. Faktor pendukung yang sangat berperan terutama ketersediaan fasilitas kesehatan dan peran sektor lain, pengembangan kader masyarakat peduli malaria (MPM) dan adanya kerjasama lintas batas di kawasan bukit menoreh (Purworejo, Magelang dan Kulon Progo). Sedangkan faktor penghambat yang penting dana untuk honorJMD terbatas, perilaku masyarakat terutama dalam ketaatan minum obat malaria, masih memerlukan perhatian, kemudian semua lokasi endemis malaria daerah pegunungan yang sulit dijangkau.

## **B. S a r a n**

1. Tenaga JMD masih perlu ditambah, disertai tenaga KJMD dan diambil dari tenaga desa setempat. Kalau perlu tenaga JMD maupun KJMD dimasukkan dalam struktur atau sistim ketenagaan yang ada di Puskesmas. Dengan demikian kegiatan ACD akan lebih baik terutama dalam meningkatkan cakupan penemuan penderita malaria.
2. Semua pengobatan radikal harus dilaksanakan *follow up* dan cara pelaksanaannya juga harus sesuai pedoman Depkes RI. Kemudian kalau pemberian obat harus dengan sistem paket, maka diikuti pengawas minum obat (PMO) dari keluarganya, seperti PMO pada program TB Paru sehingga pengobatan bisa dikontrol dengan baik.
4. Keterlibatan kepala Puskesmas terutama dalam kegiatan supervisi dan pembinaan perlu ditingkatkan minimal 1 bulan sekali supervisi kegiatan JMD di lapangan.

5. Pemerintah sebaiknya memprioritaskan dana untuk honor JMD termasuk besarnya honor disesuaikan dengan UMR, karena kontribusi sebagai surveilans malaria melalui penemuan penderita malaria secara ACD sangat tinggi yaitu 92,01% dari semua penemuan yang dilakukan oleh Puskesmas.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Prop. Jawa Tengah, *Renstra Gebrak Malaria Propinsi Jawa Tengah 2002 – 2006*, Semarang, 2002.
2. Kantor Statistik. *Purworejo Dalam Angka*, Purworejo, 2002
3. Dinas Kesehatan Kabupaten ,*Renstra Penanggulangan Malaria Kabupaten Purworejo*, Purworejo, 2002
4. Dinas Kesehatan Kabupaten, *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo 2003*, Purworejo, 2003
5. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. *Buku Petunjuk Pelaksanaan Gebrak Malaria*, Semarang, 2000
6. Departemen Kesehatan RI, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta 2004
7. Departemen Kesehatan RI, Ditjen PPM-PLP, *Manajemen Program Pembrantasan Malaria*, Jakarta, 2003
8. Departemen Kesehatan RI, *Rencana Pembangunan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta, 1999
9. Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, 2004
10. Rienke William A. *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen ( Terjemahan )*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1994
11. Soekidjo Notoatmodjo, *Prinsip prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Rineka Cipta*, Jakarta, 2003
12. Lily Ranti Goenawi. *Evaluasi Pengobatan Malaria di Puskesmas Propinsi Sulawesi Utara*, Program Studi IKM . Program Pasca Sarjana. UGM, 1998
13. Mulin R Simangunsong. *Evaluasi Pelaksanaan Penemuan Dan Pengobatan Penderita Malaria Di Kabupaten Kotawaringin Barat Kalimantan Tengah*, Program Stidi IKM. Program Pasca Sarjana. UGM, 2001
14. Ngestiono, *Evaluasi proses pelaksanaan program pembrantasan malaria pada Puskesmas HCI di Kabupaten Purworejo*, Purworejo, 1999

15. T. Handoko. *Manajemen*, BPFE . Cetaka kedelapanbelas, Yogyakarta, 2003
16. Muninjaya. *Manajemen Kesehatan*, EGC Jakarta, 1999
17. Azwar. Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
18. William N Dun. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Gajah Mada University Press, Cetakan Kelima, 2003
19. S. Supriyanto. *Perencanaan dan Evaluasi*, Buku Dua, Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, 2003
20. Stephen M. Shortell, Ph,D, William.C. Richarsond, Ph.D, *Health Program Evaluation*, Departement of Health Services, Shool of Public Health and Community Medecine, University of Woshington, Seattle Woshington, The CV. Mosby Company, 1978
21. Departemen Kesehatan RI, Ditjen PPM-PLP, Direktorat P2B2, *Modul pelatihan Pentatalaksanaan malaria untuk dokter Puskesmas*, Jakarta, 1999, Jakarta 2003
22. Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI. No.004/MENKES/SK/1/2002 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, Jakarta, 2003
23. Departemen Kesehatan RI, Ditjen PPM-PLP, *Modul penemuan penderita malaria*, Jakarta 2003
24. Departemen Kesehatan RI, Ditjen PPM-PLP, *Modul pengobatan penderita malaria*, Jakarta 2003
25. Soekidjo Notoatmodjo. *Metodologo Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2002
26. Singarimbun, Masri, Sofan Effendi. *Metode Penelitian Survai*, PT Pustaka LP3ES, Cetakan kedua. Jakarta, 1995
27. Arief.Mochammad TQ, *Metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*, CFGF, Surabaya, 2003
28. Departemen Kesehatan RI- NAMRU- IAMI-UGM-USAID , *Panduan Praktis Diagnosis Malaria*, UGM, Yogyakarta, 2003
29. Komite Review, *Review comprehensive untuk supresi Foci Malaria di Kabupaten Kulon Progo – Purworejo*, Yogyakarta , 1998

30. Ettlign, Mery, *Malaria Program*, Ditjen PPM-PLP, Jakarta, 1995
31. Saluyu, *Pengambilan Keputusan Stratejik Untuk Organisasi Publik dan Organisasi Nonprofit*, PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta, 1996