

UPAYA PENGENDALIAN MALARIA DALAM RANGKA PRE-ELIMINASI DI KABUPATEN GARUT: SEBUAH STUDI KUALITATIF

Malaria Control Efforts on Pre-Elimination in Garut Regency: a Qualitative Study

Endang Puji Astuti, Mara Ipa, Aryo Ginanjar, Tri Wahono

Loka Litbangkes Pangandaran, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Naskah masuk: 01 Mei 2019 Perbaikan: 10 September 2019 Layak terbit: 18 November 2019
<https://doi.org/10.22435/hsr.v22i4.1761>

ABSTRAK

Indonesia sebagai salah satu negara endemis malaria, berkomitmen melakukan eliminasi di tahun 2030. Implementasi kebijakan program pengendalian malaria menjadi determinan keberhasilan eliminasi. Tujuan penelitian ini memberikan gambaran pelaksanaan program pengendalian malaria di Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam pada pengelola Program Penanggulangan Malaria serta telaah dokumen dan data dianalisis secara kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan pelaksanaan program pengendalian malaria di Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat sudah merujuk pada pedoman Kementerian Kesehatan RI, secara teknisnya disesuaikan dengan kondisi wilayah. Penemuan penderita dilakukan secara pasif maupun aktif melalui *Mass Blood Survey* (MBS), dengan pemeriksaan menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) dan laboratorium secara *mikroskopis*, *Surveilans* yang dilakukan oleh Puskesmas hanya terfokus pada *surveilans* kasus dan belum dilakukan *surveilans* vektor malaria. Pengendalian vektor malaria yang dilakukan berupa pembagian kelambu dan penyemprotan insektisida dengan metode *Indoor Residual Spraying* (IRS). Kerjasama lintas program berjalan dengan baik, namun kerjasama lintas sektor terutama pada tingkat kabupaten masih perlu dilakukan dan ditingkatkan. Pembiayaan program pengendalian malaria hanya dari pemerintah daerah dan belum dapat mengakomodir kegiatan pengendalian secara keseluruhan.

Kata kunci: eliminasi, kebijakan, malaria, garut.

ABSTRACT

Indonesia is one of the malaria-endemic countries commits to eliminate malaria in 2030. The implementation of malaria control program policy is a determinant to achieve the goal. This research was qualitative that described the implementation of malaria control program policy in Garut Regency, West Java Province. The data collected through in-depth interviews and documents' review. The implementation of malaria control had referred to guidelines from the Ministry of Health, Republic of Indonesia. This control was also technically adjusted to regional conditions. Case detection of malaria was conducted such as a mass blood survey, rapid diagnostic tests and a microscopic laboratory test both passive and active. The malaria case surveillance has already accomplished. However, the vector was left. The malaria vector control focused on the distribution of insecticide-treated nets and the insecticide spray by the *Indoor Residual Spraying* (IRS) technique. The analysis indicated that the cross-program cooperation at the central government was well coordinated. However, at the level of the district, this cooperation has to be tightened. Moreover, malaria control budget was still the under district level, so that controlling malaria program did not cover all aspects of the implementation.

Keywords: elimination, policy, malaria, garut.

Korespondensi:
Endang Puji Astuti
Loka Litbangkes Pangandaran
E-mail: pujien@gmail.com

PENDAHULUAN

Malaria masih menjadi masalah kesehatan dunia yang hingga saat ini beberapa wilayah masih menjadi daerah endemis. Secara global diperkirakan 3,3 miliar manusia di 97 negara berisiko terinfeksi malaria dan penyakit berkembang lainnya, dan 1,2 miliar diantaranya memiliki risiko tinggi (>1/1.000 kejadian dalam setahun). Perkiraan terbaru berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO), 198 juta kasus malaria yang terjadi pada tahun 2013 menyebabkan 584.000 kematian, sedangkan data tahun 2016 sebanyak 216 juta kasus mengakibatkan 445.000 kematian (WHO, 2018). Beban yang paling berat terjadi di Afrika, dimana diperkirakan 90% kematian terjadi dari seluruh kasus dan 78% dari seluruh kematian terjadi pada anak-anak usia di bawah 5 tahun. Meskipun malaria dapat dicegah dan disembuhkan namun tetap menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat dan pembangunan sosial ekonomi, terutama di negara-negara berkembang (IO *et al.*, 2018).

Malaria merupakan penyakit *re-emerging* yang ditularkan oleh nyamuk (*mosquito borne diseases*). Penyakit infeksi ini banyak dijumpai di daerah tropis, disertai gejala-gejala seperti demam dengan fluktuasi suhu secara teratur, kurang darah, pembesaran limpa dan adanya pigmen dalam jaringan. Malaria diinfeksi oleh parasit bersel satu dari kelas *Sporozoa*, suku *Haemosporida* dan keluarga *Plasmodium*. Infeksi pada manusia dapat disebabkan oleh satu atau lebih dari empat jenis *Plasmodium* yaitu *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. vivax*, dan *P. ovale*. Parasit ini disebarkan oleh nyamuk dari keluarga *Anopheles spp* (Arsin & A, 2012).

Malaria merupakan salah satu indikator dari target Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDGs*) di Indonesia pada tahun 2000, yang ditargetkan untuk menghentikan penyebaran dan mengurangi kejadian insiden malaria hingga tahun 2015. Hal ini dilihat dari indikator menurunnya angka kesakitan dan angka kematian akibat malaria. Indonesia juga merupakan salah satu negara yang mengadopsi MDGs yang diusung oleh WHO (WHO, 2018). Setelah berakhirnya MDGs pada tahun 2015, WHO telah mencanangkan program *Sustainable Development Goals* (SDGs). Program global ini pada tahun 2030 menargetkan untuk mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria dan penyakit tropis yang terabaikan, serta memerangi hepatitis, penyakit bersumber air dan penyakit menular lainnya (WHO, 2015).

Menindaklanjuti program MDGS oleh WHO pada tahun 2000 dan komitmen global eliminasi dalam *World Health Assembly* (WHA) ke-60 tahun 2007 tentang eliminasi malaria bagi setiap negara, maka pemerintah Indonesia mencanangkan program "Menuju Indonesia Bebas Malaria" tahun 2030. Program ini telah dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia untuk mewujudkan masyarakat yang hidup sehat, terbebas dari penularan malaria secara bertahap yang akan tercapai hingga tahun 2030. Sasaran wilayah eliminasi dibagi menjadi empat tahap dimulai dari Kepulauan Seribu (Provinsi DKI Jakarta), Bali, dan Batam pada tahun 2010. Selanjutnya, Pulau Jawa, Provinsi Aceh, dan Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2015. Tahap ketiga adalah Sumatera (kecuali Aceh dan Kepulauan Riau), NTB, Kalimantan, dan Sulawesi pada tahun 2020. Terakhir adalah Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, NTT, dan Maluku Utara, pada tahun 2030.

Setelah dilakukan evaluasi dalam program eliminasi malaria di Indonesia maka pada tahun 2018, tahapan eliminasi malaria berubah dengan target terbagi menjadi lima regional sampai eliminasi nasional pada tahun 2030. Kementerian Kesehatan akan mengajukan penilaian sertifikasi eliminasi malaria untuk Indonesia kepada WHO pada tahun 2030. Proses tersebut didahului dengan penilaian eliminasi untuk Jawa dan Bali pada tahun 2023; penilaian untuk Sumatera, NTB dan Sulawesi pada tahun 2025; penilaian untuk Kalimantan dan Maluku Utara pada tahun 2027; penilaian untuk NTT dan Maluku pada tahun 2028 dan penilaian untuk Papua Barat dan Papua pada tahun 2029 (Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2019).

Eliminasi malaria di Indonesia belum berhasil sesuai target karena sampai saat ini beberapa wilayah termasuk Pulau Jawa belum seluruhnya bebas malaria. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa hal, meskipun penyebabnya telah diketahui dan program pengendalian juga telah dilakukan termasuk penatalaksanaan terhadap penderita. Indonesia sebagai negara kepulauan dengan geografis yang kompleks dan keberagaman akses pelayanan kesehatan memberikan kontribusi terhadap maju mundurnya eliminasi malaria (Ipa, 2018). Indikator sebuah daerah bebas malaria adalah *Annual Parasite Incidence* (API) di bawah 1 per 1.000 penduduk, tidak terdapat kasus malaria pada penduduk lokal yang

tidak pernah bepergian, dan adanya pengamatan ketat keluar-masuknya penduduk di wilayah terkait.

Jawa Barat merupakan salah satu provinsi endemis malaria, khususnya untuk wilayah Kabupaten Pangandaran, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Garut, dan Kabupaten Sukabumi. Penderita terkonsentrasi di wilayah pantai selatan (Samudra Indonesia) mulai dari Kabupaten Pangandaran, Tasikmalaya, Garut sampai dengan pantai Cikakak Kabupaten Sukabumi yang berbatasan dengan Provinsi Banten, serta daerah pegunungan dan perkebunan. Kabupaten Garut sebagai salah satu daerah endemis malaria, melaporkan jumlah kasus malaria pada tahun 2014-2017 yaitu sebanyak 317 kasus pada tahun 2014, 32 kasus pada tahun 2015, 656 kasus pada tahun 2016 dan 10 kasus pada tahun 2017 (Dinkes Kab. Garut, 2018).

Berdasarkan laporan kasus sampai bulan Desember 2017, tercatat 5 penderita dari 10 kasus positif berasal dari Kecamatan Cibalong yang teridentifikasi *P. vivax* dan *P. falcifarum*. Hasil penyelidikan epidemiologi (PE) oleh Puskesmas Cibalong dan Maroko, diperoleh informasi bahwa kasus tersebut adalah kasus *import* (pekerja dari Papua dan Kalimantan), meskipun demikian kondisi tersebut tetap harus diwaspadai karena dapat terjadi proses penularan karena keberadaan vektor di wilayah Cibalong. Upaya menuju eliminasi malaria di Kabupaten Garut terutama di dua puskesmas (Cibalong dan Maroko) yang masih mempunyai *breeding places* potensial vektor perlu dievaluasi pelaksanaan program dan kesiapannya sehingga target eliminasi malaria di Pulau Jawa terutama Kabupaten Garut dapat tercapai.

METODE

Jenis penelitian ini adalah studi kasus dengan menggunakan pendekatan kualitatif yang telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Badan Litbangkes Kemenkes RI dengan Nomor: LB.02.01/2/KE.262/2017. Penelitian dilakukan di dua desa endemis Malaria di Kecamatan Cibalong, Kabupaten Garut yaitu Desa Karyamukti dan Desa Maroko sehingga penelitian ini hanya mewakili kecamatan dengan dua tipe ekosistem yang berbeda. Desa Karyamukti mewakili tipe wilayah pantai termasuk wilayah kerja Puskesmas Cibalong dan Desa Maroko mewakili tipe perkebunan (Puskesmas Maroko). Kegiatan dilaksanakan pada bulan November tahun 2017

dengan metode pengumpulan data wawancara mendalam dan telaah dokumen. Peneliti berperan baik sebagai instrumen, pedoman wawancara dan pencatatan harian selama penelitian. Validitas data diukur dari pemahaman informan.

Data dari informan akan dilakukan validasi triangulasi dengan melakukan konfirmasi pada beberapa informan (triangulasi sumber) (IS, 2012). Informan terdiri dari 20 informan yang berasal dari pemegang kebijakan Puskesmas, pengelola program, petugas laboratorium, Juru Malaria Desa, tokoh masyarakat, perangkat desa, kader dan penderita malaria. Sebelum melakukan wawancara mendalam, dilakukan penjelasan dan persetujuan *informed consent* dari informan, kemudian seluruh wawancara direkam untuk menilai keakuratan dalam menginterpretasikan program upaya pengendalian malaria.

Telaah dokumen hanya bersifat mendukung hasil wawancara dan untuk memastikan upaya pengendalian malaria yang telah dilakukan oleh program. Informan menunjukkan hal yang terkait dengan program malaria seperti rekapitulasi laporan bulanan dan tahunan, dokumentasi kegiatan (penyuluhan, pemantauan lagun, pemeriksaan darah penderita), struktur organisasi/SK, surat tugas atau sertifikat pelatihan, rencana dan pencairan anggaran serta buku petunjuk teknis. Analisa data menggunakan teknik analisa isi yang disajikan secara deskriptif. Setelah proses wawancara dilakukan *cleaning* data, transkrip data dan pembuatan matriks isi, selanjutnya dicari kesamaan dan perbedaan yang dikaitkan dengan teori yang relevan. Interpretasi data dilakukan dengan mendapatkan makna serta pemahaman terhadap kata-kata dan tindakan para informan (partisipan riset) dengan memunculkan konsep dan teori umum yang menjelaskan tentang temuan di lapangan. Analisis penelitian dilakukan melalui proses tersebut sehingga ditemukan jawaban dari setiap permasalahan yang ingin diketahui dalam penelitian ini.

HASIL

Malaria sebagai Penyakit Tular Vektor yang Dominan

Penyakit tular vektor yang dominan di wilayah Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut adalah malaria, sehingga Kabupaten Garut masih menjadi kabupaten endemis malaria. Kecamatan Cibalong terbagi menjadi dua wilayah kerja Puskesmas yaitu

Puskesmas Cibalong dengan wilayah kerja 6 (enam) desa dan Puskesmas Maroko dengan wilayah kerja 5 (lima) desa. Sumber penularan malaria selama ini di Kecamatan Cibalong diantaranya karena keberadaan lagun “Haminteu”. Lagun ini merupakan habitat potensial bagi perkembangbiakan vektor nyamuk di wilayah ini dan ditemukan positif larva *Anopheles*, sedangkan luas lagun berkisar 9.225,598 m². Berikut penjelasan salah satu informan terkait endemisitas malaria, pembagian wilayah kerja Puskesmas dan keberadaan sumber penularan potensial:

“Sebenarnya Cibalong Kecamatan Cibalong itu dua Puskesmas bu, satu Puskesmas induk Cibalong dulu disini itu induknya sekarang misah Puskesmas Maroko, Jadi sebetulnya tempat perindukan untuk malaria juga sekarang masuk ke daerah wilayah kerja Maroko sebetulnya gitu yang ada di Haminteu tapi itu kan dekat dengan Sancang, Sancang kan masuk desa wilayah kerja Puskesmas Cibalong. Yang paling banyak memang malaria dari dulu.” (DS, 57 th, Puskesmas)

Implementasi Kebijakan Program Pengendalian Malaria

Upaya penanganan kasus malaria terdiri dari pelaksanaan kegiatan, dokumentasi hasil kegiatan, pelaporan, *follow up* (tindak lanjut), sosialisasi dan pemberdayaan masyarakat. Implementasi kebijakan pengendalian malaria di Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut antara upaya pengendalian Pusat dan daerah masih seiring dan tidak ada kesenjangan. Pengelola program masih berupaya dan berharap bahwa eliminasi malaria dapat benar-benar terwujud di Kabupaten Garut, berikut kutipan dari salah satu informan:

“Ya ada, kaitannya dengan yah kebijakan itu Permenkes itu, selalu mengikuti itu, pengen itu apa namanya? Pengen ada apa di delete apa di itu teh hehehe dibikin bebas malaria itu?” Eliminasi malaria, pengennya itu tapi harus diseleksi dulu itu kepada petugas JMD gimana atau kepada petugas program gimana” (YM, 47 th, Puskesmas)

Pelaksana program dibekali pedoman tata laksana malaria berupa buku panduan baik dari Pusat maupun kabupaten. Secara teknis upaya pengendalian malaria di daerah disesuaikan dengan kondisi wilayah. Pelaksana program melakukan berbagai upaya sebisa mungkin sesuai dengan

panduan dan sesuai dengan kondisi di wilayahnya. Terdapat dua jenis panduan yaitu berasal dari provinsi yang merupakan panduan atau petunjuk teknis (juknis) dari Pusat (Subdit P2PL Kemenkes RI) dan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dalam bentuk file ppt. Pedoman juknis yang digunakan diantaranya adalah Pedoman penatalaksanaan kasus malaria di Indonesia “Gebrak Malaria” serta “Buku saku penatalaksanaan kasus malaria, seperti penuturan yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kebetulan ya bu kalau dari dinas saya dikasih buku panduannya ada berupa file, kemarin juga saya dikasih lagi sama provinsi sama dinas provinsi dikasih filenya juga. Itu memang ada persamaan cuman ada perbedaannya juga, kalau saya mah baca dua-duanya kalau sesuai itu ya dituruti....” (MD, 22 th, Puskesmas)

Tata Laksana Kasus

Penatalaksanaan kasus malaria lebih difokuskan berdasarkan laporan masyarakat, kemudian petugas puskesmas akan langsung bergerak mengambil sediaan darah pada penderita yang merasakan gejala klinis malaria. Pengambilan sediaan darah jari (SDJ) pada penderita awalnya dilakukan oleh Juru Malaria Desa (JMD) yang ditunjuk oleh Puskesmas. Metode yang digunakan adalah *Active Case Detection* (ACD) melalui survei demam (*Mass Blood Fever*) berdasarkan laporan masyarakat dan *Passive Case Detection* (PCD) berupa kunjungan penderita ke puskesmas atau petugas kesehatan. Kasus malaria di wilayah ini sebagian besar merupakan kasus import. Namun, beberapa tahun terakhir kasus malaria di kedua wilayah penelitian cenderung menurun sehingga peran Juru Malaria Desa (JMD) dilakukan oleh petugas Puskesmas, berikut penjelasan menurut beberapa informan:

“Memang pengambilan sampel darah ada, masih ada oleh petugas, kalau dulu mah sama JMD kan, sekarang sama petugas” (CI, 54 tahun, Puskesmas).

Selama ini laporan terhadap kasus malaria rutin dilaporkan dan diregister oleh pengelola program kemudian dikirim tiap bulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten, walaupun kasus nihil. Pemeriksaan di kedua Puskesmas tersebut masih menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) malaria dan jika positif akan dilanjutkan dengan pengambilan sediaan darah jari (SDJ) untuk pemeriksaan secara mikroskopis. Tindak

lanjut terhadap penderita positif adalah pengobatan dan penderita dianjurkan untuk kontrol ke Puskesmas untuk pemantauan sampai proses pengobatan tuntas. Berikut informasi dari beberapa informan:

“Yaaa sementara disini kan disini kalau ada itu kan hasil dari JMD itu kan taunya ada ada kasus itu kan hasil dari pemeriksaan sampel darah, baru kami tindak lanjuti aaa diberikan obat gitu...” (RS, 31 th, Puskesmas)

Sumber Daya (Tenaga, Anggaran, Sarana dan Prasarana)

Beberapa tahun terakhir belum ada peningkatan program terutama untuk malaria, baik anggaran maupun peningkatan kapasitas petugas. Pelatihan untuk tenaga juga tidak diadakan lagi, padahal keahlian mikroskopis sangat diperlukan untuk mengidentifikasi kasus di wilayah endemis. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari masyarakat bahwa mereka lebih membutuhkan “petugas malaria” untuk berobat jika merasakan gejala seperti malaria. Informasi dari masyarakat yang pernah mengalami sakit malaria, jika merasakan gejala yang khas, mereka akan mencari pengobatan ke Puskesmas atau “mantri malaria” karena mereka sudah mempunyai keahlian dalam penegakan diagnosis malaria. Berikut penuturan beberapa informan mengenai fakta-fakta tersebut:

“Dari tahun 2009 sampai sekarang khususnya di maroko program malaria itu seperti apa ngga ada hehe ngga ada peningkatan, di dana atau justru SDMnya kalau dulu mah suka ada pelatihan sekarang udah ngga ada pelatihan. Kalau dulu kan jaman saya gitu ya di Cibalong dua tahun satu kali pasti ada pelatihan. Kalau sekarang ngga ada paling pelatihan masalah pelaporan, apa itu assessment. Kalau masalah program yang ininya mah belum” (CI, 54 th, Puskesmas)

“Iya kan aya khusus petugas malaria. Ngga bisa ke dokter sembarangan ku dokter biasa we nggak mampu, pernah saya ke dokter yang lain gitu ya pengalaman saya itu ngga mempan ngga tau itu malaria gitu. Tapi mantri malaria kan mantri ya tes darah ketauan di lab langsung malaria.” (DD, 44 tahun, masyarakat)

Anggaran dan kondisi geografis menjadi kendala dalam pelaksanaan program. Program pengendalian malaria selain SDM juga membutuhkan anggaran, sarana dan prasarana. Anggaran untuk program

malaria bersumber dari Biaya Operasional Kesehatan (BOK), namun seringkali tidak mencukupi. Kondisi geografis di Kabupaten Garut terutama Kecamatan Cibalong masih menjadi kendala karena terdapat beberapa wilayah yang sulit dijangkau sehingga membutuhkan operasional dan transportasi yang memadai untuk penemuan dan pengobatan penderita.

“Hambatanna paling anggaran bu tos kantos, tos kantos kitu anggarana, anggaran kitu kirang memadai sareng sarana transportasi kan selama iye kan pake kendaraan pribadi. Kadang kanggo upah kan malaria triwulan bu dibayarkannya tah justru makin kadie teh triwulan makin alit sareng teu aya we ayeuna. Ti etangan teh ti 2014 akhir duki ayeuna teu aya anggaran ti malaria teh. Lah saurna teh ayeuna diambil dari BOK, selain dari BOK memang teu aya...” (AS, 34 th, Puskesmas)

Anggaran dan kondisi geografis menjadi dua faktor yang berhubungan. Kondisi geografis yang sulit menuntut alokasi anggaran yang besar untuk mempermudah akses seperti penyediaan sarana transportasi yang memadai, bahan bakar dan operasional petugas. Tidak adanya anggaran tersebut menyebabkan motivasi dari petugas mengalami penurunan.

Upaya Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat di Kecamatan Cibalong mengenal bahwa penyakit ini ditularkan oleh nyamuk dengan habitat rawa-rawa atau genangan air disekitar pantai (lagun). Berdasarkan persepsi masyarakat termasuk penderita, malaria adalah penyakit yang berbahaya dengan gejala panas dingin yang khas dan dirasakan gejalanya pada jam-jam tertentu. Berikut penuturan masyarakat mengenai malaria:

“Ya berbahaya ya pak” “Kalau malaria gitu kalau ininya katanya kalau misalkan eee orang sakit malaria itu misalkan panas itu yak pak ya, misalkan kena sama apa istilahnya otak apa gimana itu ya bisa bahaya itu heehh gitu. Iyaaa menular ya kalau ditularkan nyamuk gitu.” (DW, 36 th, kader)

Dalam upaya pemberdayaan untuk menjaga kesadaran masyarakat, pengelola program selalu berusaha untuk mengingatkan dan menekankan kepada masyarakat untuk selalu tanggap bila menemui tanda-tanda munculnya malaria di lingkungannya, sehingga tindak lanjut dapat segera dilakukan.

“Jadi kita dengan masyarakat ya sama juga, karena pengelola program dari dulu suka menekankan seandainya ada panas misalnya sudah di survei disini sudah dilihatin ke lapangan hasil pengambilan sampel darah, suka menekankan kalau ada keluhan panas gejala-gejala ini segeralah ke puskesmas gitu.” (RS, 31 th, Puskesmas)

Program puskesmas yang masih dilakukan adalah sosialisasi atau penyuluhan. Kegiatan ini biasanya diselipkan dalam kegiatan program lainnya dalam upaya promosi kesehatan atau secara mandiri dilakukan oleh petugas laboratorium Puskesmas atau Juru Malaria Desa yang menemukan penderita malaria di wilayahnya.

“Penyuluhan ada, penyuluhan itu dilaksanakan oleh petugas dan promkes. Iya, trus kegiatannya biasanya di waktu ada Puskesmas keliling eee penyuluhan diutamakan kan daerah endemis malaria, pasti malaria disampaikan” (CI, 54 th, Puskesmas)

Upaya pengendalian Malaria

Upaya pengendalian malaria yang pernah dilakukan diantaranya adalah pembagian kelambu dan penyemprotan insektisida dengan metode *Indoor Residual Spraying* (IRS). Masyarakat menerima dengan baik terhadap upaya yang pernah dilakukan dan masih mengharapkan adanya lagi program kesehatan tersebut untuk mencegah malaria seperti pembagian kelambu.

“Kalau masyarakat penerimaannya ya Alhamdulillah si merespon ya baik tapi ya namanya masyarakat banyak pendapat kadang-kadang ada yang nurut kadang-kadang ada yang engga. ...kalau disini dulu banyak itu yang apa ada dari kesehatan sampai membagikan itu apa kelambu tau kelambu? Yang ditempat tidur itu, iya ada dulu juga trus....” (NK, 52 th, tokoh masyarakat)

“Abi hoyong sapertos kitu tu ayeuna hoyong anu supartos ti payun deui aya naon disebatna the nyemprot bumi geningan nya muhun penjagian nah supartos kitu”

Terjemahan:

“saya ingin seperti dulu untuk sekarang yang seperti dulu lagi ada apa disebutnya penyemprotan rumah begitu ya betul untuk pencegahan seperti itu”(WS, 39 th, masyarakat)

Upaya pengendalian malaria di Puskesmas dilakukan secara lintas program yaitu dengan program surveilans dan promosi kesehatan, sedangkan koordinasi lintas sektor masih kurang, selama ini kegiatan lintas sektor hanya bekerjasama dengan perangkat desa dan organisasi masyarakat seperti PKK. Kegiatan surveilans malaria juga diakui oleh pengelola program telah menurun intensitasnya.

“Kalau lintas sektor memang kurang neng, kurang iya” “Yang lintas sektor paling yah dengan desa RW setempat yang daerah-daerah endemis. Untuk penyuluhan dikasih penyuluhan, ya memang suka ada kalau ditingkat desa atau tingkat RW” (CI, 54 th, Puskesmas)

Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi masih dilakukan oleh Puskesmas dan Dinas kesehatan. Secara garis besar berdasarkan informasi yang didapatkan, kegiatan monitoring dan evaluasi terbagi menjadi 3 yaitu surveilans sebagai deteksi kasus langsung di lapangan, pemantauan terhadap pengobatan penderita dan yang terakhir adalah pelaporan dan koordinasi dengan dinas kesehatan. Kegiatan surveilans sebagai deteksi kasus di lapangan saat ini bersifat pasif, artinya petugas akan bergerak bila ada laporan dari masyarakat dan segera ditindaklanjuti. Berikut keterangan dari pengelola program:

“Kalau follow up nya, kalau saya kan dilapangan, kalau ada ya ditindaklanjuti gitu, kalau dia positif langsung dikasih obat”

“Kalau dinas responnya, eee gimana ya, responnya biasanya kalau ada yang positif lah baru kesini ada bantuan-bantuan gitu. Pernah tahun berapa ya tahun 2014 kalau gak salah ada yang meninggal itu malaria itu” (AA, 35 th, Puskesmas)

Pelaporan dan koordinasi dengan dinas kesehatan dilakukan secara berkala. Pelaporan tetap dilakukan meskipun tidak ada kasus, dan akan dievaluasi oleh pemegang program di Dinas Kesehatan Kabupaten. Pertemuan untuk kordinasipun masih dilakukan antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam rangka evaluasi program. Biasanya dilakukan satu bulan sekali dan bila diperlukan karena suatu hal yang urgentakan diadakan pertemuan segera. Berikut penuturan dari para pengelola program:

“Kita evaluasi kan pengelola program evaluasi, itu rapat di dinas kesehatan. Biasanya tergantung kita ada satu bulan satu kali atau gimana mungkin melihat kondisi maksudnya begini melihat oh ini urgent atau gimana. Tapi memang laporan kan tiap bulan itu mungkin bisa dievaluasi langsung kepala dinas apabila ada yang lebih itu mungkin kan bisa langsung evaluasi program gitu jadi pemegang program yang datang kesana” (RS, 33 th, Puskesmas)

Alur tatalaksana pelaporan bila ditemukan kasus berdasarkan laporan masyarakat maupun temuan JMD atau petugas Puskesmas di lapangan adalah segera melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Pengelola program di Dinas Kesehatan Kabupaten kemudian mengintruksikan kembali ke petugas di Puskesmas untuk melakukan *follow up* dengan pemeriksaan kontak serumah dan pemeriksaan di sekitar rumah penderita dengan radius tertentu. Hasil pelaporan atau *assessment* kemudian disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten yang kemudian akan diteruskan juga ke Dinas Kesehatan Provinsi.

“Dari dinas cuman ke petugas aja, petugas surveilans suruh iya follow up ya eee apa eee kontak serumah gitu, kontak serumah beberapa yang kena yang positif langsung, dari radius berapa eee berapa meterlah dari yang positif. Pelaporannya seperti assessment, ke eee kabupaten dari kabupaten ke provinsi, dinas kabupaten ke dinas provinsi” (YM, 47 th, Puskesmas)

PEMBAHASAN

Penanganan dan pencegahan malaria di Puskesmas Cibalong dan Maroko Kabupaten Garut sudah sesuai dengan upaya percepatan pencapaian target SDGs, walaupun tidak semua elemen kegiatan dapat dilakukan dengan baik dan optimal. Puskesmas telah melaksanakan setiap kegiatan sesuai dengan pedoman petunjuk teknis dari pusat dan daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat terkait implementasi kebijakan program eliminasi malaria. Selama ini, monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi, namun beberapa tahun terakhir kegiatan ini hanya berupa pelaporan kasus dari tingkat Puskesmas ke Kabupaten kemudian Provinsi. Kabupaten lain yaitu Banyuwangi juga melakukan upaya percepatan malaria diwilayahnya dan melakukan kolaborasi

dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi, dengan pendelegasian tugas bagi Puskesmas untuk melakukan pemantauan lagun dan pencarian penderita (Darmawan, 2013).

Puskesmas Cibalong dan Maroko juga secara rutin melakukan kegiatan pemantauan terhadap lagun yang masih menjadi tempat potensial penularan malaria yaitu lagun “Haminteu”, sedangkan penemuan kasus aktif sudah jarang dilakukan karena hanya mengandalkan laporan dari masyarakat. Juru Malaria Desa (JMD) juga sudah tidak aktif lagi sehingga pemeriksaan darah dilakukan oleh petugas Puskesmas atau “mantri kesehatan”. Penanganan malaria dalam upaya percepatan eliminasi malaria di Kabupaten Garut masih ditemukan beberapa kendala, seperti kondisi geografis; keterbatasan anggaran; sarana-prasarana; kurangnya kualitas dan kuantitas tenaga; koordinasi lintas sektor; pemberdayaan masyarakat; serta pengetahuan masyarakat yang masih kurang. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalisir kendala adalah dengan melakukan intervensi pada wilayah-wilayah berisiko, dan hal ini telah dilakukan oleh Puskesmas Cibalong dan Maroko. Hal yang sama dilakukan pula di Negara lain seperti di Tanzania yaitu dengan menentukan wilayah-wilayah *hot spot* sebagai target utama intervensi, yaitu wilayah yang terkait dengan endemisitas. Pendekatan terhadap masyarakat yang berisiko tinggi terhadap penularan malaria lebih digalakkan dengan upaya-upaya intervensi yang lebih tepat sasaran misalnya pembagian kelambu, pengendalian terhadap nyamuk vektor dengan IRS, tata laksana penderita dengan pemberian obat yang tepat dan sesuai dosis (Bousema *et al.*, 2012).

Kondisi geografis merupakan salah satu kendala yang paling berpengaruh terhadap sulitnya Kabupaten Garut mencapai eliminasi malaria. Kecamatan Cibalong terutama Puskesmas Maroko termasuk dalam wilayah yang sulit dijangkau dengan topografi pegunungan. Akses jalan menuju ke masyarakat hanya dapat dilalui dengan kendaraan sepeda motor, dan petugas Puskesmas seringkali masih menggunakan kendaraan pribadi karena tidak ada kendaraan khusus untuk operasional dalam program pengendalian malaria. Sumber pendanaan penanganan malaria berasal dari dana BOK (Biaya Operasional Kesehatan) yang seringkali tidak mencukupi, sehingga biaya sosialisasi atau penyuluhan ke masyarakat digabung dengan program promosi kesehatan dan diintegrasikan dengan beberapa program pengendalian penyakit

lainnya. Tentu saja, kegiatan ini menjadi kurang optimal karena sulit untuk mencapai target yang diharapkan.

Pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan malaria belum tampak di kedua Puskesmas wilayah penelitian, yang terlihat pada tingkat komunitas hanya kegiatan pada pencegahan penyakit DBD yaitu pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan bersih-bersih lingkungan dengan cara bergotong-royong. Kegiatan tersebut diadakan bukan spesifik dalam rangka pemberantasan nyamuk vektor malaria dan juga masih bersifat insidental. Hal serupa juga terjadi di wilayah lain di Indonesia yaitu di kabupaten Muara Wahau, Kalimantan Timur dimana upaya pencegahan malaria di masyarakat sudah jarang dilakukan seperti kegiatan gotong royong menjaga kebersihan lingkungan untuk mengurangi tempat perindukan nyamuk (Anggraeni *et al.*, 2017). Pada tingkat individu hampir seluruh informan telah melakukan tindakan pencegahan (*Preventive Health Behavior*) dengan menggunakan kelambu, obat nyamuk saat tidur malam, dan dengan membakar daun-daun kering disekitar kandang sapi di sore hari.

Pengetahuan masyarakat tentang malaria merupakan salah satu yang menjadi perhatian, karena ternyata masyarakat masih belum memahami perbedaan malaria dengan penyakit tular vektor lainnya seperti demam berdarah dengue sehingga penanganan yang tepat terhadap penyakit tersebut belum menemui sasaran. Upaya promosi kesehatan untuk mengedukasi masyarakat masih perlu ditingkatkan, seperti yang dilakukan di negara lain yaitu Columbia yang melaporkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan dan praktik pencegahan malaria setelah pelaksanaan intervensi seperti penyuluhan yang disertai dengan pembagian buku/booklet, kaos dan media audio visual (Forero *et al.*, 2014).

Peningkatan pengetahuan yang berkesinambungan memegang peranan penting dalam keberhasilan pencegahan dan pengobatan malaria. Namun pengetahuan tentang malaria yang dimiliki masyarakat luas berbeda dengan pengetahuan tentang malaria pada masyarakat yang pernah terserang malaria (penderita), informan penderita mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang cara penularan maupun pengobatan. Faktor pengobatan malaria juga bersumber pada pengetahuan penderita tentang bahaya penularan, pentingnya motivasi keluarga dan perilaku penderita

dalam menyelesaikan pengobatan karena jika tidak sesuai akan mengalami kegagalan atau terjadi resisten terhadap obat (Mbonye *et al.*, 2016). Disinilah dibutuhkan penjelasan dan informasi yang jelas dari petugas kesehatan kepada masyarakat terutama penderita dan keluarganya. Selain itu, hasil analisa lanjut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 di beberapa wilayah Indonesia juga masih belum mencapai pengobatan yang efektif karena perilaku pencarian pengobatan yang belum tepat. Enam provinsi endemis malaria dalam analisis lanjut ini yaitu Bengkulu, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, dan Papua Barat masyarakatnya masih menggunakan obat dari sumber lain seperti toko/warung dan apotek. Penelitian ini mengungkapkan masih adanya rezim obat antimalaria resisten (CQ dan SP) yang beredar hampir di semua sumber, termasuk fasilitas kesehatan formal dan tenaga kesehatan (Ipa & Dhewantara, 2017).

Praktek pencegahan malaria yang diterapkan di Indonesia juga ditemui di Negara lain. Hasil penelitian di Zanzibar menemukan bahwa masyarakat di wilayah endemis malaria masih melakukan praktik pencegahan seperti penggunaan kelambu insektisida, penyemprotan IRS dan keikutsertaan dalam penyuluhan/promosi kesehatan karena ada kekhawatiran dan ketakutan masyarakat terhadap peningkatan kasus malaria di wilayahnya, ketakutan terhadap keberadaan nyamuk selama musim penghujan dan kekhawatiran tentang kasus lokal dari wilayah lain atau kasus impor (Bauch *et al.*, 2013). Hal ini tentu sangat bermanfaat untuk diterapkan di Kabupaten Garut dengan memberikan lagi pemahaman yang lebih baik tentang persepsi risiko penularan malaria dan membimbing langkah-langkah pencegahan yang tepat yang dapat dilakukan masyarakat bersama-sama dengan pemerintah menuju eliminasi malaria di Kabupaten Garut.

Pada aspek penegakan diagnosa kasus malaria, pemeriksaan secara mikroskopis masih dibutuhkan, namun selama ini pelatihan terhadap tenaga mikroskopis di Kecamatan Cibalong sudah lama tidak dilakukan, disamping itu dari segi jumlah tenaga juga masih merangkap sehingga memiliki beban tugas ganda. Tenaga mikroskopis merupakan kunci dalam penentuan *Annual Parasite Incidence* (API) dan JMD merupakan tenaga kesehatan yang sangat penting peranannya dalam penemuan kasus aktif (*Active Case Detection/ACD*). Kondisi ini juga ditemukan di Kabupaten Banyuwangi dimana kompetensi dan jumlah tenaga kesehatan yang

berperan dalam program pengendalian malaria masih kurang (Darmawan, 2013). Selama ini, di Kecamatan Cibalong sebagian penemuan kasus adalah pasif (*Passive Case Detection/PCD*) dimana masyarakat melaporkan atau berobat sendiri ke petugas kesehatan ketika merasakan gejala malaria. Penemuan kasus secara aktif sudah jarang dilakukan kecuali survei migrasi bagi masyarakat yang baru datang dari wilayah luar Jawa terutama dari wilayah endemis malaria. Hasil analisa lanjut RISKESDAS, faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan masyarakat untuk melaporkan kasus malaria yaitu tinggal di wilayah rural (Maluku), tingkat pendidikan (Papua Barat), serta kepemilikan kelambu berinsektisida (Papua Barat). Faktor-faktor yang terkait pelaporan pasif kasus malaria bervariasi setiap wilayah, hal ini menunjukkan bahwa faktor penentu spesifik lokal ada pada tingkat individu, rumah tangga dan masyarakat (Dewantara *et al.*, 2019).

Beberapa kendala yang ditemukan di Kabupaten Garut juga ditemukan di wilayah lain seperti di Maluku Utara. Peningkatan kasus terjadi akibat pengendalian malaria yang lebih fokus pada upaya memutuskan mata rantai penularan pada manusia, sementara pada nyamuk belum maksimal (Lestari, 2012). Selain itu penyebab lainnya adalah kurang pemahaman dari stakeholder, advokasi yang belum maksimal, kekeliruan dalam penerapan strategi, dan belum ada program yang melibatkan sektor terkait. Penelitian di Jawa Tengah menemukan bahwa Peraturan Desa (Perdes) sebagai salah satu pemberdayaan masyarakat ternyata cukup mampu menurunkan kasus di Desa Tetel Kabupaten Purbalingga. Perdes disosialisasikan melalui pertemuan forum kesehatan desa, pengajian, pertemuan RT, dan Posyandu. Penemuan penderita malaria dilakukan dengan laporan aktif masyarakat ke Juru Malaria Desa (JMD) untuk segera diambil sediaan darahnya. Pengawasan pengobatan malaria dilakukan oleh JMD dengan tindak lanjut pengobatan tersebut (Kesuma *et al.*, 2018). Dalam rangka percepatan eliminasi malaria di Kabupaten Garut perlu dilakukan strategi dalam penguatan program pengendalian yang dilakukan khususnya wilayah Kecamatan Cibalong. Intervensi spesifik perlu dilakukan dengan mempertimbangkan faktor-faktor lokal spesifik wilayah dan melibatkan koordinasi lintas sektoral (misal pendidikan, pertanian dan perikanan, kehutanan, pekerjaan umum, BAPPEDA dan lembaga-lembaga lainnya) antara kesehatan dan pemerintah daerah selaku

pemegang kebijakan sehingga strategi intervensi berjalan optimal dan berhasil mencapai eliminasi malaria di Kabupaten Garut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Surveilans yang dilakukan program sebagai upaya pengendalian malaria di Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut kecenderungannya kurang intens. Kondisi demikian seringkali terjadi di beberapa wilayah pada fase pre-eliminasi seperti angka kasus kesakitan malaria yang menurun dan diikuti keterbatasan sumber daya (anggaran, tenaga, sarana parasarana). Hal ini harus tetap diwaspadai terkait faktor risiko penularan malaria masih ditemukan di wilayah ini yaitu habitat vektor nyamuk, diantaranya lagun "Haminteu" dan mobilitas penduduk terutama masyarakat yang bekerja ke luar wilayah dan pulangannya membawa kasus impor. Kerjasama lintas program berjalan dengan baik, namun kerjasama lintas sektor terutama pada tingkat kabupaten masih perlu dilakukan dan ditingkatkan. Pembiayaan program pengendalian malaria hanya dari pemerintah daerah dan belum dapat mengakomodir kegiatan pengendalian seluruhnya.

Saran

Rekomendasi yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah perlu segera dilakukan penguatan terhadap program pengendalian malaria yang mulai menurun di Kabupaten Garut. Kepala Daerah sebagai pengambil kebijakan perlu untuk menentukan regulasi yang kuat, misalnya Peraturan Bupati tentang pengendalian malaria, sebagai dasar hukum untuk mendukung berbagai upaya dan menjamin tersedianya sumber daya yang dibutuhkan seperti anggaran, sarana dan tenaga dalam rangka percepatan eliminasi malaria di Kabupaten Garut.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Kepala Loka Litbangkes Pangandaran yang telah mendukung dalam pelaksanaan penelitian ini, serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut beserta jajaran staf terkait, Kepala Puskesmas, pengelola program dan seluruh staf, serta masyarakat yang berperan sebagai informan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni I, Nurrachmawati A, Siswanto & Risva, 2017. Malaria dalam Kehamilan: Kualitatif Model Kepercayaan Kesehatan di Muara Wahau Provinsi Kalimantan Timur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 11(2), pp.84–92.
- Arsin & A A, 2012. *Malaria Di Indonesia, Tinjauan Aspek Epidemiologi.*, Makasar: Masagena Press.
- Bauch JA, Gu JJ, Msellem M, Mårtensson A, Ali AS, Gosling R, et al., 2013. Perception of malaria risk in a setting of reduced malaria transmission: A qualitative study in Zanzibar. *Malaria Journal*, 12(1).
- Bousema T, Griffin JT, Sauerwein RW, Smith DL, Churcher TS, Takken W, et al., 2012. Hitting hotspots: spatial targeting of malaria for control and elimination. *PLOS medicine*, 9(1), p.e1001165.
- Darmawan ES, 2013. *Gambaran Pelaksanaan Pencegahan Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.* Universitas Jember.
- Dewantara PW, Ipa M & Widawati M, 2019. Individual and contextual factors predicting self-reported malaria among adults in eastern Indonesia: findings from Indonesian community-based survey. *Malaria Journal*, 18(118).
- Dinkes Kab. Garut, 2018. *Jumlah Kasus HIV/AIDS, IMS, DBD, Diare, TB, dan Malaria Menurut Kecamatan di Kabupaten Garut, 2014-2017*, Kabupaten Garut.
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2019. *Situasi Terkini Perkembangan Program Pengendalian Malaria di Indonesia tahun 2018*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kemenkes RI.
- Forero DA, Chaparro PE, Vallejo AF, Benavides Y, Gutiérrez JB, Arévalo-Herrera M, et al., 2014. Knowledge, attitudes and practices of malaria in Colombia. *Malaria Journal*, 13(1).
- IO A, CM I, M van V, L M, B van den B & JO. B, 2018. Qualitative analysis of the health system effects of a community-based malaria elimination program in Rwanda. *Research and Report on Tropical Medicine*, 9, pp.63–75.
- Ipa M, 2018. Eliminasi malaria di Indonesia begitu sulit, mengapa? *the conversation*.
- Ipa M & Dhewantara PW, 2017. Variasi pengobatan malaria rumah tangga di enam provinsi endemis malaria di Indonesia. *ASPIRATOR - Journal of Vector-borne Disease Studies*, 7(1).
- IS RH & R, 2012. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data. 2nd ed.* 2nd ed. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks; Available at: <https://doi.org/10.4135/9781452226651> Access Date: 13 Sept 2017.
- Kesuma AP, Pramestuti N, Prastawa A & Trisnawati UF, 2018. Penerapan Peraturan Desa tentang Penemuan dan Pengawasan Pengobatan Kasus Malaria Berbasis Masyarakat. *ASPIRATOR*, 10(1), pp.15–26.
- Lestari TRP, 2012. Pengendalian Malaria dalam Upaya Percepatan Pencapaian Target Millennium Development Goals. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(1).
- Mbonye AK, Buregyeya E, Rutebemberwa E, Clarke SE, Lal S, Hansen KS, et al., 2016. Treatment and prevention of malaria in pregnancy in the private health sector in Uganda: Implications for patient safety. *Malaria Journal*, 15(1).
- WHO, 2015. *HEALTH IN 2015: FROM MDGs TO SDGs*, Geneva, Swiss: WHO Press.
- WHO, 2018. *World Malaria Day 2018 “Ready to beat malaria*, Geneva, Switzerland: WHO Press”.