

KEBIJAKAN PENGENDALIAN MALARIA DI MALUKU UTARA

MALARIA CONTROL POLICY IN NORTH MOLUCCAS

Tri Rini Puji Lestari*

Naskah diterima tanggal 18 Januari 2012, disetujui 11 Juni 2012

Abstract

North Moluccas is a Malaria endemic province in Indonesia which must foster its effort to reach national target in eliminating the disease. Combating Malaria has become a main focus of the regional government policy and many efforts have been conducted. However, Malaria cases still found high there because the policy has not yet focused on vector elimination. Therefore, the writer argues that the policy must give attention to three aspects of its contamination. In addition to this, stronger commitment in form of providing regional provisions from decision makers and spirit of partnership is needed so that malaria control and eradication can be more focused and consistently conducted.

Keywords: malaria control, malaria eradication, North Moluccas Province

Abstrak

Maluku Utara merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang mempunyai wilayah endemis malaria sehingga memerlukan usaha keras untuk mencapai target nasional. Berbagai upaya dalam pengendalian penyakit malaria sudah dilakukan, bahkan kebijakan penanggulangan malaria sudah menjadi fokus utama dari pemerintah daerah. Namun arah kebijakan pengendalian malaria masih belum berorientasi

* Penulis adalah peneliti Bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan pada Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI. Alamat *e-mail*: tririni74@yahoo.com.

pada pemberantasan vektor, sehingga kasus malaria masih tinggi. Penentuan arah kebijakan pengendalian malaria harus memperhatikan 3 komponen penularan penyakit malaria. Selain itu, komitmen dan kemitraan dari para pengambil kebijakan dan dukungan peraturan daerah khusus tentang pengendalian malaria sangat diperlukan agar kebijakan pengendalian malaria dapat dilaksanakan secara terarah dan berkesinambungan.

Kata kunci: Kebijakan, Pengendalian Malaria, Provinsi Maluku Utara

I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit *plasmodium* dan ditularkan oleh nyamuk *anopheles* yang dalam perkembangannya nyamuk memerlukan tempat perindukan. Nyamuk mempunyai empat stadium dalam perkembangannya, yaitu telur, larva, pupa dan dewasa. Stadium larva dan pupa berada di dalam air.¹

Di Indonesia malaria masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius, banyak dijumpai di luar Pulau Jawa-Bali terutama di daerah Indonesia bagian timur. Selama periode 2000—2004, angka endemis malaria di seluruh tanah air cenderung menunjukkan peningkatan. Di Pulau Jawa dan Bali, *annual parasite incidence* (API) selama tahun 1995—2000 per 1.000 penduduk meningkat pesat dari 0,07 (1995), 0,08 (1996), 0,12 (1997), 0,30 (1998), 0,52 (1999), dan 0,81 (2000). Pada tahun 2002 API turun dari 0,47 dan menjadi 0,32 pada tahun 2003 per 1.000 penduduk.²

Selama periode 2005—2010 endemis malaria mengalami penurunan, sebesar 410 per 1.000 penduduk pada tahun 2005 menjadi 1,96 per 1.000 penduduk pada tahun 2010. Angka ini cukup bermakna karena diikuti dengan intensifikasi upaya pengendalian malaria yang salah satu hasilnya adalah peningkatan cakupan pemeriksaan sediaan darah atau konfirmasi laboratorium. Pada tahun 2005 telah dilakukan pemeriksaan darah sebanyak

¹ Achmadi Umar Fahmi, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Jakarta, Penerbit Buku Kompas, 2005, hal. 227.

² Erdinal, dkk, *Faktor-faktor yang Berpengaruh dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Kampar Kiri Tengah, Kabupaten Kampar, 2005/2006*, Jurnal Makara Kesehatan, vol. 10. No. 2, Universitas Indonesia, Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2006, hal. 64.

98.828 (47%) terhadap penderita klinis yang berjumlah 2.113.265 orang. Kemudian pada tahun 2010 telah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 1.164.406 orang (63%) terhadap penderita klinis yang berjumlah 1.848.999 orang. Tingginya cakupan pemeriksaan sediaan darah di laboratorium tersebut merupakan pelaksanaan kebijakan nasional pengendalian malaria dalam mencapai eliminasi malaria, yaitu semua kasus malaria klinis harus dikonfirmasi laboratorium.³

Dalam rangka pengendalian penyakit malaria, banyak hal yang sudah maupun sedang dilakukan Pemerintah Indonesia baik dalam skala global maupun nasional. Program eliminasi malaria di Indonesia tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No 293/MENKES/SK/IV/2009. Pelaksanaan pengendalian malaria menuju eliminasi dilakukan secara bertahap dari satu pulau atau beberapa pulau sampai seluruh pulau tercakup guna terwujudnya masyarakat yang hidup sehat yang terbebas dari penularan malaria sampai tahun 2030.

Untuk mempercepat pencapaian target penurunan kasus malaria dan kematian akibat malaria, Presiden Republik Indonesia memberikan perhatian khusus dengan mengeluarkan Inpres Nomor 3/2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, khususnya tentang pengendalian malaria melalui peningkatan angka penemuan kasus malaria. Adapun indikator keberhasilan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010—2014 adalah menurunkan angka kesakitan malaria dan kematian penyakit malaria pada tahun 2015 menjadi 1 per 1.000 penduduk dari baseline tahun 1990 sebesar 4,7 per 1.000 penduduk

Sejalan dengan hal tersebut, Indonesia juga melakukan kerjasama dengan beberapa lembaga internasional, salah satunya *Global Fund* yang memberikan bantuan untuk pengendalian malaria. Melalui *Global Malaria Programme (GMP)* dinyatakan bahwa malaria merupakan penyakit yang harus terus menerus dikendalikan melalui pengamatan, monitoring dan evaluasi, serta diperlukan formulasi kebijakan dan strategi yang tepat. Di dalam GMP ditargetkan 80% penduduk terlindungi dan penderita mendapat pengobatan *Artemisinin Based Combination Therapy (ACT)*. Dan melalui *Roll Back Malaria Partnership* ditekankan kembali dukungan tersebut.

Maluku Utara merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang mempunyai wilayah endemis malaria. Di provinsi ini, berdasarkan laporan

³ Departemen Kesehatan, *Profil Kesehatan Tahun 2010*, Jakarta, Departemen Kesehatan, 2011. hal. 47.

puskesmas pada tahun 2010 mengalami peningkatan endemisitas sebesar 15,29% (API sebesar 8,8%= 9.233 kasus positif) dibandingkan dengan tahun 2009 (API sebesar 7,7% = 7.557 kasus positif). Dari segi penegakan kasus mengalami peningkatan sebanyak 39,7% dibandingkan pada tahun 2009. Pada tahun 2009, dari 37,429 kasus yang dilaporkan, terdapat 21.635 kasus yang diperiksa laboratorium. Sementara pada tahun 2010, dari 37,635 kasus yang dilaporkan melalui puskesmas terdapat 30.288 kasus yang diperiksa baik secara konvensional maupun menggunakan RDT (*Rapid Diagnostic Test*). Namun secara keseluruhan kasus, proporsi kasus yang ditegakkan secara laboratorium baru sebesar 80,5%.⁴ Adapun anggaran yang digunakan pada tahun 2010 sebesar Rp. 5.845.223.280 yang bersumber dari *Global Fund* sebesar 62%, UNICEF 32%, APBD kabupaten 3%, program pengembangan daerah tertinggal dan khusus (PPDTK) 2%, dan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) sebesar 1%.⁵

B. Permasalahan

Terkait pengendalian malaria untuk pencapaian target nasional, berbagai upaya sudah dilakukan oleh pemerintah Maluku Utara di antaranya penyusunan Rencana Strategis Penanggulangan Malaria tingkat provinsi dan kabupaten/kota serta dokumen percepatan pencapaian target *Millenium Development Goals* (yang juga berisi Rencana Aksi Daerah). Dokumen ini sesuai dengan beberapa kebijakan untuk program pengendalian malaria yang diterapkan di Maluku Utara. Namun sebagaimana diuraikan dalam latar belakang, pencapaian kebijakan pengendalian malaria di Maluku Utara saat ini masih belum memenuhi target nasional, sehingga Maluku Utara masih perlu berusaha lebih keras lagi. Untuk itu perlu dikaji lebih lanjut tentang kebijakan pengendalian malaria di Maluku Utara. Dengan demikian permasalahan dalam kajian ini adalah, bagaimana pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria di Provinsi Maluku Utara? Faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam mencapai target nasional penurunan kasus malaria di Maluku Utara?

⁴ Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Laporan Tahunan Program P2 Malaria Tahun 2010 Bidang PP & PL*, 2011, hal.1.

⁵ *Ibid*, hal. V.

C. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan kajian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria di Maluku Utara dalam rangka pencapaian target nasional. Hasil kajian ini diharapkan dapat menjadi salah satu dasar pertimbangan bagi pengambil kebijakan dalam pengendalian malaria ke depan dan sebagai bahan masukan bagi anggota Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI), khususnya Komisi IX yang membidangi masalah kesehatan.

D. Kerangka Pemikiran

Malaria merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menyebabkan kematian, terutama pada kelompok risiko tinggi yaitu bayi, anak balita, dan ibu hamil. Selain itu malaria secara langsung juga dapat menyebabkan anemia dan menurunkan produktivitas kerja. Penularan penyakit malaria melibatkan 3 komponen yaitu: 1) manusia sebagai *host intermediate*, nyamuk sebagai *host defenitif*, 2) parasit; dan 3) Lingkungan sebagai habitat perkembangbiakan nyamuk.⁶

Secara umum, manajemen malaria terdiri dari *pertama*, manajemen kasus atau manajemen sumber penularan yang merupakan upaya kegiatan preventif dan kuratif yang dilakukan secara cepat dan tepat. *Kedua*, manajemen faktor risiko, yang merupakan upaya jangka panjang, namun penting untuk *sustainability* atau kesinambungan pemberantasan malaria dalam suatu wilayah.⁷

Saat ini, malaria dicegah, didiagnosa, dan diobati dengan perpaduan perangkat yang ada. Perangkat pencegahan primer adalah kelambu dengan insektisida tahan lama (*long lasting insecticidal Nets/LLIN*), penyemprotan ruangan dengan insektisida (*indoor residual spraying/IRS*), dan tindakan pencegahan berkala (*intermittent preventive treatment/IPTp*) untuk perempuan hamil. Langkah pengendalian vektor lainnya (misalnya, penggunaan larvasida dan manajemen lingkungan) juga diterapkan. Manajemen khusus (diagnosa dan pengobatan) menekankan pentingnya intervensi sesegera mungkin.⁸

⁶ Achmadi Umar Fahmi, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Jakarta, Penerbit Buku Kompas, 2005. hal. 227.

⁷ Achmadi Umar Fahmi, *op.sit*, hal. 263.

⁸ Bappenas, *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Jakarta, 2010, hal. 166.

Selain itu, Pemerintah menetapkan kebijakan pengendalian penyakit malaria yang dikenal dengan strategi “Gebrak Malaria” yang menetapkan target berikut:⁹

- Hingga tahun 2010, memastikan bahwa 80% dari masyarakat yang berisiko terjangkit malaria mendapatkan perlindungan melalui metode pengendalian vektor yang sesuai dengan keadaan setempat; 80% dari penderita malaria didiagnosis dan diobati dengan menggunakan anti malaria yang adekuat;¹⁰ 80% perempuan hamil di daerah penularan yang stabil mendapat perawatan pencegahan berkala (IPTp); dan beban akibat penyakit malaria berkurang sampai 50%;
- Pada tahun 2015, penyakit dan kematian akibat malaria berkurang sebesar 75% dibandingkan dengan tahun 2005;

Upaya pencegahan dalam rangka penekanan angka kesakitan dan kematian di daerah endemis dilakukan melalui program pemberantasan malaria yang kegiatannya antara lain diagnosis dini, pengobatan cepat dan tepat, *surveilans* dan pengendalian vektor yang semuanya ditujukan untuk memutus mata rantai penularan malaria. Sedangkan di daerah dengan transmisi rendah dilakukan pengobatan untuk menurunkan tingkat transmisi. Di daerah transmisi tinggi dimana anak-anak merupakan kelompok risiko utama, upaya yang dilakukan oleh institusi pelayanan kesehatan formal saja tidak cukup. Dalam situasi seperti ini pengobatan harus didekatkan ke rumah. Resistensi obat juga menjadi masalah. Untuk jenis malaria *falciparum* dianjurkan pemakaian obat kombinasi termasuk penggunaan artemisinin. Di daerah transmisi tinggi, pengobatan kepada anak-anak harus segera diberikan tanpa harus menunggu hasil laboratorium karena umumnya mereka sudah *carrier*.¹¹

Upaya pencegahan berbasis masyarakat sangat diperlukan, meliputi:
1) Masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat, antara lain dengan memperhatikan kebersihan lingkungan untuk menghilangkan tempat-tempat perindukan nyamuk. Gerakan kebersihan lingkungan ini dapat menghilangkan tempat-tempat perindukan nyamuk secara permanen dari lingkungan

⁹ *Ibid*, hal. 167.

¹⁰ Dengan pemberian ACT: *Artemisinin based combination therapy* (terapi kombinasi berbasis artemisinin).

¹¹ Kandun I Nyoman, ed, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Jakarta, Infomedika, 2009, hal. 382.

pemukiman. Untuk keadaan tertentu dapat juga digunakan bahan kimia atau cara-cara biologis untuk menghilangkan larva. *Insecticide-treated mosquito nets* (ITNs), kelambu yang diberi insektisida adalah yang paling umum dipakai untuk pencegahan malaria walaupun orang tidur setelah nyamuk sudah mulai menggigit. Anak-anak biasanya tidur lebih awal. Udara panas, pemukiman kumuh dan sempit merupakan hambatan pemakaian ITNs. Dengan teknik yang ada saat ini insektisida bisa bertahan sampai 5 tahun walaupun dicuci berulang; 2) Sebelum dilakukan penyemprotan dengan menggunakan pestisida dengan efek residual terhadap nyamuk dewasa, lakukan telaah yang teliti terhadap bionomik dari nyamuk di daerah tersebut. Telaah bionomik ini perlu juga dilakukan di daerah dimana sifat-sifat nyamuk *anopheles* istirahat dan menghisap darah di dalam rumah (vektor yang *endophilic* dan *endophagic*). Penyemprotan dengan insektisida dengan efek residual pada tembok di pemukiman penduduk tidak akan menghilangkan vektor nyamuk secara permanen. Apalagi kalau vektor sudah resisten terhadap pestisida, maka penyemprotan di dalam rumah menjadi sia-sia, atau kalau nyamuknya tidak pernah masuk ke dalam rumah; 3) Hal-hal penting yang harus dipertimbangkan dalam melakukan pemberantasan vektor secara terpadu yaitu: a) Harus ada akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan diagnosis dan pengobatan dini; b) Lakukan kerja sama lintas sektoral untuk mengawasi pola pergerakan dan migrasi penduduk. Pola ini membantu untuk mengetahui kemungkinan penyebaran plasmodium ke daerah baru yang mempunyai ekologi yang memungkinkan terjadinya penularan; c) Lakukan penyuluhan kesehatan masyarakat secara masif dengan sasaran penduduk yang mempunyai risiko tinggi tertulari tentang cara-cara melindungi diri terhadap penularan; d) Lakukan diagnosa dan pengobatan dini terhadap penderita malaria akut maupun kronis oleh karena kematian penderita malaria yang terinfeksi oleh *P. falciparum* karena lambatnya diagnosis dan pengobatan; e) Setiap donor darah harus ditanyai tentang riwayat apakah yang bersangkutan pernah menderita malaria atau pernah bepergian ke daerah yang endemis malaria.

Donor yang tinggal di daerah non-endemis yang berkunjung ke daerah endemis dan tidak menunjukkan gejala klinis malaria diperbolehkan menyumbangkan darah mereka 6 bulan setelah kunjungan ke daerah endemis tersebut (di Amerika Serikat satu tahun). Orang ini pada waktu berkunjung ke daerah endemis tidak mendapatkan pengobatan profilaktik. Bagi mereka yang berkunjung ke daerah endemis dalam jangka waktu cukup lama yaitu 6 bulan

lebih namun telah mendapatkan profilaktik terhadap malaria dan tidak menunjukkan gejala klinis malaria, dan bagi mereka yang berimigrasi atau mengunjungi daerah endemis diijinkan untuk menjadi donor 3 tahun setelah pemberian pengobatan profilaktik malaria, dengan catatan mereka tetap tidak menunjukkan gejala klinis malaria. Mereka yang tinggal atau berkunjung ke daerah endemis malaria selama lebih dari 6 bulan, dianggap sebagai penduduk daerah tersebut sehingga apabila mereka akan menjadi donor harus dilakukan evaluasi dengan cermat dan dianggap sebagai sama dengan imigran dari daerah itu. Data menunjukkan bahwa sejak lama para donor yang berasal dari daerah endemis malaria selalu merupakan sumber infeksi penularan melalui transfusi.¹²

Penanggulangan malaria dalam era otonomi dan desentralisasi dilakukan berdasarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.443.41/465/SJ tentang Eliminasi Malaria di Indonesia yang dijabarkan sebagai berikut:¹³

a. Pemerintahan Daerah Provinsi

- 1) Menyusun strategi penanggulangan malaria melalui suatu komitmen yang dituangkan dalam perundangan daerah sebagai penjabaran pedoman eliminasi malaria di Indonesia;
- 2) Memberikan asistensi dan advokasi kepada pemerintah kabupaten/ Kota, lembaga legislatif, serta instansi/ sektor terkait mengenai strategi dan kebijakan yang akan ditempuh dalam eliminasi malaria;
- 3) Mengoordinasikan kegiatan program malaria dengan instansi/ sektor terkait dalam mendukung eliminasi malaria;
- 4) Melakukan sosialisasi dan menggerakkan potensi sektor swasta, lembaga swadaya masyarakat/LSM, organisasi profesi dan organisasi lain yang terkait;
- 5) Menggerakkan potensi sumber daya dalam mendukung pelaksanaan program nasional eliminasi malaria secara sinergis, baik yang berasal dari dalam negeri maupun luar negeri sesuai ketentuan perundangan yang berlaku;
- 6) Mengoordinasikan, membina, dan mengawasi program eliminasi malaria di kabupaten/kota dalam wilayahnya;

¹² *Ibid*, hal. 383-384.

¹³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Epidemiologi Malaria di Indonesia*, Buletin Jendela Data dan Informasi, Triwulan I, 2011, hal. 18.

- 7) Melaksanakan pelatihan teknis dan manajemen dalam eliminasi malaria, termasuk manajemen terpadu balita sakit (MTBS) bagi tenaga kesehatan di tingkat pelayanan dasar dan rujukan (dokter, perawat, dan bidan).;
- 8) Menyediakan sarana dan prasarana dalam upaya eliminasi malaria, termasuk dalamantisipasi terjadinya kejadian luar biasa/KLB serta pendistribusiannya;
- 9) Memantau pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini;
- 10) Memfasilitasi penanggulangan KLB, dampak bencana, dan pengungsian di provinsi dan kabupaten/kota;
- 11) Mengembangkan jejaring *surveilans* Epidemiologi dan Sistem Informasi Malaria;
- 12) Melaksanakan monitoring efikasi obat dan resistensi vektor;
- 13) Melaksanakan monitoring, evaluasi, dan pelaporan upaya eliminasi malaria dalam pencapaian status eliminasi di wilayah kabupaten/kota dalam wilayahnya;
- 14) Mengalokasikan Anggaran Program Eliminasi Malaria dalam APBD provinsi;
- 15) Menyampaikan laporan tahunan dan berkala tentang pelaksanaan dan pencapaian program eliminasi malaria di wilayah provinsi kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; dan
- 16) Melaksanakan koordinasi dan kerjasama dengan daerah lain dalam mendukung eliminasi malaria.

b. Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

- 1) Menyusun prosedur standar operasional eliminasi malaria di wilayah kabupaten/kota dalam suatu komitmen yang dituangkan dalam perundangan daerah;
- 2) Melaksanakan kegiatan eliminasi malaria;
- 3) Menggerakkan potensi sumber daya (manusia, anggaran, sarana dan prasarana serta dukungan lainnya) dalam melaksanakan eliminasi malaria;
- 4) Mengoordinasikan kegiatan eliminasi malaria dengan lintas program dan sektor terkait;
- 5) Melaksanakan sistem kewaspadaan dini;

- 6) Menyediakan sarana dan prasarana dalam eliminasi malaria termasuk penanggulangan KLB serta pendistribusiannya;
- 7) Melaksanakan penanggulangan KLB, bencana dan pengungsian;
- 8) Melaksanakan jejaring *Surveilans* Epidemiologi dan Sistem Informasi Malaria;
- 9) Memfasilitasi tercapainya akses penemuan dan pengobatan bagi semua penderita;
- 10) Melaksanakan pelatihan teknis dan manajemen dalam eliminasi malaria termasuk manajemen terpadu balita (MTBS) dan ibu hamil sakit malaria bagi tenaga kesehatan di tingkat pelayanan dasar dan rujukan (dokter, perawat, dan bidan);
- 11) Melakukan pemetaan daerah endemik, potensi KLB, dan resisten;
- 12) Melaksanakan survei-survei (Dinamika Penularan, MBS/MFS, Resistensi Insektisida, Entomologi dan lain-lain);
- 13) Melakukan pengadaan dan pendistribusian bahan dan alat, termasuk obat antimalaria dan insektisida;
- 14) Menyiapkan Juru Malaria Desa dan kader posmaldes di desa-desa endemik terpencil dan tidak terjangkau pelayanan petugas kesehatan;
- 15) Melaksanakan sosialisasi, advokasi, dan asistensi bagi sektor swasta, LSM, organisasi profesi, *civil society*, dan organisasi lain yang terkait;
- 16) Melaksanakan monitoring, evaluasi, dan pelaporan upaya eliminasi malaria dalam pencapaian status eliminasi di wilayahnya;
- 17) Mengalokasikan Anggaran Program Eliminasi Malaria dalam APBD kabupaten/kota; dan
- 18) Menyampaikan laporan tahunan dan berkala tentang pelaksanaan dan pencapaian program eliminasi malaria di wilayah kabupaten/kota kepada gubernur.

Pemerintah daerah dalam melaksanakan kegiatannya di daerah perlu memperhatikan hal-hal berikut:¹⁴

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia;
- 2) Meningkatkan koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota serta dinas instansi terkait;

¹⁴ *Ibid*, hal.19.

- 3) Mendukung pembiayaan program eliminasi malaria di daerah dalam APBD secara proporsional;
- 4) Perlu dilaksanakan program monitoring dan evaluasi melalui Kepala Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota; dan
- 5) Melaporkan perkembangan pelaksanaan program dan kegiatan eliminasi malaria tersebut secara berkala kepada Menteri Dalam Negeri c.q. Direktorat Jenderal Otonomi Daerah dan Menteri Kesehatan c.q. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Dalam GMP terdapat 4 tahap menuju eliminasi/pembebasan malaria, yaitu: pemberantasan, pra-eliminasi/pembebasan, eliminasi/pembebasan, dan pemeliharaan (pencegahan penularan kembali). Pada tahap pembebasan terdapat 3 indikator yang digunakan sebelum melangkah ke fase pra-pembebasan yaitu: 1). *Annual Blood Examination Rate* (ABER) untuk menentukan adekuat atau tidaknya cakupan pemeriksaan; 2). konfirmasi laboratorium terhadap keseluruhan kasus klinis malaria yang ditemukan; dan 3). *Slide Positif Rate* (SPR) <5%.¹⁵

II. Pembahasan

A. Kebijakan Pengendalian Malaria

Malaria merupakan penyakit endemis di beberapa daerah tertentu. Oleh karena itu pemerintah menetapkan sistem desentralisasi kesehatan untuk menangani penyakit ini. Untuk itu diharapkan semua kabupaten/kota mampu melakukan pemeriksaan secara dini sediaan darah malaria dan memberikan pengobatan yang tepat, terjangkau dalam menurunkan kasus dan kematian akibat malaria 50% pada tahun 2009

dan menurunkannya 50% jumlah desa endemis tinggi malaria (*High Case Incidence*) pada tahun 2009 di kabupaten/kota yang telah konfirmasi kasus yang diduga malaria.

Di Maluku Utara, untuk mengintensifkan Program Pencegahan dan Pengendalian (P2) Malaria, terdapat beberapa kebijakan yang dijalankan sesuai dengan Rencana Strategis Malaria Provinsi Maluku Utara Tahun 2010—2014, yaitu:¹⁶

¹⁵ Dinas Kesehatan, 2010, *op.cit.* hal. 13.

¹⁶ Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Laporan Tahunan Program P2 Malaria Tahun 2010 Bidang PP & PL*, 2011. hal. 4.

1. Diagnosa malaria yang dilakukan tidak berdasarkan pemeriksaan gejala fisik saja seperti yang dilakukan sebelumnya melainkan harus terkonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskop atau *Rapid Diagnostic Test*. Hal ini berguna untuk memberikan pengobatan yang tepat sesuai dengan penyakit yang didiagnosa;
2. Pengobatan lini pertama dengan *derivate Artemisin-based Combination Therapy* (ACT);
3. Pencegahan penularan malaria melalui distribusi kelambu LLIN (*Long Lasting Insecticidal Net*), penyemprotan rumah, dan lain-lain;
4. Kerjasama dalam Forum Gebrak Malaria; dan
5. Peningkatan peran serta masyarakat dalam pengelolaan lingkungan.

Metode yang digunakan adalah advokasi kepada *stakeholder* yang terlibat dalam pengendalian malaria, membangun tim Gebrak Malaria yang solid di tiap kabupaten/kota, meningkatkan kapasitas sumber daya manusia/SDM baik pengelola, tenaga manajemen kasus (dokter, bidan, dan perawat), pengelola logistik, mikroskopis, dan pelaksana penginput data, meningkatkan kapasitas SDM masyarakat desa dengan pendekatan *Participatory Learning and Action*, advokasi pada *stakeholder* dalam pemanfaatan dana ADD dan dana P2DTK dan pelaksanaan vektor kontrol, baik kelambunisasi maupun penyemprotan rumah.

Kebijakan-kebijakan tersebut diterjemahkan ke dalam empat kegiatan, yaitu:¹⁷

1. Penemuan dan Pengobatan Penderita

Dalam manajemen kasus, penemuan kasus dini dilakukan baik secara aktif, pasif, maupun tindakan survei memberikan kontribusi yang besar bagi keberhasilan pengendalian malaria, karena penderita malaria akan mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat. Ketiga macam penentuan kasus dini tersebut harus ditunjang oleh hasil pemeriksaan laboratorium bagi penderita dengan kasus klinis.¹⁸

Di Maluku Utara kegiatan penemuan dan pengobatan penderita masih belum dapat dilaksanakan secara maksimal. Hal ini dikarenakan keterbatasan SDM (baik kuantitas maupun kualitas) dan sumber dana yang tersedia. Akibatnya dari ketiga macam penemuan kasus dini,

¹⁷ *ibid.* hal. 4-12.

¹⁸ Kandun I Nyoman, *op cit*, hal. 262-263.

pencarian kasus secara aktif yang merupakan upaya rutin untuk mencari penderita dengan riwayat demam, baik penduduk setempat maupun yang baru kembali dari perjalanan dari daerah endemik malaria yang dilakukan melalui kunjungan dari rumah ke rumah oleh juru malaria desa (JMD) masih belum dilaksanakan.

Sementara pelaksanaan pencarian kasus dini secara pasif (*Passif Case Detection*) di Maluku Utara baru dilakukan terhadap 98 puskesmas dari 102 puskesmas yang ada. Dan dari semua kasus yang ada hanya 79,3% yang dikonfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium (didapat hasil positif sebesar 30,3%). Sedangkan terhadap kasus dengan hasil laboratorium positif tersebut, sesuai dengan kebijakan pengobatan malaria di Maluku Utara, hanya sebanyak 81,1% yang diobati dengan ACT.

Sementara untuk penemuan kasus dini di rumah sakit, diperoleh dari 21 rumah sakit yang ada, penegakan kasus melalui pemeriksaan laboratorium dilakukan kepada hampir semua kasus klinis (99,96%).¹⁹ Namun demikian, dari semua yang diperiksa laboratorium tersebut, hanya 27,6% saja yang diobati dengan ACT.

Di sisi lain, dari 1.048 total desa yang ada di Maluku Utara, baru 10,2% desa yang telah melakukan kegiatan *Mass Blood Survey* (hasilnya 19% positif). Dan dari semua kasus positif, 98,4% kasus di antaranya mendapat pengobatan dengan ACT. Mekanisme *cross check* sediaan darah di Maluku Utara masih belum berjalan, karena belum tersedianya tenaga terampil dalam bidang *quality assurance* yang akan melakukan kegiatan *cross check* sediaan darah (masih tahap pelatihan).

2. *Capacity Building*

Dalam rangka mempersiapkan SDM pada pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria, Pemerintah Maluku Utara telah melakukan berbagai kegiatan pelatihan, lokakarya, *workshop* dan sosialisasi terkait pengendalian malaria. Kegiatan ini ditujukan kepada *stakeholder* terkait pengendalian malaria, seperti tenaga kesehatan yang terlibat dalam pengendalian malaria (baik berasal dari dinas kesehatan maupun di luar

¹⁹ Sebagai catatan bahwa dari 21 rumah sakit tersebut didapat 3 rumah sakit melaporkan adanya angka kematian karena malaria (RSUD Labuha, BPRSD Soa Sio Tidore, dan RSUD Tobelo) dengan proporsi kematian sebesar 6,3% (14 kematian karena malaria) dari 224 total kematian yang ada.

dinas kesehatan), guru, kader kesehatan, pelajar/mahasiswa dan pelaksanaannya atas dukungan dari UNICEF dan *Global Fund*.

Kegiatan *capacity building* yang sudah dilakukan oleh Pemerintah Maluku Utara terdiri dari berbagai program yaitu *Training of Trainer PLA (Participatory Learning & Action)* Malaria, pelatihan manajemen kasus malaria bagi bidan/pelaksana ANC (*Antenatal Care*), pelatihan *Cross Checker*, pelatihan *Quality Assurance*, workshop manajemen data malaria program *surveillans* antara rumah sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, sosialisasi kurikulum malaria dalam kehamilan ke semua sekolah kesehatan/kebidanan/keperawatan yang berada di Maluku Utara, pelatihan fasilitator PLA desa, pelatihan Modul Lokal (Mulok) malaria untuk guru di SD percontohan, lokakarya untuk membangun sistem penatalaksanaan dan rujukan kasus malaria khususnya malaria berat dari tingkat polindes hingga rumah sakit, serta pelatihan manajemen dan perumusan bentuk PKM Model 4 Zona. Namun demikian, kegiatan tersebut baru diikuti oleh sebagian kecil *stakeholder* terkait pengendalian malaria dan diikuti oleh beberapa kabupaten saja, sehingga hasilnya masih belum terlihat memberikan dampak positif terhadap pengendalian malaria.

3. Pengendalian vektor

Pengendalian vektor merupakan kegiatan pencegahan untuk memutus mata rantai penularan malaria. Di Maluku Utara upaya pengendalian vektor dijabarkan melalui kegiatan kelambunisasi, penyemprotan rumah, dan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan lingkungan.

Kelambunisasi dilakukan pada 2 kategori, yaitu ibu hamil (bumil) yang berkunjung ke pelayanan kesehatan dan diskriming serta bayi yang lengkap imunisasinya. Melalui pelaksanaan program integrasi ini diharapkan terjadi peningkatan cakupan bayi dan bumil yang terlindungi dengan kelambu, adanya peningkatan kunjungan bumil ke tempat pelayanan kesehatan serta peningkatan cakupan program dalam rangka pencapaian Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional (GAIN UCI). Berdasarkan kedua kategori tersebut, pencapaian hasil kegiatan hanya berkisar 32,4%.

Selain itu, kelambu yang didistribusi melalui kegiatan ini hanya 35% dari 25.501 sasaran ibu hamil. Capaian kegiatan ini tidak merata di seluruh

kabupaten/kota dan jika dilakukan analisis, hanya 3 kabupaten yang memiliki cakupan di atas 15%, yaitu Halmahera Selatan, Kota Ternate, dan Pulau Morotai. Selebihnya masih di bawah 10%.

Sementara pencapaian pada target bayi hanya 29% dari 22.584 bayi. Kondisi pada program integrasi malaria dengan imunisasi sama halnya dengan integrasi pada ibu hamil hanya terdapat 3 kabupaten yang memiliki cakupan di atas 15%, yaitu Halmahera Selatan, Kota Ternate, dan Pulau Morotai. Selebihnya masih di bawah 10%.

Penyemprotan rumah dilakukan hanya pada desa-desa yang menunjukkan adanya peningkatan kasus. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan anggaran untuk melakukan penyemprotan. Kegiatan penyemprotan ini baru dilakukan di 6 desa dengan jumlah bangunan yang disemprot sebanyak 743 bangunan dengan distribusi 4 desa di Kota Tidore Kepulauan dan Halmahera Selatan serta Halmahera Tengah (masing-masing 1 desa).

Pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan lingkungan dilakukan melalui kegiatan penyusunan modul pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan PLA (*Participatory Learning and Action*) dan pelaksanaannya bekerjasama dengan UNICEF. Sejak tahun 2006 PLA baru dilaksanakan oleh Kabupaten Halmahera Selatan dan saat ini sedang direplikasi oleh Kabupaten Halmahera Barat dengan melakukan *Training of Trainer* (TOT) di 2 kecamatan dan Kabupaten Pulau Morotai. Untuk Kabupaten Pulau Morotai pelaksanaannya tidak hanya difokuskan untuk pengendalian malaria, melainkan juga diintegrasikan dalam program KIA dan Imunisasi.

4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi sangat penting dilakukan untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan pengendalian malaria dikaitkan dengan tujuan kebijakan pengendalian malaria itu sendiri dan hal ini erat kaitannya dengan perencanaan kegiatan pengendalian malaria selanjutnya. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan di antaranya dalam bentuk: supervisi program dan keuangan yang dilakukan pada semua level, mulai dari puskesmas hingga provinsi. Hasilnya didapat bahwa penggunaan anggaran supervisi hanya dilakukan pada level provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan kegiatan supervisi pada level puskesmas tidak berjalan. Indikator supervisi yang dilakukan oleh kabupaten dan memberikan *feed back* ke puskesmas baru tercatat secara maksimal sejak pertengahan

tahun 2010. Dari 6 target indikator yang telah ditetapkan oleh GF, baru Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Selatan yang mencapai 100%, disusul Halmahera Tengah sebesar 83,33% dan Halmahera Barat 50%.

Pembuatan slide standar untuk mendukung sistem diagnosis malaria Kabupaten Halmahera Selatan yang dibaca oleh 10 ahli malaria dan selanjutnya diserahkan ke Provinsi Maluku Utara sebagai bahan pembelajaran.

Workshop tengah tahun program kerjasama Dinas Kesehatan se-Maluku Utara dan UNICEF, merupakan upaya untuk mengevaluasi pencapaian program kerjasama di Maluku Utara sekaligus sebagai proses advokasi pada pihak-pihak terkait untuk perencanaan program kerjasama selanjutnya.

Pertemuan koordinasi program integrasi tingkat provinsi Maluku Utara yang diikuti oleh pelaksana ketiga program yang berintegrasi dan Badan Perencana Pembangunan Daerah untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan program integrasi berdasarkan tinjauan masing-masing program. Pada pertemuan tersebut juga disepakati supervisi integratif.

Pengembangan sistem informasi dan *data base* untuk program pengendalian malaria di Kabupaten Halmahera Selatan. Hal ini dilakukan karena pada pencatatan dengan pola manual terdapat beberapa variabel yang tidak termuat dalam *form* pelaporan sehingga dibuatlah satu mekanisme pencatatan dalam sebuah sistem informasi yang terintegrasi dengan imunisasi dan KIA. Namun dalam perjalanannya, terdapat beberapa kendala di antaranya kurangnya tenaga peng-*input* data, adanya virus dan perangkat lunak/*soft ware* yang digunakan tidak asli, sehingga *software* belum final.

Terkait program nasional "Gebrak Malaria", pada tahun 2003 *Malaria Center* didirikan di Maluku Utara. Pendirian *Malaria Center* ini didasarkan pada Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara Nomor 3 Tahun 2003 tentang Pembentukan Pusat Pengendalian Malaria (*Malaria Center*), Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Malaria, Keputusan Gubernur Provinsi Maluku Utara Nomor 10.1/KPTS/MU/2004 tentang Pelimpahan Tugas Koordinator *Malaria Center* dan diikuti dengan keputusan bupati/walikota yang ada di Provinsi Maluku Utara.

Namun demikian, keberadaan *Malaria Center* masih belum didukung oleh adanya peraturan daerah/perda yang mengatur tentang keberadaan

Malaria Center secara khusus. Kondisi ini menjadi kendala tersendiri bagi efektivitas peran *Malaria Center*. *Malaria Center* di Maluku Utara sebenarnya bukan hanya untuk malaria, namun juga bisa menjadi pusat pengendalian penyakit penular lainnya dan penyakit-penyakit berbasis lingkungan lainnya.²⁰

Malaria Center merupakan pusat koordinasi, komunikasi, dan informasi dalam pengendalian penyakit malaria. Koordinator *Malaria Center* adalah walikota/bupati. Keberadaan *Malaria Center* tidak terlepas dari kemitraan dengan dunia usaha/swasta seperti adanya kerjasama dalam kegiatan *Corporate Social Responsibility* (CSR). Adapun koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi pelaksanaan *Malaria Center* dilaksanakan melalui forum Musyawarah Pimpinan Daerah/Muspida.

Malaria Center sebagai lembaga koordinator dalam penanggulangan penyakit malaria, dengan penanggung jawab kepala daerah, baik gubernur pada level provinsi maupun bupati/walikota pada level kabupaten/kota. Dinas Kesehatan bersama pokja malaria memiliki peran sebagai sekretaris dan juga pengorganisasi pelaksanaan kegiatan *Malaria Center* seperti dalam hal penyediaan logistik, pemberdayaan masyarakat, pengembangan program dan lain- lain.

Pemberantasan malaria bukan hanya menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan. Dinas Pendidikan juga bertanggung jawab dalam memberikan materi penyakit malaria sebagai muatan lokal di sekolah, Dinas Pertanian dalam membina penduduk agar tidak meninggalkan begitu saja lahan pertanian yang sudah tidak digarap lagi, Dinas Lingkungan dalam pemberantasan tempat yang menjadi sarang nyamuk dan dinas lainnya. Namun realitanya, kolaborasi antara Dinas Kesehatan dengan instansi terkait lainnya masih belum berjalan dengan baik. Masing-masing *stakeholder* masih menjalankan programnya masing-masing.

Malaria Center sebagai sebuah sistem terdiri dari 5 matriks yaitu SDM, logistik, laboratorium, pencatatan dan pelaporan, serta anggaran. Matriks pertama, SDM, merupakan penentu berhasil tidaknya suatu pekerjaan. Dalam tinjauan sebagai suatu sistem, SDM harus mempertimbangkan kualitas dan kuantitas tenaga yang diukur dengan "*Beban Kerja dan Rentang Kendali Wilayah Kerja*". Jika hal ini diabaikan, maka tujuan yang akan dicapai tidak akan maksimal.

²⁰ Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi Sekjen DPR RI, *Laporan Penelitian Pencapaian Tujuan ke 6 (HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulosis) dan Tujuan Ke 7 (Kelestarian Lingkungan) MDGs di Provinsi Maluku Utara dan Sulawesi Utara*, Jakarta, 2011. hal. 115.

Sebelum dibentuk *Malaria Center*, Dinas Kesehatan di Maluku Utara melakukan upaya promosi kesehatan yang meliputi advokasi, kemitraan, dan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat menggunakan pendekatan *Participatory Learning and Action (PLA)* yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat mengenali kondisi lingkungan seperti kondisi yang memungkinkan sebagai tempat perindukan nyamuk, mengenali gejala-gejala terjangkitnya penyakit malaria, mengenali upaya pencegahan dan upaya penanggulangan malaria.

Keuntungan dari pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan pendekatan PLA adalah: Penurunan angka malaria di Halmahera Selatan sebesar 54% dari tahun 2006-2009; KLB malaria dihentikan; Kematian diturunkan; Bupati Halmahera Selatan pada bulan Agustus 2009 mengklaim, terjadi penurunan angka kemiskinan sebesar 50% akibat penurunan kejadian malaria; Kegiatan akan berkelanjutan karena masyarakat yang paling dekat dengan masalah mengetahui masalah malaria di desanya dan akan melakukan upaya untuk mengatasi masalah tersebut; Menurunkan angka kejadian malaria, penyakit lain juga akan tereliminasi seperti Demam Berdarah, Filariasis, Diare, dan Kecacingan.

Namun upaya pemberdayaan masyarakat belum berjalan dengan baik, terutama kesadaran akan kebersihan lingkungan masih kurang, padahal dalam penularan penyakit malaria melibatkan vektor nyamuk *anopheles* sehingga pemberantasan vektor ini perlu dilakukan. Selama ini pelaksanaan upaya pengendalian malaria lebih difokuskan pada pengobatan manusianya, sedangkan pendekatan pemberantasan vektor jarang dilakukan.

Kedua, logistik. Departemen Kesehatan melayani logistik yang berupa obat, reagensia, alat kesehatan, insektisida dan lain-lain. Untuk menunjang mutu pelayanan maka mekanisme logistik perlu ada. Matriks ini juga mempertimbangkan jumlah dan kualitas tenaga yang akan mengatur keluar masuknya barang, menjaga kualitas barang serta mengontrol ada tidaknya wilayah puskesmas/pustu/polindes yang kehabisan obat atau barang lainnya. Selain faktor tenaga, juga diperlukan adanya gudang yang layak dan memenuhi syarat untuk menyimpan barang yang terdiri dari 2 bagian, yaitu gudang obat dan gudang insektisida.

Logistik menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan kegiatan pengendalian malaria seperti OAM (Obat Anti Malaria), bahan laboratorium, kelambu, insektisida, dan lain-lain. Hingga saat ini upaya untuk membangun

sistem logistik belum menampakkan hasil sehingga stok obat anti malaria di puskesmas tidak tersedia, tidak tersedianya kelambu untuk mendukung program integrasi bahkan untuk mengetahui stok logistik di setiap level juga masih menemui kendala.

Untuk mencoba membangun sistem logistik pada bagian-bagian tertentu telah dilakukan upaya seperti:

- Perhitungan kebutuhan obat hingga level puskesmas selama 18 bulan, namun terkendala pada informasi stok puskesmas dan harus dilakukan pengurangan antara kebutuhan dengan stok, sehingga kebutuhan yang direncanakan kemungkinan berlebihan. Selain itu, baru 1 kabupaten saja yang mengisi daftar stok puskesmas yaitu Halmahera Selatan.
- Pada sistem *Remote Repping* (RR) dari logistik, GF telah berupaya untuk memperbaiki pola RR dengan membuat format *stok out* OAM >7 hari. Upaya ini pun belum maksimal dilaksanakan karena belum semua puskesmas mengirimkan laporan *stok out* setiap bulan.

Pada pengisian format *stok out* obat, juga masih terdapat banyak kekeliruan dan kekeliruan ini hanya dapat terlihat jika dilakukan terhadap laporan *stok out* bulanan. Jika mengacu pada pola pencatatan kartu stok, stok awal pada tahun 2010 adalah stok akhir desember 2009. Stok akhir bulanan adalah pengurangan dari stok awal ditambah dengan pengeluaran. Pada laporan stok juga terdapat kolom penyesuaian yang bisa berupa pengurangan atau penambahan ke stok akhir dikarenakan barang *expired*, hilang, rusak atau barang yang sudah dikeluarkan dari gudang untuk kegiatan dan ada sisa dari kegiatan, kemudian dimasukkan kembali ke dalam perhitungan stok *opname*.

Ketiga, laboratorium. Matriks ini juga sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan sebagai upaya penegakan kasus serta menjawab tantangan profesionalisme terhadap hasil sebuah diagnosa. Pada matriks ini, kuantitas dan kualitas tenaga juga sangat berpengaruh. Sebagai contoh, jika sebuah puskesmas melayani pasien malaria sebanyak > 100/hari maka dibutuhkan tenaga laboratorium sebanyak 2 orang. Kondisi ini belum memperhitungkan jenis pemeriksaan. Selain factor manusia, tempat juga harus disiapkan dan memenuhi syarat sebagai sebuah laboratorium, dengan tidak mengesampingkan kualitas dan kecukupan reagen. Saat ini sudah ada 8 kabupaten/kota yang telah disertifikasi mikroskopistnya oleh Lembaga Eijkman. Selain itu, Mekanisme *cross checker* juga telah berjalan meskipun belum maksimal.

Keempat, pencatatan dan pelaporan. Pencatatan dan pelaporan merupakan suatu hal yang substansial namun kadang diabaikan. Hal ini terjadi karena belum dipahaminya arti penting sebuah data yang jika diolah dan dianalisis akan menjadi sebuah informasi guna perencanaan kesehatan ke depan. Pada matriks ini, ketersediaan dan kualitas tenaga juga menjadi sebuah ukuran terhadap keberhasilan pelaksanaan pembangunan. Untuk mempermudah pelaksanaan pencatatan dan pelaporan, dibutuhkan format yang simpel namun menyediakan informasi yang dibutuhkan. Dalam penerapan sebuah format, perlu juga mempertimbangkan kemampuan tenaga pelaksana pada lini terdepan. Dan yang tidak kalah pentingnya adalah penetapan mekanisme pelaporan dari lini terdepan hingga ke provinsi dan pusat.

Kelima, anggaran. Matriks ini tidak kalah pentingnya jika dibandingkan dengan keempat matriks sebelumnya. Meskipun keempat matriks sebelumnya tersedia, namun jika tidak ada dukungan anggaran, maka tujuan yang ditetapkan pasti tidak akan tercapai. Pada matriks ini terdapat tiga hal yang menjadi ukuran, yaitu ketersediaan anggaran, kecukupan dan mekanisme pertanggungjawaban. Sebagai contoh konkret, nilai ambang penganggaran malaria di Kota Ternate sebesar Rp 41.700/kasus setiap tahun selama 5 tahun akan mampu menurunkan kasus sebanyak 86% (Insidens malaria Kota Ternate = 0,7‰ hingga pertengahan Desember 2008). Jika dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian malaria tetap/*sustain*, maka nilai ambang dalam penganggaran juga harus dipertahankan.

Berkaitan dengan pendanaan, pada tahun 2003—2009 pengendalian penyakit malaria di Provinsi Maluku Utara menggunakan dana yang berasal dari APBD II 59,0%, *Global Fund* 27,4%, APBN 1,4%, APBD I 0,3% dan sumber lain 11,9%. Seiring perjalanan waktu sumber pendanaan yang berasal dari APBD semakin tak terlihat perannya. Pada tahun 2010, anggaran yang berasal dari *Global Fund* mencapai 58%, Unicef 37%, APBD kabupaten/kota 3%, dan PPDTK 2%. Pada tahun 2011, anggaran bersumber pada bantuan luar negeri seperti *Global Fund* dan UNICEF sebesar 98% dan sisanya bersumber dari APBN. Besarnya dana luar dalam menyokong upaya pengendalian penyebaran malaria ini berkonsekuensi bila terjadi penghentian bantuan dari luar, maka upaya pengendalian yang selama ini dilakukan akan terhenti karena terkendala masalah dana.

Anggaran tersebut digunakan untuk berbagai kegiatan, seperti penemuan kasus secara tepat (34%), pengendalian vektor (9%),

pemberdayaan masyarakat (14%), monitoring dan evaluasi (16%) serta biaya penguatan sistem kesehatan (manajemen) sebesar 27%. Dalam hal ini dapat terlihat bahwa pendanaan untuk pengendalian vektor masih belum mendapat perhatian khusus, mengingat besaran alokasi dananya paling sedikit dibandingkan program yang lainnya. Pada level provinsi anggaran pengendalian malaria tidak dikelola secara keseluruhan oleh provinsi. Terdapat beberapa anggaran yang dikelola oleh kabupaten/kota, begitupun sebaliknya.

Dalam upaya pertanggungjawaban kepada pemberi anggaran maupun kepada publik, maka anggaran harus diukur berdasarkan performa (*output & outcome kegiatan*) dan akuntabilitas. Jika kelima matriks tersebut saling *interconnected* maka akan terwujudlah sebuah sistem. Untuk menjaga *sustainability* sebuah sistem, perlu dilakukan 3 hal, yaitu *empowerment*, delegasi, dan regenerasi yang semuanya tergantung dari *top leader* yang ada. Dalam penerapannya sangat disadari bahwa *pelibatan masyarakat* (baik pemerintah dan swasta sebagai bagian dari masyarakat) dalam aktivitas pengendalian penyakit merupakan kunci keberhasilan suatu pekerjaan. Oleh karena itu sejak tahun 2003 hingga 2007 dilakukan advokasi kepada pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan dukungan politis maupun dukungan anggaran. Upaya ini telah mendapatkan respons yang cukup positif dari pemerintah kabupaten/kota dengan mendirikan *Malaria Center* di antaranya Kota Ternate, Tidore Kepulauan, Halmahera Selatan, Halmahera Barat, dan Halmahera Tengah. Sementara Halmahera Timur dan Sula Kepulauan dianggarkan tahun 2009.

Selain hal tersebut di atas, masih ada kekurangan menyangkut ketenagaan pada *Malaria Center*. Guna menjadikan *Malaria Center* di kabupaten/kota sebagai bagian dari penanggulangan penyakit menular diperlukan tenaga yang *qualified*. Untuk itu diperlukan pelatihan-pelatihan terhadap tenaga administrasi yang menyangkut *recording & reporting*, tenaga laboratorium (*cross checker*), tenaga entomologi, tenaga pemberantasan vektor, dan tenaga logistik. Untuk pelatihan ini diharapkan bantuan dari pusat.

Dalam perjalanannya dari tahun 2003 hingga saat ini masih terdapat 1 langkah lagi yang merupakan pekerjaan berat dalam menempatkan *Malaria Center* sebagai sistem yaitu adanya sebuah peraturan daerah yang akan mengatur susunan dan kedudukan serta penganggaran *Malaria Center*. Hal ini penting karena pada dasarnya *Malaria Center* adalah wujud dari penerapan konsep desentralisasi di mana tanggung jawab dan wewenang pengendalian

penyakit menular yang memiliki dampak sosial yang besar secara operasional sepenuhnya berada di tingkat kabupaten/kota.

B. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Pencapaian Target Nasional

Di Maluku Utara upaya percepatan pencapaian target nasional untuk memerangi malaria memiliki tujuan menurunkan API menjadi 5‰ pada tahun 2015. Tujuan yang lebih spesifik antara lain: meningkatkan cakupan pemeriksaan sediaan darah dan pengobatan penderita secara tepat hingga 95%, meningkatkan kemampuan dan keterampilan tenaga pelaksana pengendalian malaria hingga 95%, penyemprotan rumah sebanyak 80% pada desa dengan kategori endemis tinggi, pendistribusian kelambu melalui program integrasi menjadi 80%, pendistribusian kelambu melalui program kampanye pada desa dengan kategori endemis tinggi menjadi 80%, meningkatkan kegiatan *stakeholder* kabupaten yang mengarah kepada kegiatan pengendalian malaria mencapai 75% dan mewujudkan 50% desa yang memiliki Komite Malaria Desa.

Berdasarkan uraian kebijakan pengendalian malaria di Provinsi Maluku Utara, penanggulangan malaria sudah menjadi fokus utama pemerintah daerah. Namun pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria tersebut masih belum efektif karena masih ada 3 intervensi dalam program pengendalian malaria yang belum menampakkan hasil maksimal, yaitu, pengobatan dengan ACT, kelambunisasi, dan penyemprotan rumah. Untuk itu, agar target nasional dapat tercapai maka kegiatan yang dilakukan harus terpadu dan terintegrasi, karena kemampuan dari intervensi tersebut sangat berpengaruh pada keterpaparan masyarakat terhadap gigitan nyamuk yang efektif. Sedangkan obat diyakini hanya akan bertahan dalam darah paling lama ± 16 hari, kelambu berinsektisida dalam pelaksanaannya bertahan selama ± 2 tahun dan penyemprotan rumah akan efektif selama $\pm 3-6$ bulan. Dengan demikian keberlanjutan kegiatan dan hasilnya tidak bisa dipertahankan. Agar efektif, setiap minimal 1 tahun harus dilakukan penyemprotan rumah sesuai dengan pola kasus dan maksimal 2 tahun sekali harus ada pembelian kelambu.²¹

Sistem pengendalian malaria dari level tingkat pusat hingga puskesmas juga harus dibentuk, sehingga berpengaruh terhadap kelangsungan kegiatan program. Pemerataan tenaga pelaksana program dan kualitas, pengelolaan program, *mikroskopist*, manajemen kasus maupun

²¹ Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *op.cit.* hal. 8.

kevektoran juga perlu dilakukan. Pola integrasi yang terisolasi secara maksimal terhadap kedua program yaitu imunisasi dan KIA serta mekanisme *cross check* yang dijalankan secara maksimal akan dapat memberikan andil terhadap efektivitas pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria di Maluku Utara. Selain kebijakan pengendalian malaria sebagaimana sudah diuraikan, perlu pula diperhatikan faktor yang dapat menimbulkan terjadinya kasus malaria, seperti jenis dan perilaku nyamuk malaria maupun faktor kependudukan atau manusia (seperti pekerjaan, kebiasaan, atau pola perilaku).

Terkait dengan faktor yang dapat menimbulkan terjadinya kasus malaria di Maluku Utara, pernah dilakukan penelitian oleh Litbang Kementerian Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, dan Universitas Hasanudin yang hasilnya adalah: *pertama*, peredaran nyamuk malaria yang dulu biasa terjadi pada pukul 18.00 – 6.00 WIT berubah menjadi pukul 17.00 – 7.00 WIT. *Kedua*, keberadaan nyamuk dulu lebih banyak ditemukan di perumahan tetapi sekarang banyak ditemukan di kebun dan semak-semak. Kondisi ini berbanding lurus dengan hasil temuan kasus malaria yang 77%-nya adalah petani kebun. Dengan demikian hasil temuan ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk meninjau kembali efektivitas kebijakan penggunaan kelambu yang hanya digunakan di rumah. *Ketiga*, semakin tinggi umur seseorang, semakin tinggi anti- bodinya, maka gejala klinis malaria pada orang tersebut semakin tidak ada/terlihat meskipun bila dilakukan pemeriksaan laboratorium ditemukan positip malaria.²² Hasil penelitian tersebut dapat dijadikan bahan masukan bagi Pemerintah Provinsi Maluku Utara untuk perbaikan strategi pengendalian malaria selanjutnya.

Selain itu, membangun kemitraan antara *stakeholder* terkait (instansi pemerintah terkait, LSM, tokoh perorangan atau kelembagaan, dan lain-lain) untuk mencapai tujuan pengendalian malaria dapat mempermudah pencapaian target nasional. Kemitraan ini dibangun atas dasar kesamaan perhatian, saling menghormati, tujuan jelas dan terukur, kesediaan memberikan sumber daya, waktu, dan tenaga serta kepercayaan.

Membangun kemitraan ini sangat penting karena tidak akan ada penurunan malaria apabila tidak ada perubahan perilaku masyarakat. Dan perubahan perilaku masyarakat bukan merupakan pekerjaan yang mudah. Untuk itu diperlukan kesungguhan, strategi, dan kerjasama dengan pihak terkait.

²² Hasil penelitian didapat dari 8.000 orang yang diperiksa laboratorium dengan hasil positip malaria, didapat 5.000 orang tidak menunjukkan gejala klinis.

Hal lain yang tidak kalah pentingnya dalam mempercepat pencapaian target nasional adalah dukungan peraturan daerah khusus tentang pengendalian malaria di Maluku Utara. Keberadaan peraturan daerah ini penting untuk menjaga kesinambungan pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria. Melalui peraturan daerah pelaksanaan pengendalian malaria dapat dilakukan secara lebih terarah dalam sebuah sistem yang menuju pada tujuan yang sama dari seluruh *stakeholder* baik komponen dari pemerintah, legislatif, maupun masyarakat berdasarkan kemitraan.

III. Kesimpulan dan Rekomendasi

A. Kesimpulan

Pemerintah Provinsi Maluku Utara telah melakukan berbagai upaya dalam pengendalian penyakit malaria untuk pencapaian target nasional. Hal ini antara lain dapat dilihat mulai dari kebijakan, yaitu penyusunan Rencana Strategis Penanggulangan Malaria tingkat provinsi dan kabupaten/kota serta dokumen percepatan pencapaian target MDGs. Akan tetapi arah kebijakan pengendalian malaria di Maluku Utara masih belum berorientasi pada pemberantasan vektor. Selain itu pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria juga masih belum efektif, karena masih ada 3 intervensi dalam program pengendalian malaria yang belum menampakkan hasil maksimal yaitu, pengobatan dengan ACT, kelambunisasi, dan penyemprotan rumah.

Faktor lain yang mempengaruhi efektivitas pengendalian malaria di provinsi ini adalah belum terbentuknya sistem pengendalian malaria sehingga terjadi peningkatan kasus malaria. Demikian pula dengan faktor kemitraan yang dipengaruhi oleh masih minimnya pengetahuan *stakeholder* terhadap masalah malaria, advokasi yang belum maksimal, kekeliruan dalam penerapan strategi, dan belum adanya program dari Dinas Kesehatan untuk melibatkan sektor terkait dalam pengendalian malaria. juga menjadi penyebab lambatnya pengendalian penyakit ini

B. Rekomendasi

Kebijakan pengendalian malaria harus memperhatikan 3 komponen penularan penyakit malaria yaitu komponen manusia, parasit, dan lingkungan, sehingga hasil yang didapat bisa lebih maksimal. Oleh karena itu diperlukan komitmen dari para pengambil kebijakan agar semua upaya pengendalian

malaria dapat dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi dengan melibatkan seluruh *stakhoder* terkait.

Terkait dengan otonomi daerah, diharapkan pemerintah daerah dapat menerjemahkan target pengendalian malaria sesuai kebutuhan masyarakat, sehingga daerah mampu menjawab persoalan-persoalan yang ada di daerahnya. Untuk itu Pemerintah Provinsi Maluku Utara harus dapat mempersiapkan SDM yang ada agar dapat mendukung pelaksanaan pengendalian malaria, baik pengelola, tenaga manajemen kasus (dokter, bidan, dan perawat), pengelola logistik, mikroskopis, dan pelaksana penginput data, maupun meningkatkan kapasitas SDM masyarakat desa dengan pendekatan *Participatory Learning and Action* .

Terakhir, yang tidak kalah penting adalah perlu adanya dukungan peraturan daerah yang khusus tentang pengendalian malaria, agar pelaksanaan kebijakan pengendalian malaria dapat dilakukan secara lebih terarah dan berkesinambungan dengan melibatkan *stakeholder* terkait atas dasar kemitraan. Melalui berbagai upaya tersebut, diharapkan pengendalian penyakit malaria di Maluku Utara dapat dilakukan secara lebih efektif sehingga dapat memenuhi target pencapaian nasional.

DAFTAR PUSTAKA

Buku/Jurnal

- Achmadi Umar Fahmi, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 2005.
- Amsyari Fuad, *Membangun Lingkungan Sehat*, Surabaya: Airlangga University Press, 1996.
- Erdinal, dkk, *Faktor-faktor yang Berpengaruh dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Kampar Kiri Tengah, Kabupaten Kampar, 2005/2006*, Jurnal Makara Kesehatan, Vol. 10. No. 2, Universitas Indonesia, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2006.
- Kandun I Nyoman, ed, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Jakarta: Infomedika, 2009.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Epidemiologi Malaria di Indonesia*, Buletin Jendela Data dan Informasi, Triwulan I, Jakarta: 2011.

Dokumen:

- Bappenas, *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Jakarta, 2010.
- Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Laporan Tahunan Program P2 Malaria Tahun 2010 Bidang PP & PL*, 2011.
- Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Percepatan MDG'S Malaria Provinsi Maluku Utara*, Maluku Utara, 2011.
- Departemen Kesehatan, *Profil Kesehatan Tahun 2010*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2011.
- Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi Sekjen DPR RI, *Laporan Penelitian Pencapaian Tujuan Ke 6 (HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulosis) dan Tujuan Ke 7 (Kelestarian Lingkungan) MDGs Di Provinsi Maluku Utara dan Sulawesi Utara*, Jakarta, 2011.