



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KETERKAITAN KRITIS ANTARA KOMPONEN SISTEM  
KESEHATAN DENGAN GLOBAL FUND UNTUK PROGRAM  
MALARIA DI KABUPATEN KEPULAUAN YAPEN PROPINSI  
PAPUA TAHUN 2012**

**TESIS**

**ALEXANDER TAKDARE  
NPM: 1006798865**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KETERKAITAN KRITIS ANTARA KOMPONEN SISTEM  
KESEHATAN DENGAN GLOBAL FUND UNTUK PROGRAM  
MALARIA DI KABUPATEN KEPULAUAN YAPEN PROPINSI  
PAPUA TAHUN 2012**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**ALEXANDER TAKDARE  
NPM: 1006798865**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI, 2012**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : ALEXANDER TAKDARE

NPM : 1006798865

Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan

Tahun Akademik : 2010/2011 – 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Keterkaitan Kritis Antara Komponen Sistem Kesehatan Dengan Global Fund untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Depok, 14 Juli 2012



(Alexander Takdare)

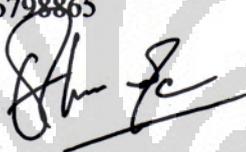
**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar

Nama : ALEXANDER TAKDARE

Npm : 1006798865

Tanda Tangan :



Tanggal : 14 Juli 2012

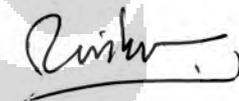
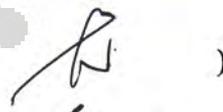
## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Alexander Takdare  
 NPM : 1006798865  
 Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
 Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan  
 Judul Tesis : Keterkaitan Kritis Antara Komponen Sistem Kesehatan  
 dengan dengan Global Fund untuk Program Malaria di  
 Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### Dewan Penguji

Pembimbing : Prof. drh. Wiku B. Adisasmito, M.Sc, Ph.D (  )  
 Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSc (  )  
 Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (  )  
 Penguji : Dr. Lukman Hakim (  )  
 Penguji : dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Syaloom,.....Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan karuniaNya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, dengan peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setinggi – tingginya kepada:

1. Bapak Prof.drh. Wiku Bakti Bawono, M.Sc,Ph.D selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu,tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya, baik dalam masa perkulihaan dan penyusunan tesis ini;
2. .dr. Asik Surya, MPPM, Ka.Subdit Pengendalian malaria, dit PPBB Dirjen P2B2 Kementerian Kesehatan R.I yang telah memberikan izin penelitian
3. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Papua, drg. Josep Rinta Rachdyatmaka, M.Kes, MH yang telah memberikan izin penelitian ini
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, Maria Tanawani,S.SiT, MKes. yang telah memberikan izin penelitian ini
5. dr. Lukman Hakim, selaku Koordinator Project Managemen Unit *Global Fund* Komponen Malaria yang telah memberikan aksis dalam penelitian ini dan sekaligus telah meluangkan waktu dan memberikan masukkan yang berharga selama ujian tesis;
6. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukkan yang berharga selama dari ujian proposal, hasil penelitia dan ujian tesis;
7. Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSc, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukkan yang berharga selama ujian tesis;
8. Dr. Untung Suseno Sutarjo,M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukkan yang berharga selama ujian tesis;

9. Istri dan anak – anak saya tercinta, yang telah memberikan dukungan atas segala doanya, sehingga saya dapat menyelesaikan perkuliahan dan tesis ini;
10. Orang tua tercinta, adik dan kakak saya yang selalu memberikan dukungan, baik moril maupun materil;
11. Rekan – rekan seperjuangan program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan yang selalu saling mendukung dan memberikan semangat;
12. Serta kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberikan andil yang sangat besar selama perkuliahan ini.

Akhir kata, bahwa dalam setiap langkah kehidupan Tuhan telah merangkai jalan hidup ini sungguh sempurna, Dia memberikan tangis dan air mata, agar kita temukan cara untuk tersenyum dan tertawa. Dia memberikan jerih payah, agar kita tau bersyukur dan berterima kasih. Dia memberikan kita kenangan pahit, agar kita menghargai dan mengerti hidup dan tak ada gading yang tak retak, penyusunan tesis masih jauh dari sempurna, sehingga saran yang membangun guna perbaikan penelitian sangat diharapkan.

Semoga Kasih Karunia dan Damai sejahtera, selalu menyertai kita semua. A m i n

Depok, 14 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Alexander Takdare  
NPM : 1006798865  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

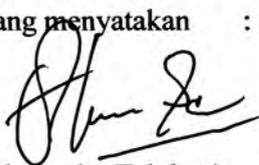
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Keterkaitan Kritis Antara Komponen Sistem Kesehatan Dengan Global Fund untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencatumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 14 Juli 2012  
Yang menyatakan :

  
(Alexander Takdare)

## ABSTRAK

Nama : Alexander Takdare  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Keterkaitan Kritis Antara Komponen Sistem Kesehatan Dengan Global Fund untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012

Pencapaian angka API tahun 2010 secara Nasional sudah memenuhi target (2 per 1000 penduduk). Pada data di atas menunjukkan bahwa Propinsi Papua dengan API tertinggi, yaitu 18,03 dan masih jauh dari yang ditargetkan, hal ini menunjukkan bahwa kasus malaria di Papua masih cukup tinggi dan memerlukan penanganan yang serius, dan propinsi dengan API terendah adalah propinsi DKI Jakarta, DI Yogyakarta dan Bali, sedangkan di Kabupaten Kepulauan Yapen menunjukkan bahwa angka kasus malaria cukup tinggi, dengan angka API 233,1 per 1000 dan sudah melewati target yang ditetapkan. Saat ini program malaria masih mendapatkan bantuan pendanaan dari *Global Fund*, sehingga masih memiliki keterkaitan.

Keterkaitan kritis pada ke dua komponen tersebut, apabila tidak diantisipasi oleh pemerintah dari awal, salah satunya dengan menyiapkan anggaran yang telah dibiayai oleh *GF* ke dalam kegiatan rutin, maka akan terjadi penurunan cakupan kembali, sehingga dampaknya akan dirasakan oleh masyarakat Papua pada umumnya dan Kabupaten Kepulauan Yapen pada khususnya, apabila program perbantuan ini dihentikan.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan wawancara mendalam dan studi literatur yang berhubungan dengan Sistem Kesehatan dan *Global Fund* dengan pengumpulan data melalui informan terkait dengan cara wawancara mendalam.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa sehubungan dengan keterkaitan kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua, berdasarkan fungsi dalam komponen tersebut, maka yang memiliki keterkaitan kritis adalah pada komponen Perencanaan, Pembiayaan serta Monitoring dan Evaluasi sedangkan yang tidak memiliki keterkaitan pada komponen Penatalayanan dan Pemerintah, Pelayanan, Peningkatan Akses Pelayanan. Berbeda pada Kabupaten Kepulauan Yapen, untuk komponen monitoring dan evaluasi tidak memiliki keterkaitan kritis.

Kata kunci : Sistem kesehatan, malaria, *global fund*

## ABSTRACT

Name : Alexander Takdare  
Study Program : Public Health Sciences  
Title : Critical Interaction of Health System Component and Global Fund for Malaria Programme in the District of Yapen Islands Papua 2012

The national achievement rate of API in 2010 has met the target (2 per 1000 population). It indicates that Papua Province with the highest API, which is 18.03 is left far from the target, that suggests that cases of malaria in Papua is quite high and require a serious action. Provinces with the lowest API are Jakarta, DI Yogyakarta and Bali, while in the Islands District Yapen showed that the number of malaria cases is quite high, with an API rate 233.1 per 1000 and had passed the target set. Currently malaria program got financing from the Global Fund , and it shows the relevance.

The critical interaction between the two-components, if doesn't well handled by the government from the beginning, by preparing a routine budget financed by the Global Fund, there will be a reduction in program coverage, and will impact to the whole society particularly in Papuan Islands District Yapen if the program is being stopped.

The purpose of this study is to determine the critical interaction between the Critical Component of Health System and the Global Fund for Malaria Program in Yapen Islands District of Papua. The method used in this research is qualitative method with in-depth interviews and literature studies related to Health System and the Global Fund by collecting data through informants related to the manner in-depth interviews, to reveal the Critical interaction between Component of Health System and the Global Fund for Malaria Programme Yapen Islands District of Papua.

This study concluded that according to the critical interaction between the Health System Component and the Global Fund for Malaria Program in the District of Yapen Islands Papua, in the relevance to the function of those components, the critical interactions are in the planning functions, finance function, monitoring and Evaluation function. In the other hand, the stewardship and the government, service delivery and the increase of service access did not show the relevances. Contrary to the districts of Yapen Island Papua, monitoring and evaluation component did not show critical interactions.

Key words: health sytem, malaria, globan fund

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>SURAT PERNYATAAN</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b>	
<b>TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	9
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	9
1.4. Tujuan.....	9
1.4.1 Tujuan Umum .....	9
1.4.2 Tujuan Khusus .....	9
1.5. Manfaat Penelitian.....	10
1.5.1 Manfaat Teoritis .....	10
1.5.2 Manfaat Aplikatif .....	10
1.5.3 Manfaat Metodologis .....	11
1.6. Ruang Lingkup .....	11
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
2.1. Demografi.....	13
2.2. Sosial Ekonomi.....	14

2.3	Politik .....	17
2.4	Profil Kesehatan .....	18
2.4.1	Angka Kematian Bayi .....	18
2.4.2	Angka Kematian Balita .....	19
2.4.3	Angka Kematian Ibu .....	20
2.4.4	Status Gizi .....	22
2.5	Tinjauan Sistem Kesehatan .....	24
2.5.1	Penatalayanan dan Pemerintahan .....	27
2.5.2	Pembiayaan .....	28
2.5.3	Perencanaan .....	30
2.5.4	Pelayanan .....	31
2.5.5	Akses Peningkatan Layanan .....	33
2.5.6	Monitoring dan Evaluasi .....	34
2.6	Hasil Penelitian Sistem Kesehatan dan Global Fund di Ghana .....	35
2.6.1	Tujuan dan Metodologi .....	35
2.7	Gambaran Global Fund .....	40
2.7.1	Tujuan Organisasi <i>The Global Fund</i> (GFATM) .....	41
2.6.1.	Prinsip-prinsip Cara Kerja <i>The Global Fund</i> .....	42
2.6.2.	Struktur Inti <i>The Global Fund</i> .....	43
2.6.3.	Model Pendanaan <i>The Global Fund</i> .....	45
2.6.4.	Pendanaan <i>Global Fund</i> Untuk Malaria .....	46
2.7.	Malaria .....	51
2.7.1.	Epidemiologi malaria .....	51
2.7.2.	Upaya Pengendalian Malaria .....	52
2.7.3.	Diagnosa dan Pengobatan .....	52
2.7.4.	Pemakaian Kelambu .....	53
2.7.5.	Penyemprotan Rumah (IRS) .....	55
2.8.	Situasi Malaria di Indonesia .....	55
2.9.	Situasi Malaria di Papua .....	58
2.10.	Situasi Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen .....	59
2.11.	Pengendalian Malaria .....	61
2.10.1.	Periode 1959 – 1968 (Periode Pembasmian Malaria) .....	61

2.10.2. Periode 1969 – 2000 (Pemberantasan Malaria) .....	61
2.10.3. Periode 2000 – sekarang .....	62
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>13</b>
3.1. Kerangka Teori.....	13
3.2. Kerangka Konsep .....	65
3.3. Definisi Istilah .....	67
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>70</b>
4.1 Desain Penelitian .....	70
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	70
4.3 Informan .....	70
4.4 Pengumpulan Data .....	71
4.4.1 Data Primer .....	71
4.4.2 Data Sekunder .....	71
4.5 Pengolahan Data.....	71
4.6 Analisa Data .....	72
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>73</b>
5.1 Pelaksanaan Penelitian .....	73
5.2 Karakteristik Informan .....	73
5.2 Hasil.....	75
5.2.1 Penatalayanan dan Pemerintah.....	75
5.2.2 Perencanaan.....	79
5.2.3 Pembiayaan .....	81
5.2.4 Pelayanan .....	85
5.2.5 Peningkatan Akses Pelayanan.....	88
5.2.6 Monitoring dan Evaluasi .....	91
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>96</b>
6.1 Penatalayanan dan Pemerintah.....	96
6.1.1 Kebijakan Program Malaria .....	97
6.1.2 Peran Antar Komponen.....	98
6.1.3 Pengaturan Program .....	99
6.1.4 Tindak Lanjut Pendanaan.....	100

6.2	Perencanaan butter up/top down .....	100
6.1.1	Proses Perencanaan Program Malaria .....	101
6.2.2	Pengaturan Perencanaan Program Malaria .....	102
6.2.3	Perencanaan yang Baik .....	103
6.2.4	Tindak lanjut Perencanaan .....	103
6.3	Pembiayaan Program Malaria .....	103
6.3.1	Besaran Dana .....	104
6.3.2	Peruntukkan Pembiayaan .....	105
6.3.3	Metode Pembiayaan .....	106
6.3.4	Pengaruh Pendanaan Terhadap Cakupan .....	106
6.3.5	Tindak Lanjut Pembiayaan .....	106
6.4	Pelayanan.....	107
6.4.1	Ketersediaan Sumber Daya Manusia .....	108
6.4.2	Sistem Rujukan .....	108
6.4.3	Ketersediaan Sarana dan Prasarana Pelayanan .....	109
6.4.4	Tindak Lanjut Pelayanan Program Malaria .....	109
6.5	Akses Peningkat Pelayanan.....	110
6.5.1	Kegiatan dalam Peningkatan Akses Pelayanan.....	110
6.5.2	Pemberian Insentif .....	111
6.5.3	Program Promosi.....	111
6.5.4	Tindak Lanjut Peningkatan Akses Pelayanan .....	112
6.6	Monitoring dan Evaluasi .....	112
6.6.1	Pencapaian Cakupan Program Malaria .....	113
6.6.2	Sistem Pelaporan Program Malaria.....	114
6.6.3	Permasalahan dalam Monitoring dan Evaluasi .....	114
6.6.4	Tindak Lanjut Monitoring dan Evaluasi .....	115
6.7	Tabel Keterkaitan .....	115
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>119</b>
7.1	Kesimpulan.....	119
7.2.	Saran .....	119

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Malaria Cases By WHO Region 2000 -2009	2
Tabel 1.2	Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Menurut Propinsi Tahun 2010	2
Tabel 1.3	Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Propinsi Papua Tahun 2011	4
Tabel 1.4	Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Menurut Puskesmas Kabupaten Yapen 2010	5
Tabel 2.1	Jumlah Kematian Bayi pe 1000 Kelahiran Hidup Kabupaten Kepulauan Yapen	19
Tabel 2.2	Jumlah Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010	20
Tabel 2.3	Jumlah Kematian Ibu per 1.000 Kelahiran Hidup Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2006, 2007, 2008 dan 2009	22
Tabel 2.4	Persentase Balita Gizi Buruk yang ditemukan di Kabupaten Kepulauan Yapen tahun 2010	23
Tabel 2.5	Pengeluaran Global Fund	48
Tabel 2.6	Gambaran Dana Hibah	49
Tabel 2.7	Annual Parasite Incidence (API) Malaria Propinsi Tahun 2007 – 2010	56
Tabel 2.8	Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010	60
Tabel 6.1	Keterkaitan Antara Komponen dalam Program Malaria	111

**DAFTAR GAMBAR**

2.1	Aspirasi Pencapaian PDB Indonesia	15
2.2	Pencapaian dan Proyeksi Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 1994 - 2015	21
2.3	Penyelenggaraan Sistem Kesehatan	25
2.4	Kerangka Konseptual	27
2.5	Kerangka Data API Propinsi Papua	59
3.1	Kerangka Teori	65
3.2	Kerangka Konsep	66

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Sistem Kesehatan merupakan semua aktifitas yang mempunyai tujuan utama meningkatkan, memperbaiki, atau merawat kesehatan, baik yang dilakukan oleh individu ataupun lembaga organisasi.<sup>(1, 2)</sup> Di Indonesia sendiri penjabaran sistem kesehatan dalam bentuk Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945.<sup>(3)</sup> SKN ini dimaksudkan agar dapat dipergunakan sebagai pedoman tentang bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik oleh masyarakat, swasta, maupun oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah serta pihak terkait lainnya. Salah satu upaya yang dilaksanakan dalam upaya pelayanan kesehatan adalah program malaria, karena masih merupakan masalah kesehatan di dunia, sehingga oleh WHO menjadikan prioritas utama dalam program penanggulangan dan penelitian penyakit tropis. Sekitar 275 juta dari 500 juta penduduk terinfeksi malaria di wilayah Afrika Selatan Gunung Sahara, 100 juta diantaranya dengan gejala klinis.<sup>(4-7)</sup>

Berikut merupakan data kasus kematian kesakitan data malaria menurut WHO yang dibagi menurut region dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2009 ;(8)

Tabel 1.1. Malaria Cases By WHO Region, 2000 - 2009

CASES (in thousands)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Uncertainty	Bounds
											lower	upper
<b>African</b>	173.000	178.000	181.000	185.000	187.000	188.000	187.000	186.000	181.000	176.000	117.000	241.000
<b>Americas</b>	2.800	2.300	2.200	2.100	1.900	1.900	1.700	1.500	1.100	1.100	1.000	1.300
<b>Eastern Mediterranean</b>	15.000	16.000	17.000	16.000	14.000	12.000	12.000	12.000	13.000	12.000	10.000	15.000
<b>European</b>	47	34	27	22	13	7	4	2	1	1	1	1
<b>South-East Asia</b>	38.000	38.000	35.000	35.000	37.000	39.000	34.000	32.000	34.000	34.000	28.000	41.000
<b>Western Pacific</b>	2.800	2.500	2.200	2.500	2.800	2.300	2.500	2.100	1.900	2.300	2.000	2.500
<b>World</b>	233.000	236.000	237.000	241.000	243.000	244.000	238.000	233.000	231.000	225.000		
<b>Lower bound</b>	181.000	181.000	182.000	184.000	185.000	185.000	179.000	175.000	171.000	169.000		
<b>Upper bound</b>	302.000	304.000	308.000	313.000	314.000	317.000	310.000	304.000	298.000	294.000		

Sumber : World Malaria Report, WHO 2010

Berdasarkan data kasus malaria di atas menunjukkan bahwa pada region Africa mempunyai kasus malaria yang cukup tinggi, sedangkan yang terendah pada region European, dan Indonesia masuk pada region South East Asia. Sedangkan data kasus malaria di Indonesia berdasarkan Profil Kesehatan tahun 2010 per propinsi adalah sebagai berikut :<sup>(9)</sup>

Tabel.1.2. Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Menurut Propinsi Tahun 2010

N0	Provinsi	Populasi berisiko	Klinis	Sediaan Darah Diperiksa	Positif	Annual Parasite Incidence (API)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Aceh	4.363.475	29.559	30.689	2.354	0,54
2	Sumatera Utara	8.872.054	108.561	88.561	5.377	0,61
3	Sumatera Barat	2.359.946	998	699	260	0,11
4	Riau	4.190.975	8.156	7.735	1.005	0,24
5	Jambi	1.408.470	37.882	21.901	2.309	1,64
6	Sumatera Selatan	5.350.075	49.444	25.212	2.396	0,45
7	Bengkulu	1.858.466	51.090	41.582	7.926	4,26
8	Lampung	6.295.088	25.922	22.960	2.025	0,32

9	Kepulauan Babel	1.106.657	58.382	6.216	5.596	5,06
10	Kepulauan Riau	1.244.515	16.078	4.787	1.073	0,86
11	DKI Jakarta	200.000	0	0	0	0,00
12	Jawa Barat	1.092.677	18.452	18.452	466	0,43
13	Jawa Tengah	21.430.044	74.619	74.619	2.098	0,10
14	DI Yogyakarta	3.565.783	-	-	36	0,01
15	Jawa Timur	6.814.535	23.260	20.672	657	0,10
16	Banten	3.473.302	955	-	113	0,03
17	Bali	1.402.202	10.806	10.806	40	0,03
18	Nusa Tenggara Barat	4.380.548	72.125	75.695	7.919	1,81
19	Nusa Tenggara Timur	4.617.521	436.717	65.075	56.075	12,14
20	Kalimantan Barat	4.130.874	120.298	59.398	1.839	0,45
21	Kalimantan Tengah	2.218.235	26.038	17.468	7.730	3,48
22	Kalimantan Selatan	3.394.359	8.718	7.704	2.672	0,79
23	Kalimantan Timur	2.848.793	18.208	8.940	1.352	0,47
24	Sulawesi Utara	2.452.635	31.901	19.835	3.990	1,63
25	Sulawesi Tengah	2.531.777	74.191	36.070	5.271	2,08
26	Sulawesi Selatan	3.671.933	22.206	17.353	1.297	0,35
27	Sulawesi Tenggara	2.299.988	24.232	7.443	1.057	0,46
28	Gorontalo	1.037.751	5.899	3.668	1.772	1,71
29	Sulawesi Barat	1.176.149	25.743	7.911	642	0,55
30	Maluku	1.576.914	42.762	30.921	8.559	5,43
31	Maluku Utara	1.005.735	32.495	27.972	6.486	6,45
32	Papua Barat	2.127.982	133.334	93.334	38.009	17,86
33	Papua	2.851.999	259.634	310.728	51.418	18,03
	Indonesia	117.351.457	1.848.999	1.164.406	229.819	1,96

Sumber : Profil Kesehatan , Kemenkes RI,2011

Pencapaian angka API tahun 2010 secara Nasional sudah memenuhi target (2 per 1000 penduduk). Pada data di atas menunjukkan bahwa Propinsi Papua dengan API tertinggi, yaitu 18,03 dan masih jauh dari yang ditargetkan, hal ini menunjukkan bahwa kasus malaria di Papua masih cukup tinggi dan memerlukan penanganan yang serius, dan propinsi dengan API terendah adalah propinsi DKI Jakarta, DI Yogyakarta dan Bali. Berikut merupakan data malaria di Propinsi Papua tahun 2011 :<sup>(10)</sup>

Tabel 2.3. Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Propinsi Papua Tahun 2011

No	Kabupaten	Jumlah Penduduk	Jumlah Desa	Malaria Klinis	Jumlah SD diperiksa	Metode Diagnosis		Jmlh (+)	API
						Mik	RDT		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11
1	Kab. Jayapura	135,219	143	21,112	57,652	50,183	7,469	20,751	153
2	Kt. Jayapura	261,776	38	20,935	58,956	57,032	1,924	12,015	46
3	Keerom	50,404	61	48,099	48,099	43,799	4,300	18,504	367
4	Sarmi	43,392	88	1,565	2,081	1,924	157	1,065	25
5	Biak Numfor	135,551	189	27,024	23,622	18,417	5,205	6,220	46
6	Supiori	19,080	38	4,413	3,125	2,018	1,107	1,095	57
7	Merauke	195,238	168	12,026	10,198	6,656	3,542	2,548	13
8	Mappi	81,778	137	14,411	13,385	10,493	2,892	4,455	54
9	Boven Digoel	44,289	43	1,505	6,655	4,394	2,261	2,945	66
10	Nabire	104,953	54	16,031	30,441	26,471	3,970	17,415	166
11	Kep. Yapen	88,719	111	18,662	18,884	16,504	2,380	7,344	83
12	Mimika	174,280	83	127,543	132,143	128,436	3,707	45,634	262
13	Paniai	149,187	79	2,442	6,207	2,162	4,045	4,077	27
14	Asmat	79,022	139	10,711	4,793	2,282	2,511	3,292	42
15	Waropen	23,837	59	2,899	2,899	2,899	0	1,944	18
16	Jayawijaya	112,301	127	6,327	10,311	6,534	3,777	1,854	78
17	Puncak Jaya(*)	110,965	67	0	0	0	0	0	0
18	Tolikara(*)	43,885	510	0	0	0	0	0	0
19	Yahokimo(*)	142,004	385	0	0	0	0	0	0
20	Peg. Bintang(*)	55,288	120	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>2,051,168</b>	<b>2,639</b>	<b>335,705</b>	<b>429,451</b>	<b>380,204</b>	<b>49,247</b>	<b>151,158</b>	<b>74</b>

Sumber : Laporan Tahunan 2011 Propinsi Papua

Dari 29 Kabupaten di Propinsi Papua, dengan API tertinggi pada Kabupaten Keerom, yaitu 367 per 1000 penduduk, dan Kabupaten Kepulauan Yapen di tahun 2011 dengan API mencapai 83 per 1000 penduduk, sedangkan berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Propinsi masih banyak daerah – daerah yang sampai akhir tahun tidak mengirimkan laporan malaria. Sedangkan data untuk Kabupaten Kepulauan Yapen berdasarkan wilayah Puskesmas, adalah sebagai berikut :<sup>(11)</sup>

Tabel.1.4. Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Malaria Menurut Puskesmas Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010

No	Puskesmas	Popoulasi berisiko	Klinis	Positif	Annual Parait Incidence (API)
1	Serui Kota	38.621	4.850	15.212	393,9
2	Kosiwo	3.799	2.510	476	125,3
3	Menawi	11.685	3714	806	69
4	Dawai	10.071	3728	1197	118,9
5	Tindaret	3.211	1.377	285	88,8
6	Ansus	7.876	1.427	749	95,1
7	Wooi	3.017	1.275	250	82,9
8	Poom	5.313	4.168	507	95,4
	Kabupaten	83.593	23.049	19.482	233,1

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen

Berdasarkan data tersebut di atas, menunjukkan bahwa angka kasus malaria cukup tinggi, dengan angka API 233,1 per 1000 dan sudah melewati target yang ditetapkan.

Malaria merupakan salah satu indikator dari target Pembangunan Milenium (MDGs), dimana ditargetkan untuk menghentikan penyebaran dan mengurangi kejadian insiden malaria pada tahun 2015 yang dilihat dari indikator menurunnya angka kesakitan dan angka kematian akibat malaria. *Global malaria programme (GMP)* menyatakan bahwa malaria merupakan penyakit yang harus terus menerus dilakukan pengamatan, Monitoring dan Evaluasi, serta diperlukan formulasi kebijakan dan strategi yang tepat. Di dalam GMP dan *roll back malaria (RBM)* atau dikenal dengan Gebrak Malaria ditargetkan 80% penduduk terlindungi dan penderita mendapat pengobatan *Arthemisinin based Combination Therapy (ACT)*. Dalam pengendalian malaria, yang ditargetkan penurunan angka kesakitannya dari 2 menjadi 1 per 1.000 penduduk.<sup>(12, 13)</sup>

Sesuai kesepakatan Negara anggota WHO dalam meningkatkan upaya pengendalian, pada tahun 1998 disepakati gerakan pengendalian malaria yang intensif dengan kemitraan global yaitu : *Roll Back Malaria Initiative (RBMI)*(14) dan di Indonesia dikenal dengan Gerakan Berantas Kembali Malaria (gebrak

malaria) yang telah dilaksanakan oleh pemerintah dengan dukungan WHO. Kegiatan ini dimulai tahun 2000 yang meliputi daerah Riau Kepulauan, Cilacap, Jawa Tengah dan Kabupaten Lombok Barat. Gebrak malaria adalah gerakan secara nasional seluruh komponen masyarakat untuk memberantas malaria secara intensif melalui kemitraan antara pemerintah, dunia usaha, lembaga swadaya masyarakat, dan badan – badan internasional serta penyandang dana. Dalam pelaksanaannya membutuhkan kerja sama multilateral, bilateral, organisasi non pemerintah dan organisasi swasta.<sup>(15, 16)</sup>

*GF untuk AIDS, Tuberculosis dan Malaria* merupakan Institusi pendukung kesehatan dan organisasi multilateral terbesar di dunia dimana kemitraannya didedikasikan untuk menarik sumberdaya tambahan dalam mencegah dan menangani HIV/AIDS, Tuberculosis (TB) dan malaria. Kemitraan antara pemerintah, masyarakat sipil, sektor privat dan komunitas terdampak (kelompok populasi kunci) adalah sebuah pendekatan inovatif terhadap pendanaan kesehatan Internasional. Cara kerja pendanaan *Global Fund* ini didasarkan pada konsep kepemilikan negara dan berbasis kinerja, yang berarti penerima dana yang melaksanakan program melaksanakannya berdasarkan prioritas dan *Global Fund* menyediakan pembiayaannya untuk agar tujuan dari pendanaan yang kemudian diverifikasi tercapai. *GF for AIDS, TB and Malaria (GFATM)* secara khusus dibentuk untuk memobilisasi sumber daya secara signifikan bagi upaya penanggulangan AIDS, TB dan Malaria yang lebih efektif.

*GFATM* telah memampukan negara - negara untuk memperkuat sistem kesehatan dengan banyak cara, sebagai contoh; peningkatan terhadap infrastruktur dan menyediakan pelatihan bagi pemberi layanan kesehatan. *Global Fund* menyadari pentingnya mendukung sistem kesehatan masyarakat, swasta dan masyarakat di mana kelemahan dan kesenjangan dalam sistem-sistem membatasi pencapaian hasil yang lebih baik dalam mengurangi beban HIV, TBC dan malaria. Sistem kesehatan yang tidak memadai adalah salah satu kendala utama untuk meningkatkan skala intervensi untuk mengamankan hasil kesehatan yang lebih baik untuk HIV, TB dan malaria.<sup>(2)</sup>

Pada propinsi Papua, dari 20 Kabupaten yang mengirimkan laporannya, ada empat Kabupaten yang tidak masuk dalam program bantuan *GF* ini disebabkan

karena merupakan kabupaten pemekaran baru. Sedangkan Kabupaten Kepulauan Yapen masuk dalam pendanaan *GF*, dimana mempunyai total luas wilayah 2.023 Km<sup>2</sup>, yang terdiri atas 12 distrik dan hutan lindung, dengan jumlah Penduduk. 93.626 jiwa yang tersebar di 106 kampung dan 5 kelurahan. Dengan jumlah sarana kesehatan sebanyak 42 Pustu.dan 8 Puskesmas serta polindes. Berdasarkan data penyakit tahun 2010, penyakit malaria masih mendominasi, sekitar 233,1/1000 penduduk dan merupakan daerah dengan endemisitas yang tinggi, di tunjang dengan kondisi geografis yang sulit dan sosial ekonomi masyarakat yang rendah. Beberapa upaya yang telah dilakukan dalam pengendalian malaria di Kabupaten,yaitu : Pembagian dan pemakaian kelambu berinsektisida, penyemprotan dinding rumah dengan insektisida (*IRS/ indoors residual spraying*), diagnose dan pengobatan yang tepat, Mass Blood Survei (MBS) dan pemeriksaaan sediaan darah. Tetapi berdasarkan data kasus malaria di Kabupaten masih cukup tinggi dengan API 233,1/1000, jika dibandingkan dengan target nasional 2/1000 jelas ini menunjukkan bahwa tingkat endemisitas di semua wilayah Kabupaten sangat tinggi dan merata, tersedianya nyamuk penular malaria yang cukup banyak, infrastruktur kesehatan yang masih belum memadai, tingkat kemampuan daerah dalam pembiayaan kesehatan belum sesuai, dan dukungan peraturan perundang-undangan daerah untuk pengendalian malaria yang masih terbatas dalam mengarahkan masyarakat untuk berperilaku mendukung upaya program malaria di daerah.

Diharapkan dengan adanya bantuan pendanaan dari global fund untuk program malaria dapat menjadi alat dalam pencapaian sistem kesehatan yang lebih baik dan Indonesia pada umumnya dapat mencapai eliminasi di tahun 2030.

Sistem kesehatan tidak terbatas pada seperangkat institusi yang mengatur, membiayai, atau memberikan pelayanan, namun juga termasuk kelompok aneka organisasi yang memberikan input pada pelayanan kesehatan, utamanya sumberdaya manusia, sumber daya fisik (fasilitas dan alat), serta pengetahuan/teknologi. Sistem kesehatan paling tidak mempunyai enam fungsi pokok yaitu: penatalayanan dan pemerintah, pembiayaan, perencanaan, pelayanan, akses peningkatan layanan dan monitoring dan evaluasi . Fungsi-fungsi tersebut akan direpresentasikan dalam bentuk sub-subsistem dalam sistem kesehatan,

dikembangkan sesuai kebutuhan dan digambarkan secara horizontal. Sedangkan pada *global fund* ke enam fungsi tersebut merupakan komponen dalam program malaria yang dapat digambar secara vertikal karena program ini diarahkan, diawasi, dan dilaksanakan, baik seluruhnya atau sebagian besar, secara khusus, layanan menggunakan tenaga kesehatan khusus, sehingga keduanya dapat disatukan dalam satu program ataupun memiliki keterkaitan kritis yang mempunyai implikasi tujuan dan sumber daya yang sama serta saling melengkapi dalam mencapai kualitas hasil yang lebih baik.

Keterkaitan kritis pada ke dua komponen tersebut, apabila tidak diantisipasi oleh pemerintah dari awal, salah satunya dengan menyiapkan anggaran yang telah dibiayai oleh *GF* ke dalam kegiatan rutin, maka akan terjadi penurunan cakupan kembali, sehingga dampaknya akan dirasakan oleh masyarakat Papua pada umumnya dan Kabupaten Kepulauan Yapen pada khususnya, apabila program perbantuan ini dihentikan. Sebagai contoh dari segi pembiayaan, ini erat kaitannya dengan laporan, sehingga apabila pendanaan oleh *GF* ini dihentikan, maka untuk pengumpulan, pengolahan dan analisis data malaria akan bermasalah, karena menyangkut pemberian insentif untuk kegiatan tersebut, apabila hal ini tidak segera ditangani oleh pemerintah, begitu pula dengan factor yang lainnya.

Penelitian Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua, maka penelitian ini layak untuk dilakukan. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen. Selain itu penelitian tidak merugikan semua pihak, baik pemerintah dan masyarakat.

Penelitian Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria merupakan penelitian yang baru. Penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak, baik bagi pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan, , peneliti dan masyarakat. Harapan peneliti adalah penelitian ini dapat menghasilkan data yang akurat yang dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk merencanakan dan melaksanakan program pengendalian malaria yang lebih baik.

## 1.2. Rumusan Masalah

Dengan adanya pendanaan *GF* untuk program malaria, diharapkan dapat meningkatkan sistem kesehatan kearah yang lebih baik, sehingga dapat menurunkan kasus malaria. Berdasarkan data malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen masih cukup tinggi, meskipun beberapa upaya pengendalian sudah dilakukan, tetapi belum dapat menurunkan angka kesakitan. Berdasarkan hal tersebut, maka yang menjadi permasalahan adalah bahwa pada saat ini program malaria masih mendapatkan bantuan dari *GF*, sehingga apabila program perbantuan ini dihentikan, maka akan terjadi peningkatan kasus dan kematian akibat malaria terhadap masyarakat, apabila tidak segera ditangani oleh pemerintah dalam hal penganggaran.

Lokasi penelitian ini di Subdit Malaria dan *Global Fund* Dirjen P2PL Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan dan *Global Fund* Propinsi Papua, Dinas Kesehatan dan *global fund* Kabupaten Kepulauan Yapen Wilayah Kabupaten Kepulauan Yapen pada bulan April sampai dengan Mei 2012.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua?

## 1.4 Tujuan

### 1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Diketuinya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam penatalayanan dan pemerintah program malaria

1.4.2.2 Diketuinya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam perencanaan program malaria

- 1.4.2.3 Diketuainya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam pembiayaan program malaria
- 1.4.2.4 Diketuainya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam pelayanan program malaria
- 1.4.2.5 Diketuainya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam akses peningkatan layanan program malaria
- 1.4.2.6 Diketuainya keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria dalam monitoring dan evaluasi program malaria

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian akademis dan institusi penyelenggaraan pendidikan, khususnya dalam sistem kesehatan dan *global fund* dalam program malaria.

### 1.5.2 Manfaat Aplikatif

#### 1.5.2.1 Bagi masyarakat

Masyarakat dapat mengetahui masalah atau hambatan yang dihadapi dalam pengendalian malaria di wilayahnya.

#### 1.5.2.2 Bagi instansi terkait

Pemerintah Daerah, khususnya penanggung jawab program *global fund* dan seluruh unit pelayanan teknisnya dapat memanfaatkan hasil penelitian ini, sebagai bahan untuk mengembangkan sistem kesehatan dengan *global fund* dalam program malaria di wilayahnya.

#### 1.5.2.3 Bagi peneliti

Sebagai kajian dalam pelaksanaan tugas dalam program malaria di wilayah kerjanya.

### 1.5.3 Manfaat Metodologis

Hasil penelitian ini, diharapkan dapat memberi tambahan informasi dan referensi bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan program malaria.

## 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini merupakan penelitian tentang Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua, dengan analisis yang diteliti enam fungsi Sistem Kesehatan yaitu : penatalayanan dan pemerintah, pembiayaan, perencanaan, pelayanan, akses peningkatan layanan, monitoring dan evaluasi, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran bagaimana Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua.

Penelitian ini menggunakan sistematik literature dengan pendekatan kualitatif, dengan menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam terhadap responden, diantaranya, bagian Kementerian Kesehatan dan *GF*, Dinas Kesehatan Propinsi Papua dan *GF* dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen dan *GF*, direncanakan penelitian ini dilakukan pada bulan Mei - Juni 2012.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Secara implementasi, sistem kesehatan bersifat dinamis dan sangat dipengaruhi kondisi ekonomi, politik dan budaya suatu Negara, sehingga dimungkinkan sistem kesehatan mengalami perubahan.<sup>(1)</sup> Dengan kata lain, sistem kesehatan merupakan kombinasi antara institusi kesehatan, sumber daya manusia pendukung, mekanisme finansial, sistem informasi, mekanisme jaringan organisasi dan manajemen struktur yang di dalamnya termasuk komponen administrasi.

#### **2.1 Demografi**

Indonesia adalah negara dengan jumlah penduduk ke-4 terbesar di dunia. Penduduk yang besar dengan daya beli yang terus meningkat adalah pasar yang potensial, sementara itu jumlah penduduk yang besar dengan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang terus membaik adalah potensi daya saing yang luar biasa. Sebagai negara kepulauan terbesar di dunia, Indonesia memiliki wilayah dengan panjang mencapai 5.200 km dan lebar mencapai 1.870 km, dengan luas wilayah sekitar 1.910.931 km<sup>2</sup>.<sup>(17)</sup>

Jumlah penduduk Indonesia tahun 2011 diperkirakan mencapai sekitar 340 juta orang. Jumlah ini berdasar asumsi bahwa pertambahan penduduk sebesar 1,49% per tahun. Hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan jumlah penduduk Indonesia sebesar 237.556.363 orang, yang terdiri dari 119.507.580 laki-laki dan 118.048.783 perempuan. Distribusi penduduk Indonesia masih terkonsentrasi di Pulau Jawa yaitu sebesar 58 persen, yang diikuti oleh Pulau Sumatera sebesar 21 persen. Sulawesi sebesar 7 persen; Kalimantan sebesar 6 persen; Bali dan Nusa Tenggara sebesar 6 persen; dan Maluku dan Papua sebesar 3 persen. Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah adalah tiga provinsi dengan urutan teratas yang berpenduduk terbanyak, yaitu masing-masing berjumlah 43.021.826 orang, 37.476.011 orang, dan 32.380.687 orang. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara merupakan wilayah yang terbanyak penduduknya di luar Jawa, yaitu sebanyak 12.985.075 orang. Provinsi yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah

Provinsi DKI Jakarta, yaitu sebesar 14.440 orang per km<sup>2</sup>. Sementara Itu, provinsi yang paling rendah tingkat kepadatan penduduknya adalah Provinsi Papua Barat, yaitu sebesar 8 orang per km<sup>2</sup>.<sup>(18)</sup>

Berdasarkan hasil sensus penduduk 2010, jumlah penduduk Papua jumlah penduduk Provinsi Papua adalah 2.833.381 orang, terdiri dari 1.505.883 orang laki-laki (53,15 persen) dan 1.327.498 orang perempuan (46,85 persen). Dengan demikian, rasio jenis kelamin di Provinsi Papua diatas 100, yaitu 113,4. Laju pertumbuhan penduduk Provinsi Papua per tahun selama sepuluh tahun terakhir yakni dari tahun 2000-2010 adalah 5,39 persen. Kepadatan penduduk di Provinsi Papua merupakan yang terendah di Indonesia. Dengan luas wilayah 756.881,89 km<sup>2</sup>, kepadatan penduduk di Papua hanya 4 jiwa per km<sup>2</sup>. Kepadatan tertinggi terjadi di Kota Jayapura, yakni 327 jiwa per km<sup>2</sup>. Sedangkan kepadatan terendah terjadi di Kabupaten Merauke, yakni kurang dari 1 jiwa per km<sup>2</sup>. Penduduk Papua berdasarkan kelompok umur ternyata didominasi oleh kelompok usia muda (0-14 tahun). Kecilnya proporsi penduduk usia tua (kelompok usia 55 tahun keatas) menunjukkan bahwa tingkat kematian penduduk usia lanjut sangat tinggi. Ini berarti bahwa angka harapan hidup di Papua masih rendah (pada tahun 2009, angka harapan hidup di Papua 68,35 tahun). Selain itu, komposisi penduduk seperti diatas menyebabkan rasio ketergantungan (*dependency ratio*) di Papua cukup tinggi, yaitu sebesar 56,37 persen.<sup>(19)</sup>

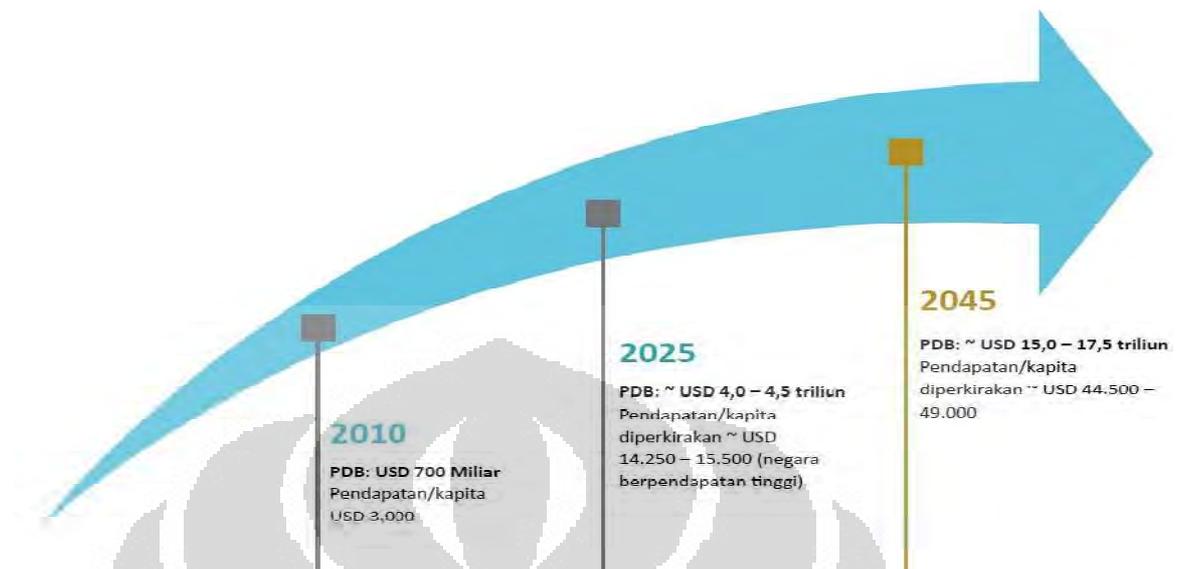
Kabupaten Kepulauan Yapen mempunyai total luas wilayah 2.023 Km<sup>2</sup>, yang terdiri atas 12 distrik dan hutan lindung. Penduduk Kabupaten Kepulauan Yapen tahun 2009 sebanyak 93.626 Jiwa (*Data dari Dinas Kependudukan dan Pemukiman Tahun 2009 dan dipadukan dengan data Proyeksi Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen*) dengan rincian laki-laki 48.614 orang (51,92%) dan perempuan 45.012 orang (48,08%). Distrik yang paling padat penduduknya adalah Distrik Yapen Selatan (44.735 Jiwa) dan yang paling jarang penduduknya adalah Distrik Yapen Utara (2.486 Jiwa). Jumlah penduduk tersebut diatas dijadikan dasar dalam analisis hasil kegiatan / program. Komposisi Penduduk Kabupaten Kepulauan Yapen menurut kelompok umur, menunjukkan penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebanyak 30.075 orang atau 32,1% ,

yang berusia produktif ( 15-44 tahun ) sebanyak 48.150 orang atau 51,4 %, yang berusia ( 45-64 tahun ) sebanyak 12.778 orang atau 13,6% dan yang berusia > 65 tahun ke atas sebanyak 2623 orang atau 2,8% serta kurang lebih 56,27% bermukim di kampung . Jumlah penduduk laki-laki relatif seimbang dibandingkan penduduk perempuan, yaitu masing-masing sebesar 48.614 jiwa penduduk laki-laki (51,9%) dan 45.012 jiwa perempuan (48,1%).

## **2.2 Sosial Ekonomi**

Saat ini Indonesia menempati urutan ekonomi ke-17 terbesar di dunia. Keterlibatan Indonesia pun sangat diharapkan dalam berbagai forum global dan regional seperti ASEAN, APEC, G-20, dan berbagai kerjasama bilateral lainnya. Keberhasilan Indonesia melewati krisis ekonomi global tahun 2008, mendapatkan apresiasi positif dari berbagai lembaga internasional. Hal ini tercermin dengan perbaikan peringkat hutang Indonesia di saat peringkat negara-negara lain justru mengalami penurunan. Kemajuan ekonomi juga telah membawa peningkatan kesejahteraan masyarakat, yang tercermin tidak saja dalam peningkatan pendapatan perkapita, namun juga dalam perbaikan berbagai indikator sosial dan ekonomi lainnya termasuk Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dalam periode 1980 dan 2010, Indeks Pembangunan Manusia meningkat dari 0,39 ke 0,60. Percepatan dan perluasan pembangunan ekonomi akan menempatkan Indonesia sebagai negara maju pada tahun 2025 dengan pendapatan per kapita yang berkisar antara USD 14.250-USD 15.500 dengan nilai total perekonomian (PDB) berkisar antara USD 4,0-4,5 triliun. Untuk mewujudkannya diperlukan pertumbuhan ekonomi riil sebesar 6,4-7,5 persen pada periode 2011-2014, dan sekitar 8,0-9,0 persen pada periode 2015-2025. Pertumbuhan ekonomi tersebut akan dibarengi oleh penurunan inflasi dari sebesar 6,5 persen pada periode 2011-2014 menjadi 3,0 persen pada 2025. Kombinasi pertumbuhan dan inflasi seperti itu mencerminkan karakteristik negara maju.

Gambar.2.1. Aspirasi Pencapaian PDB Indonesia



Sumber : (17)

Pembangunan Indonesia tidak lepas dari posisi Indonesia dalam dinamika regional dan global. Secara geografis Indonesia terletak di jantung pertumbuhan ekonomi dunia. Kawasan Timur Asia memiliki tingkat pertumbuhan ekonomi yang jauh di atas rata-rata kawasan lain di dunia. Ketika tren jangka panjang (1970- 2000) pertumbuhan ekonomi dunia mengalami penurunan, tren pertumbuhan ekonomi kawasan Timur Asia menunjukkan peningkatan. Sebagai pusat gravitasi perekonomian global, Kawasan Timur Asia (termasuk Asia Tenggara) memiliki jumlah penduduk sekitar 50 persen dari penduduk dunia. Cina memiliki sekitar 1,3 miliar penduduk, sementara India menyumbang sekitar 1,2 miliar orang, dan ASEAN dihuni oleh sekitar 600 juta jiwa. Secara geografis, kedudukan Indonesia berada di tengah-tengah Kawasan Timur Asia yang mempunyai potensi ekonomi sangat besar. <sup>(17)</sup>

Perekonomian Provinsi Papua yang kaya akan sumber daya alam berupa tambang migas dan non migas. Hasil dari kegiatan ekonomi di sector pertambangan tersebut mampu memberikan sumbangan nilai tambah yang cukup besar bagi perekonomian Provinsi Papua. Sektor pertambangan konsentrat tembaga memberikan sumbangan yang sangat dominan terhadap perkembangan perekonomian Provinsi Papua. Sehingga peningkatan maupun penurunan laju pertumbuhan pada sektor konsentrat tembaga ini akan sangat berpengaruh

terhadap arah pertumbuhan perekonomian Provinsi Papua. Sejak tahun 2008, Perkembangan Ekonomi Tahunan. Provinsi Papua mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dari -0,78% pada 2008 meningkat menjadi 20,34% pada tahun 2009. Sumbangan terbesar dalam peningkatan perkembangan ekonomi di Provinsi Papua ini adalah sector pertambangan dan penggalian (14,23%). Sementara pada 2 triwulan pertama pada tahun 2010 sektor pertambangan dan penggalian mengalami penurunan, sehingga Perkembangan Ekonomi pada tahun 2010, sampai pada triwulan kedua tumbuh negatif (kontraksi) dan laju tumbuh lebih rendah (lambat) dibandingkan periode triwulan sebelumnya, yaitu (-15,69%) pada triwulan pertama, dan semakin menurun menjadi (-22,42%).<sup>(20)</sup>

Secara makro pertumbuhan ekonomi Kabupaten Kepulauan Yapen dapat dilihat dari laju pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga konstan 2000. Penggunaan atas dasar harga konstan ini karena pengaruh harga telah dikeluarkan sehingga hasil yang diperoleh hanya mencerminkan kenaikan produksi barang dan jasa. Berdasarkan hasil perhitungan yang telah dilakukan, tampak bahwa pertumbuhan ekonomi Kabupaten Kepulauan Yapen tahun 2008 yang diukur berdasarkan harga konstan 2000 menunjukkan angka sebesar 6,06 persen. Pada tahun 2004 angka pertumbuhan PDRB Kabupaten Kepulauan Yapen sebesar 3,61 mengalami kenaikan yang signifikan pada tahun 2005 sebesar 6,09 persen dan seterusnya sampai di tahun 2007 menjadi 6,77 persen. Pertumbuhan ekonomi Kepulauan Yapen Tahun 2008 ini lebih rendah jika dibandingkan tahun 2007. Bila diamati menurut sektor-sektor pendukung PDRB, hal ini disebabkan adanya penurunan pertumbuhan yang sangat signifikan pada sektor jasa-jasa. Secara riil menurut harga konstan, pertumbuhan ekonomi Kabupaten Kepulauan Yapen dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2008 selalu menunjukkan angka yang positif, walaupun untuk tahun 2008 angka pertumbuhannya lebih rendah dari tahun sebelumnya. Sedangkan menurut harga berlaku, Kabupaten Kepulauan Yapen mengalami penurunan pertumbuhan disebabkan perlambatan yang terjadi di Sektor Keuangan yang *collapse* pada tahun 2006 karena pengaruh menurunnya aktifitas perbankan saat itu di Provinsi Papua secara umum yang berdampak pula terhadap aktifitas perbankan di Kepulauan Yapen. Selanjutnya untuk tahun 2007

dan 2008 laju pertumbuhan PDRB atas dasar harga berlaku kembali mengalami peningkatan.<sup>(21)</sup>

### 2.3 Politik

Indonesia adalah negara kesatuan berbentuk republik, di mana kedaulatan berada di tangan rakyat dan dijalankan sepenuhnya oleh Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR). Indonesia menganut sistem pemerintahan presidensial, di mana Presiden berkedudukan sebagai kepala negara sekaligus kepala pemerintahan. Indonesia terdiri dari 33 propinsi, 440 kabupaten, 95 kotamadya, 6.093 kecamatan dan 65.189 desa . Setelah desentralisasi pada tahun 2001, kabupaten menjadi unit administrasi utama yang bertanggung jawab untuk penyediaan layanan pemerintah. Lima propinsi yang telah diberikan status otonomi khusus, yaitu Jakarta, Yogyakarta, Papua, Papua Barat, dan Aceh.

Provinsi Papua adalah Propinsi Irian Jaya yang kemudian menjadi Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat yang diberi Otonomi Khusus dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Otonomi Khusus sendiri adalah kewenangan khusus yang diakui dan diberikan kepada Provinsi Papua, termasuk provinsi-provinsi hasil pemekaran Provinsi Papua, untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi dan hak-hak dasar masyarakat Papua. Pemerintahan Daerah Provinsi Papua terdiri atas Dewan Perwakilan Rakyat Papua (DPRP) sebagai badan legislatif, dan Pemerintah Provinsi sebagai badan eksekutif. Dalam rangka penyelenggaraan Otonomi Khusus di Provinsi Papua dibentuk Majelis Rakyat Papua (MRP) yang merupakan representasi kultural orang asli Papua yang memiliki kewenangan tertentu dalam rangka perlindungan hak-hak orang asli Papua, dengan berlandaskan pada penghormatan terhadap adat dan budaya, pemberdayaan perempuan, dan pemantapan kerukunan hidup beragama.

Kabupaten Kepulauan Yapen merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Papua yang pemerintahannya dikepalai oleh seorang Bupati, terdiri dari 12 Distrik, 106 kampung dan 5 kelurahan. Adat adalah kebiasaan yang diakui, dipatuhi dan dilembagakan, serta dipertahankan oleh masyarakat adat setempat secara turun-temurun. Pemerintah Provinsi Papua wajib mengakui, menghormati, melindungi,

memberdayakan dan mengembangkan hak-hak masyarakat adat dengan berpedoman pada ketentuan peraturan hukum yang berlaku. Masyarakat adat adalah warga masyarakat asli Papua yang hidup dalam wilayah dan terikat serta tunduk kepada adat tertentu dengan rasa solidaritas yang tinggi di antara para anggotanya. Hak-hak masyarakat adat tersebut meliputi hak ulayat masyarakat hukum adat dan hak perorangan para warga masyarakat hukum adat yang bersangkutan. Hak Ulayat adalah hak persekutuan yang dipunyai oleh masyarakat hukum adat tertentu atas suatu wilayah tertentu yang merupakan lingkungan hidup para warganya, yang meliputi hak untuk memanfaatkan tanah, hutan, dan air serta isinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## **2.4 Profil Kesehatan**

Dalam menilai derajat kesehatan masyarakat, terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan, yaitu : mortalitas (angka kematian bayi, angka kematian balita dan angka kematian ibu), morbiditas dan status gizi masyarakat.

### **2.4.1 Angka Kematian Bayi**

Angka kematian bayi adalah jumlah yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. AKB merupakan indikator yang biasanya digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu banyak upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka menurunkan AKB. Menurut hasil SDKI terjadi penurunan AKB sejak tahun 1991. Pada tahun 1991 diestimasikan AKB sebesar 68 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan hasil SDKI 2007 mengestimasi AKB sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup. Hasil estimasi tersebut memperhitungkan Angka Kematian bayi dalam periode 5 tahun terakhir sebelum survey, misalnya pada SDKI 2007 diperoleh AKB untuk periode 5 tahun sebelumnya yaitu tahun 2003-2007 sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup.

AKB untuk Papua sendiri sebesar 36 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan pada Kabupaten Kepulauan Yapen data yang ditampilkan hanya bentuk jumlah bukan angka karena Kabupaten Kepulauan Yapen belum melakukan Survey tentang angka kematian bayi . Data jumlah kematian bayi yang dilaporkan tahun 2010 sebanyak 8 bayi dari 1.847 kelahiran hidup (4 per 1.000 kelahiran hidup).

Tabel.2.1. Jumlah Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup  
Kabupaten Kepulauan Yapen

No	Tahun	Jumlah Kematian Bayi per 1.000 KH	Keterangan
1	2006	24,53	Data lap. Pusk
2	2007	8,82	Data lap. Pusk
3	2008	12,62	Data lap. Pusk
4	2009	7	Data lap. Pusk
5	2010	4	Data lap. Pusk

*Sumber Data : Profil Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen, 2010*

#### 2.4.2 Angka Kematian Balita

Millenium Development Goals (MDGs) menetapkan nilai normative AKABA, yaitu sangat tinggi dengan nilai  $> 140$ , tinggi dengan nilai  $71 - 140$ , sedangkan dengan nilai  $20 - 70$  dan rendah nilai  $< 20$ . SDKI tahun 2007 mengestimasi nilai AKABA sebesar 44 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan estimasi untuk periode 5 tahun sebelum survey (2003 – 2007).

Angka kematian balita untuk propinsi Papua sebesar 64 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan untuk Kabupaten Kepulauan Yapen Data yang ditampilkan hanya bentuk jumlah bukan angka karena Kabupaten Kepulauan Yapen belum melakukan Survey tentang angka kematian balita. Data jumlah kematian balita yang dilaporkan tahun 2010 sebanyak 10 balita dari 1.847 kelahiran hidup ( 5 per 1000 kelahiran hidup)

Tabel 2.2. Jumlah Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010

No	Tahun	Jumlah Kematian Balita per 1.000 KH	Keterangan
1	2006	8,1	Data lap. Pusk
2	2007	8,82	Data lap. Pusk
3	2008	14,52	Data lap. Pusk
4	2009	8,06	Data lap. Pusk
5	2010	5	Data lap. Pusk

*Sumber Data : Profil Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen, 2010*

Ada banyak faktor yang mempengaruhi tingkat Angka Kematian Balita tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor kurang dominan. Jumlah kematian balita yang dilaporkan puskesmas belum menunjukkan angka yang sebenarnya, karena pelaporan dari puskesmas belum optimal, masih adanya petugas tidak berada di tempat tugas dan cakupan pelayanan Kesehatan Ibu Anak (KIA) belum menjangkau seluruh masyarakat sampai ke kampung-kampung.

#### 2.4.3 Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI mengacu pada jumlah kematian yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI untuk periode 5 tahun sebelum survey (2003-2007) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dibandingkan AKI hasil SDKI tahun 2002 – 2003 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup.

Gambar 2.2. Pencapaian dan Proyeksi Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 1994 -2015



Untuk Propinsi Papua sendiri mencapai 396 per 100.000 kelahiran hidup, dan Kabupaten Kepulauan Yapen Untuk mengetahui besaran masalah kesehatan ibu, indikator yang digunakan adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Perhitungan AKI disetiap Puskesmas sulit dilakukan karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000 kelahiran hidup. Untuk mengurangi bias perhitungan AKI yang direkomendasikan oleh WHO dalam 100.000 kelahiran hidup maka digunakan Ratio Kematian Ibu. Untuk menghitung rasio kematian ibu di Kabupaten Kepulauan Yapen tidak dapat dilakukan karena angka kelahiran di Kabupaten Kepulauan Yapen kurang dari 100.000 kelahiran hidup bahkan jumlah penduduk sekitar 93.626 Jiwa jadi data yang ditampilkan hanya bentuk jumlah bukan angka karena Kabupaten Kepulauan Yapen belum melakukan Survey tentang angka kematian Maternal dan berdasarkan hasil pencatatan dari fasilitas kesehatan.

Tabel 2.3 Jumlah Kematian Ibu per 1000 Kelahiran Hidup  
Kabupaten Kepulauan Yapen

No	Tahun	Jumlah Kematian Ibu per 1000 KH	Keterangan
1	2006	4	Data lap. Pusk
2	2007	3,92	Data lap. Pusk
3	2008	4,41	Data lap. Pusk
4	2009	5	Data lap. Pusk
5	2010	3	Data lap. Pusk

*Sumber Data : Profil Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen, 2010*

Untuk mengantisipasi masalah ini maka diperlukan terobosan-terobosan dengan mengurangi peran dukun dan meningkatkan peran Bidan. Harapan kita agar Bidan di Desa benar-benar sebagai ujung tombak dalam upaya penurunan AKB (IMR) dan AKI (MMR). Selain itu melalui pengembangan Desa Siaga dengan pembangunan POSKESKAM yang merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam menurunkan AKI.

#### 2.4.4 Status Gizi

Gambaran status gizi balita dengan indikator BB/U berdasarkan hasil Riskesdes tahun 2010 menunjukkan bahwa propinsi dengan prevalensi balita gizi buruk adalah Gorontalo sebesar 11,2%, Nusa Tenggara Barat sebesar 10,6% dan Kalimantan Barat sebesar 9,5 %. Sedangkan prevalensi balita gizi buruk terendah terdapat di Yogyakarta sebesar 1,4 %, diikuti Bali 1,7% dan DKI Jakarta sebesar 2,6 %. Permasalahan gizi kronis yang diindikasikan melalui indikator antropometri TB/U menunjukkan bahwa prevalensi balita sangat pendek, paling tertinggi terdapat di Propinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 30,9%, Papua Barat sebesar 28,6 % dan Nusa Tenggara Barat sebesar 27,8 %. Sedangkan propinsi dengan prevalensi balita sangat pendek terendah adalah DI Yogyakarta sebesar 10,2 %, Kepulauan Riau sebesar 11,4 % dan Kepulauan Bangka Belitung sebesar 12,5 %. Permasalahan gizi bersifat akut yang dapat diketahui melalui indikator BB/TB menunjukkan gambaran bahwa prevalensi balita sangat kurus tertinggi terdapat di Propinsi Jambi sebesar 11,3 %, Bengkulu sebesar 9,7 % dan Riau sebesar 9,2 %. Sedangkan propinsi dengan prevalensi balita sangat pendek terendah adalah Kepulauan Bangka Belitung sebesar 1,7 %, Kepulauan Riau 2 %

dan Sulawesi Utara sebesar 2,6 %. Gambaran status gizi pada kelompok umur > 18 tahun dapat diketahui melalui prevalensi gizi berdasarkan indicator Indeks Massa Tubuh (IMT), dengan kategori kurus tertinggi terdapat pada propinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 19,7 %, Kalimantan Selatan 18,6 % dan DI Yogyakarta sebesar 17,5 %. Sedangkan prevalensi kurus terendah terdapat di Propinsi Sulawesi Utara sebesar 6 %, Kalimantan Timur 8,4 % dan Sumatera Utara sebesar 8,7 %.

Persentase balita dengan gizi buruk Balita dengan gizi buruk adalah balita yang berat badannya di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat).

Tabel 2.4 Persentase Balita Gizi Buruk yang ditemukan di Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010

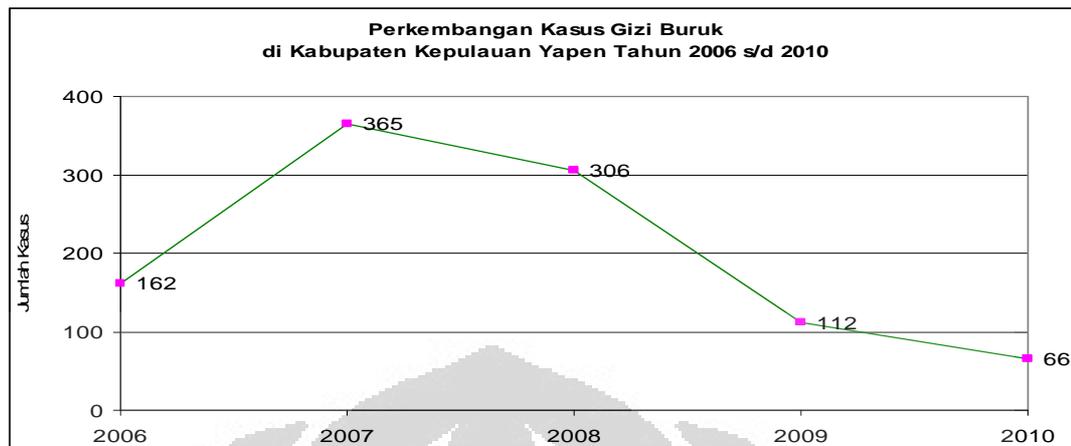
No	Tahun	Persentase balita gizi buruk	Keterangan
1	2006	162 (2,22%)	
2	2007	365 (4,33%)	
3	2008	306 (2,69%)	
4	2009	112 (1,20%)	
5	2010	66 (0,79)	

Sumber data : Profil Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen, 2010

Dari tabel diatas terlihat bahwa persentase kasus gizi buruk yang ditemukan di Kabupaten Kepulauan Yapen Periode Januari- Desember Tahun 2010 untuk balita sebesar 66 (0,79%), ini menunjukkan bahwa persentase kasus gizi buruk semakin menurun dari tahun 2009 sebanyak 112 (1,20%), dan pada tahun 2010 sebanyak 66 (0,79) sudah mencapai target Nasional yaitu <1% dan diharapkan semakin menurun lagi.

Trend Kasus Gizi Buruk Kab. Kepulauan Yapen dapat dilihat pada grafik 4.4 dibawah ini :

**Grafik. 2.1. Perkembangan Kasus Gizi Buruk**



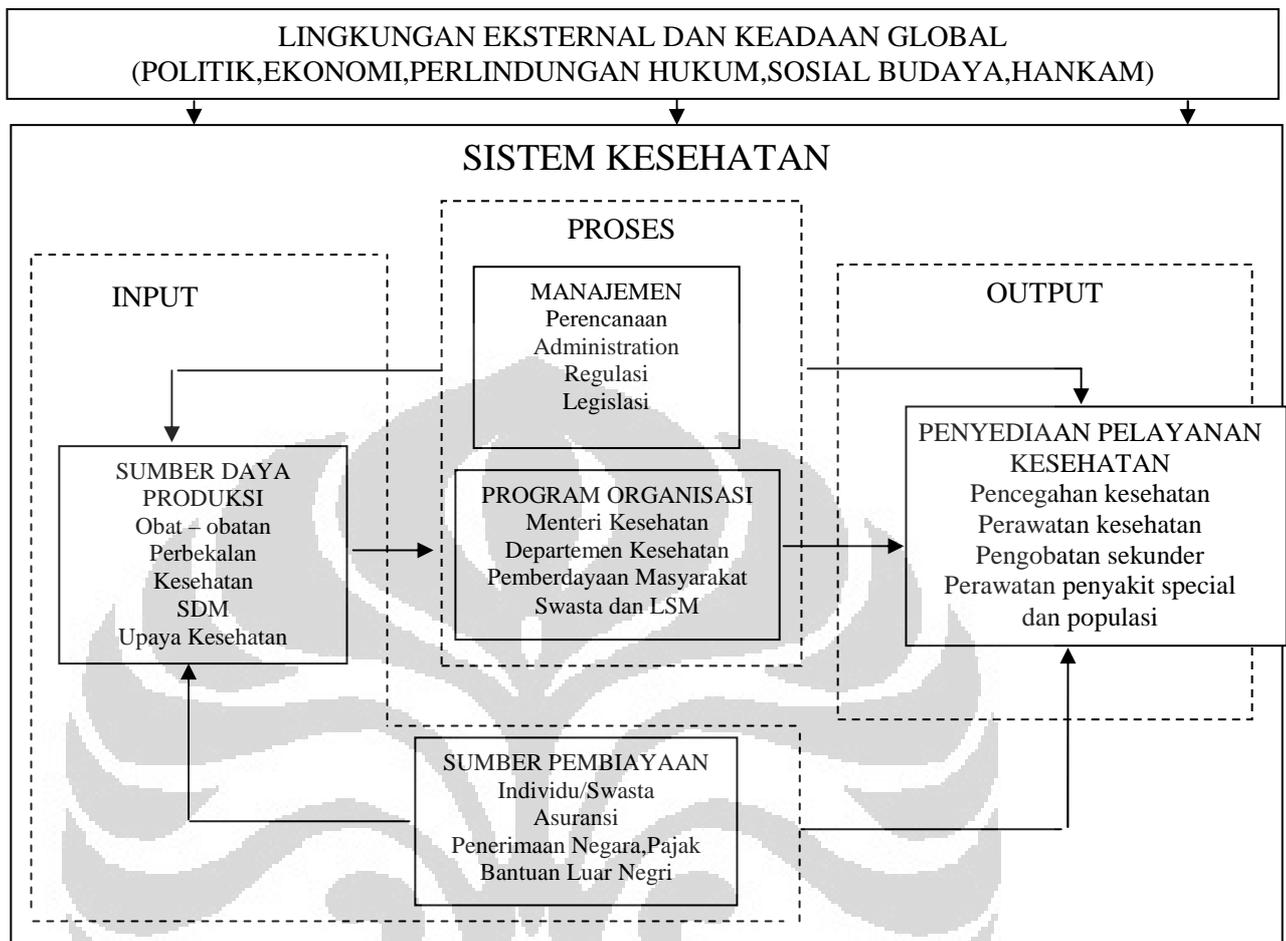
*Sumber : Profil Kesehatan Dinas Kesehatan*

Jika kita melihat perkembangan status gizi balita dari tahun 2006 ke 2007, khususnya untuk kasus gizi buruk mengalami siklus naik dan kenaikan sebesar 203 kasus gizi buruk. Pada tahun 2008 mengalami penurunan sebesar 59 kasus gizi buruk dan pada tahun 2009 terjadi penurunan sebesar 194 kasus gizi buruk dan pada tahun 2010 menurun lagi sebesar 46 kasus. Trend ini harus mendapat perhatian lebih agar kasus gizi buruk di kabupaten Kepulauan Yapen dapat diturunkan secara konsisten.

## **2.5 Tinjauan Sistem Kesehatan**

Sistem kesehatan yang ditetapkan berdasarkan Undang – Undang, merupakan salah satu cara dalam pemenuhan hak-hak masyarakat dalam suatu Negara. Dalam penyelenggarannya banyak dipengaruhi oleh bukan hanya oleh faktor internal dalam sistem tersebut, tetapi banyak dipengaruhi faktor lingkungan eksternal, ruang lingkup penyelenggaraan sistem kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar.2.3. Penyelenggaraan Sistem Kesehatan



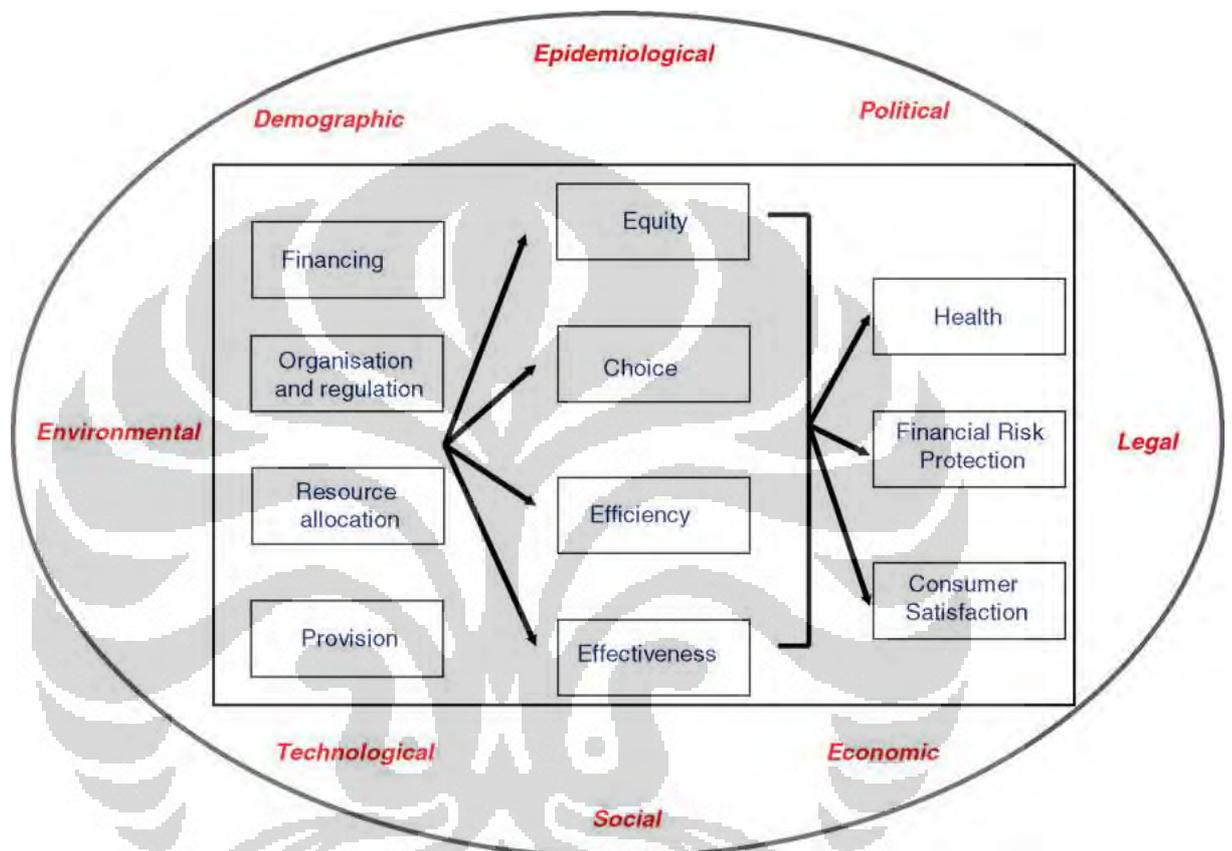
Sumber : (1)

Dalam pelaksanaan penyelenggaraan sistem kesehatan, untuk mencapai output yang diharapkan adanya unsure yang saling keterkaitan antara input, proses dan output.

Sistem kesehatan ini merupakan wujud sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia guna tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, sehingga perlunya keterbukaan dalam mengembangkan diri dan melihat setiap peluang dengan dunia internasional, misalnya kerja sama dalam bidang kesehatan dengan berbagai lembaga internasional dan regional lain yang terkait perlu ditingkatkan, seperti UNDP, UNICEF, UNFPA, dan ASEAN, termasuk pendanaan dari *Global Fund*. Dalam integrasi program mempunyai beberapa aspek yang dapat terjadi pada berbagai sistem kesehatan, dan masing – masing aspek berhubungan dengan fungsi sistem kesehatan secara kritis, yang meliputi : Penatalayanan dan

Pemerintah, Pembiayaan, Perencanaan, Pelayanan, Monitoring dan Evaluasi, dan Kebutuhan Generasi.<sup>(22-25)</sup>

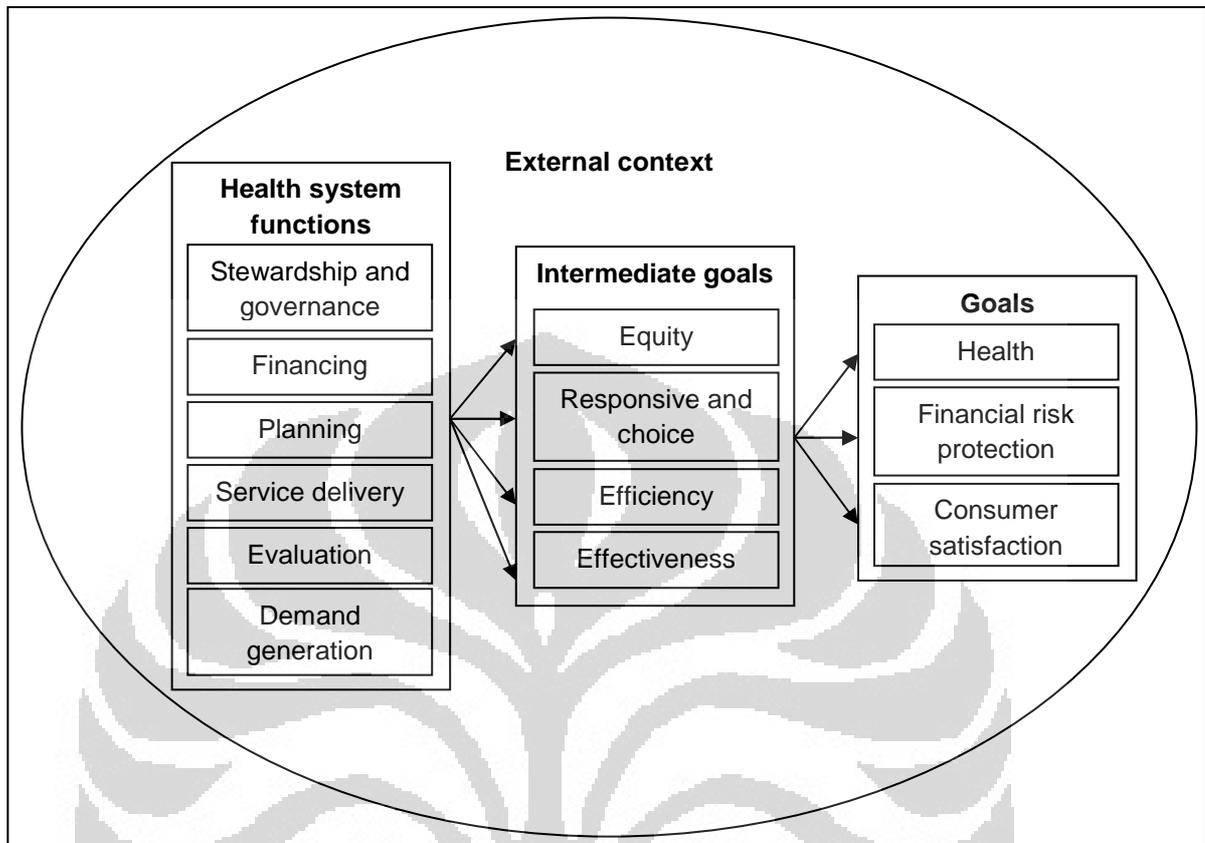
Berikut merupakan gambaran analisis dalam sistem kesehatan :<sup>(26)</sup>



Sumber : Atun (2006)

Dari analisis sistem kesehatan, jika dimasukkan fungsi dalam sistem kesehatan, maka akan dapat dilihat dalam gambar berikut :<sup>(27)</sup>

Gambar 2.4. Kerangka Konseptual



Sumber : Atun and Menabde 2008

### 2.5.1 Penatalayanan dan Pemerintahan

Indonesia telah melalui proses reformasi politik dan administrative yang sangat pesat sejak tahun 1998. Salah satu komponen reformasi ini adalah perubahan dari bentuk pemerintahan yang sentralistis menjadi struktur yang terdesentralisasi. Dengan devolusi berbagai fungsi pemerintahan ke tingkat Kabupaten/Kota, desentralisasi memperkuat kewenangan dan member tanggung jawab yang lebih besar kepada pemerintah daerah. Dalam pelaksanaannya ada dua tujuan berbeda yang banyak menimbulkan komplikasi perbedaan penafsiran tentang kewenangan pusat dan daerah, yaitu tujuan ekonomi, untuk mewujudkan kesejahteraan melalui penyediaan pelayanan public yang lebih merata dan memperpendek rentang antara penyedia pelayanan publik dan masyarakat lokal. Tujuan Politik, untuk demokratisasi pemerintah daerah melalui pertanggungjawaban langsung kepala daerah kepada kontituen mereka di daerah.<sup>(28)</sup>

Desentralisasi dalam kerangka pembangunan kesehatan dimaksudkan untuk lebih mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan lebih memperpendek jalur birokrasi pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Dengan sistem desentralistik diharapkan pembangunan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan masalah kebutuhan kesehatan dan potensi daerah, serta adanya keterlibatan masyarakat yang besar dalam pembangunan kesehatan di daerahnya.<sup>(1)</sup>

Dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan, masih banyak mengalami hambatan, diantaranya yaitu : Masalah pertama adalah belum sinkronnya antara kebijakan, perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan. Dalam hubungannya dengan sektor lain terdapat lemahnya sinergisme dalam penyusunan kegiatan lintas program. Di samping itu, ada penggunaan indikator yang tidak konsisten. Dalam konteks desentralisasi, terdapat gejala belum sinkronnya perencanaan pusat dan daerah. Di dalam lingkup proses perencanaan disadari kesulitan untuk merubah *mindset* dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" kepada "*performance based-budgeting*". Faktor lain adalah terbatasnya SDM yang dapat menunjang upaya perencanaan pembangunan kesehatan, serta tidak lancarnya pelaporan kegiatan dan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu perencanaan pembangunan kesehatan.<sup>(29)</sup>

Dalam tatanan kelembagaan Pemerintah yang berlaku terutama lingkungan Departemen dan Lembaga Non Departemen, pelaksanaan tugas – tugas pemerintahan diwadahi dalam suatu organisasi tertentu sesuai dengan karakteristiknya.

### 2.5.2 Pembiayaan

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu Negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas.<sup>(30)</sup>

Saat ini, pemerintah daerah merupakan pihak utama dalam penyediaan fasilitas kesehatan. Jumlah pengeluaran daerah untuk kesehatan terhadap total pengeluaran kesehatan meningkat dari 10 persen sebelum desentralisasi menjadi 50 persen pada tahun 2001. Hal ini dapat membuat pola pengeluaran kesehatan menjadi lebih responsif terhadap kondisi lokal dan keragaman pola penyakit. Akan tetapi hal ini akan berdampak juga pada hilangnya skala ekonomis, meningkatnya ketimpangan pembiayaan kesehatan secara regional dan berkurangnya informasi kesehatan yang penting.

Pembiayaan kesehatan saat ini lebih banyak dikeluarkan dari uang pribadi, dimana pengeluaran kesehatan yang harus dikeluarkan oleh seseorang mencapai sekitar 75-80 persen dari total biaya kesehatan dan kebanyakan pembiayaan kesehatan ini berasal dari uang pribadi yang dikeluarkan ketika mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan. Secara keseluruhan, total pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan sejumlah negara tetangga (US \$ 16 per orang per tahun pada 2001). Hal ini disebabkan oleh rendahnya pengeluaran pemerintah maupun pribadi untuk kesehatan. Lebih lanjut, cakupan asuransi amat terbatas, hanya mencakup pekerja di sektor formal dan keluarga mereka saja, atau hanya sekitar sepertiga penduduk dilindungi oleh asuransi kesehatan formal. Meski demikian mereka yang telah diasuransikan pun masih harus mengeluarkan sejumlah dana pribadi yang cukup tinggi untuk sebagian besar pelayanan kesehatan. Akibatnya kaum miskin masih kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah. Dampaknya, mereka menerima lebih sedikit subsidi dana pemerintah untuk kesehatan dibandingkan dengan penduduk yang kaya. Sebanyak 20 persen penduduk termiskin dari total penduduk menerima kurang dari 10 persen total subsidi kesehatan pemerintah sementara seperlima penduduk terkaya menikmati lebih dari 40 persen.<sup>(29)</sup>

Menurut WHO untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan anggaran minimal 5% - 6% dari total APBN suatu Negara, sedangkan alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM (upaya kesehatan masyarakat) dan UKP (upaya kesehatan perorangan) dilakukan melalui penyusunan anggaran

pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurang – kurangnya 5 % dari PDB atau 15 % dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.<sup>(30)</sup>

Meskipun tiap-tiap negara mempunyai perbedaan dalam reformasi pembiayaan kesehatannya bergantung dari isu-isu dan tantangannya sendiri, akan tetapi pada dasarnya dalam banyak hal karakteristiknya sama karena kesemua hal itu diarahkan untuk mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional, regional dan internasional. Organisasi kesehatan se-dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut: 1) meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan, 2) mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, 3) pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial (SHI), 4) penggalan dukungan nasional dan internasional, 5) penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional, 6) pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah, serta 7) pemantauan dan evaluasi.

### 2.5.3 Perencanaan

Dari berbagai fungsi administrasi yang dikenal, yang terpenting diantaranya adalah fungsi perencanaan, mudah dipahami karena berbagai fungsi administrasi lainnya baru berperan apabila fungsi perencanaan telah selesai dilaksanakan lebih dari pada itu. Pentingnya kedudukan dan peranan perencanaan makin bertambah nyata, apabila upaya kesehatan masyarakat yang dibicarakan pada pelaksanaan berbagai upaya kesehatan masyarakat, banyak pengaturan yang diperlukan, tidak hanya menyangkut masalah – masalah kesehatan saja, tetapi juga pada masalah kemasyarakatan secara keseluruhan.

Perencanaan kesehatan merupakan sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan

berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja. Fakta-fakta diungkap dengan menggunakan data untuk menunjang perumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternative tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan untuk mengerjakan sesuatu di masa akan datang, yaitu suatu tindakan yang diproyeksikan di masa yang akan datang.

Sesuai dengan amanat UU No.25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, maka telah disusun Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 – 2014, perencanaan ini bersifat indikatif dan memuat berbagai program dengan penekanan pencapaian sasaran Prioritas Nasional, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan MDGs. Sehingga dalam pembangunan kesehatan 2010 – 2014 difokuskan pada delapan prioritas, yaitu : <sup>(31)</sup>

- 2.5.3.1 Peningkatan kesehatan ibu, bayi, balita dan keluarga berencana
- 2.5.3.2 Perbaikan status gizi masyarakat
- 2.5.3.3 Pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular diikuti penyehatan lingkungan
- 2.5.3.4 Pemenuhan, pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan
- 2.5.3.5 Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu dan penggunaan obat serta pengawasan obat dan makanan
- 2.5.3.6 Pengembangan sistem jaminan kesehatan masyarakat
- 2.5.3.7 Pemberdayaan masyarakat dan penanggulangan bencana dan krisis kesehatan
- 2.5.3.8 Peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier.

#### 2.5.4 Pelayanan

Pembangunan kesehatan yang telah diselenggarakan selama ini telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna, meskipun belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk Indonesia, sehingga salah satu prioritas pembangunan adalah pembangunan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, yang diarahkan pada kawasan Timur Indonesia, dengan

memperhatikan tuntutan dan kebutuhan masyarakat setempat serta sesuai dengan perkembangan dan permasalahan yang dihadapi. <sup>(32)</sup>

Tantangan bagi pemerintahan yang akan datang ialah bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tugas yang paling penting ialah memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan utama, meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan, melibatkan peran swasta, mengevaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi, termasuk juga menyangkut isu tenaga kesehatan. Dan yang sering menjadi permasalahan dalam pelayanan kesehatan adalah ketenagaan. Pada saat ini rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target. Sampai dengan tahun 2008, rasio tenaga kesehatan masih belum mencapai target per 100.000 penduduk sesuai tahun 2008, seperti untuk dokter spesialis 7,73 per 100.000 penduduk (target 9 per 100.000 penduduk), dokter umum sebesar 26,3 per 100.000 penduduk (target 30 per 100.000 penduduk), dokter gigi sebesar 7,7 per 100.000 penduduk (target 11 per 100.000 penduduk), perawat sebesar 157,75 per 100.000 penduduk sudah mendekati target 158 per 100.000 penduduk, dan bidan sebesar 43,75 per 100.000 penduduk jauh dari target 75 per 100.000 penduduk. Masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan, seperti dokter umum pada tahun 2007-2010 sebanyak 26.218 orang, dokter spesialis sebanyak 8.860 orang, dokter gigi sebanyak 14.665 orang, perawat sebanyak 63.912 orang, bidan sebanyak 97.802 orang, apoteker sebanyak 11.027 orang, kesehatan masyarakat sebanyak 9.136 orang, sanitarian sebanyak 13.455 orang, tenaga gizi sebanyak 27.127 orang, terapi fisik sebanyak 4.148 orang, dan teknis medis sebanyak 3.838 orang. Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan untuk daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan tahun demi tahun diupayakan untuk ditingkatkan. <sup>(31)</sup>

Tenaga Kesehatan merupakan salah satu isu utama yang mendapat perhatian terutama yang terkait dengan jumlah, jenis dan distribusi, selain itu juga terkait dengan pembagian kewenangan dalam pengaturan SDM Kesehatan (PP No. 38 tahun 2000 dan PP No. 41 tahun 2000 ). Oleh karena itu, diperlukan penanganan

lebih seksama yang didukung dengan regulasi yang memadai dan pengaturan insentif, *reward-punishment*, dan sistem pengembangan karier. Kompetensi tenaga kesehatan belum terstandarisasi dengan baik. Hal ini disebabkan karena saat ini baru ada satu standar kompetensi untuk dokter umum dan dokter gigi serta deskripsi pekerjaan tenaga kesehatan lainnya belum jelas. Kerangka hukum dalam pendidikan tenaga kesehatan di Indonesia, terutama dalam hal sertifikasi dan akreditasi di Indonesia perlu diperkuat, dalam kaitan dengan Undang-undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan Undang-undang No. 14 Tahun 2005 tentang Dosen. Perekrutan tenaga kesehatan oleh daerah rendah karena keterbatasan formasi dan dana.

Dalam menunjang pelayanan kesehatan, perlu adanya obat dan perbekalan kesehatan, ketersediaan obat esensial generik di sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2009 baru mencapai 78,02% dari target 95%, anggaran untuk obat esensial generik di sektor publik sebesar 20% dengan target setara dengan 2 USD perkapita.

#### 2.5.5 Akses Peningkatan Layanan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, “wawasan kesehatan” perlu dijadikan sebagai asas pokok program pembangunan nasional, dalam pelaksanaannya seluruh unsur atau subsistem dari SKN berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan yang diejawantahkan dalam bentuk program-program dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan.

Tantangan bagi pemerintahan yang akan datang ialah bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tugas yang paling penting ialah memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan utama, meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan, melibatkan

peran swasta, mengevaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi, termasuk juga menyangkut isu tenaga kesehatan sehingga akses pelayanan dapat ditingkatkan, baik bagi tenaga kesehatan maupun terhadap masyarakat.

Dalam program malaria, pemerintah bersama dengan *global fund* telah memberikan pelayanan kesehatan gratis dan obat – obatan serta pembagian kelambu, sehingga diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan. Selain itu untuk meningkatkan akses layanan yang sulit dijangkau pemerintah menggalang kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat, melalui informasi, komunikasi dan pendidikan.

#### 2.5.6 Monitoring dan Evaluasi

Keberhasilan suatu program dapat dilihat dari kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaannya, terukur atau akuntabel hasilnya, serta ada keberlanjutan aktivitas yang merupakan dampak dari program itu sendiri. Melalui kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) maka keberhasilan, dampak dan kendala pelaksanaan suatu program dapat diketahui. Ditinjau dari aspek pelaksanaan, monev memerlukan keterampilan petugas. Petugas adalah seorang evaluator yang terampil untuk mengumpulkan berbagai data yang sesuai dengan tujuan monitoring dan evaluasi. Selain itu, kejujuran, keuletan, dan penguasaan pengetahuan tentang monitoring dan evaluasi menjadi tututan kualifikasi petugas. Bila ditinjau dari aspek sistem monitoring dan evaluasi, maka staf yang terlibat dalam kegiatan ini harus mampu merencanakan, menyiapkan, melaksanakan dan melaporkan seluruh kegiatan monitoring dan evaluasi.

Monev yang dilakukan oleh petugas yang profesional, dan didukung dengan instrumen yang baku akan dapat diperoleh data obyektif. Data obyektif yang dianalisis dengan teknik yang tepat akan didapatkan informasi yang terpercaya untuk dasar pengambilan keputusan manajemen. Sehingga keputusan yang diambil tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

## 2.6 Hasil Penelitian Sistem Kesehatan dan *Global Fund* di Ghana

Republik Ghana terletak di Afrika Barat dan berbatasan di sebelah timur Republik Togo, di sebelah utara dan barat laut dengan Burkina Faso, dan di sebelah barat oleh Republik dari Pantai Gading. Jumlah penduduk Ghana berjumlah 23,5 juta orang, dengan pertumbuhan penduduk sebesar 2,2% sejak tahun 2001, rata-rata GDP riil pertumbuhan lebih dari 5%, dengan pertumbuhan 6,3% pada tahun 2007. Untuk fasilitas kesehatan, terdapat 49 % rumah sakit pendidikan, sector swasta sebanyak 21 %, Asosiasi Kesehatan Kristen Ghana (CHAG) 8 %, dan 17 % merupakan rumah bersalin swasta. Pada tahun 2003, pemerintah meluncurkan Skema Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS). Di bawah skema ini, orang dewasa bisa menerima perawatan medis terbatas dengan biaya tahunan sebesar US \$ 8, sedangkan anak – anak digratiskan apabila orang tuanya sudah terdaftar dan dana NHIS merupakan sumber utama pembiayaan kesehatan.<sup>(33)</sup>

### 2.6.1 Tujuan dan Metodologi

Pengumpulan data untuk studi kasus ini termasuk wawancara semi-terstruktur, pengamatan lapangan, dan pemeriksaan sumber data sekunder. Wawancara informan kunci dilakukan secara semistructured menggunakan serangkaian pertanyaan wawancara berdasarkan toolkit Penilaian sistemik Cepat (SYSRA) dan disesuaikan dengan analisis integrasi intervensi kesehatan . Analisis kami difokuskan pada HIV / AIDS dan program TB di tingkat pusat daerah dan kabupaten levels. We melakukan total 40 wawancara individual dan kelompok, dipilih secara purposive atau dengan bola salju untuk menyertakan beragam pelaksana, pembuat kebijakan, dan mitra. Dua kabupaten nyaman dipilih di wilayah tetangga barat ibukota dikunjungi, dan tersebut, regional dan kabupaten staf kesehatan manajemen program nodal petugas dan manajer dari fasilitas kesehatan diwawancarai. Bagian yang relevan dari wawancara itu kira-kira kode untuk memetakan data ke sistem kesehatan fungsi. Data sekunder sumber (kertas strategi nasional misalnya, laporan tahunan, laporan evaluasi, proposal *Global Fund*) dianalisis dengan cara tematik serupa. Primer dan sekunder sumber data

dibandingkan untuk validasi internal temuan.

## 2.6.2 Hasil

### 2.6.2.1 Kepemimpinan dan Pemerintah

Proses reformasi sektor kesehatan dimulai pada pertengahan tahun 1990, pemerintah melakukan reorganisasi struktural di lingkungan Departemen Kesehatan sebagai pengatur penyediaan layanan. Tanggung jawab untuk penyediaan layanan Kesehatan di Ghana adalah GHS sebagai penyedia layanan utama, bersama dengan rumah sakit pendidikan / lembaga khusus, organisasi pemerintah, dan sektor swasta termasuk organisasi non-pemerintah (LSM) dan sistem tradisional. Sebagai salah satu penerima manfaat dari Inisiatif HIPC, Ghana telah mendapatkan manfaat yang besar dari arus masuk sumber daya eksternal, terhitung hampir 30% dari total pengeluaran kesehatan pada tahun 2003 dan sekitar 22% pada 2006. Para pembuat kebijakan menyadari bahwa kebutuhan untuk mengembangkan strategi mitra donor lebih baik dalam konteks kebijakan sektor kesehatan secara keseluruhan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, sementara untuk melindungi sistem nasional terhadap perkembangan struktur parallel, pemerintah mengambil SWAp, untuk pengembangan sector strategi yang akan merangkul semua sumber dana dan membentuk perencanaan dasar dan alokasi sumber daya oleh Depkes dan mitra donor, yang dimulai strategi jangka menengah. Negara ini sedang mengimplementasikan kerangka kerja strategis ketiga (2007-2011), "Menciptakan pemasukan Melalui Kesehatan, dengan tujuan mencapai pendapatan menengah pada tahun 2015. Pengaturan manajemen, sistem koordinasi dengan mitra untuk pengembangan dan pelaksanaan program kerja tahunan; dan evaluasi kemajuan terhadap target yang ditetapkan, sehingga proyek donor berinteraksi secara bertahap dan sistematis ke dalam sebuah sektor program.

Dalam proyek *Global Fund* sebagai sumber dana untuk program AIDS / TB / Malaria telah dapat diintegrasikan ke dalam sistem yang ada, sejalan dengan tujuan strategis nasional.

### 2.6.2.2 Pembiayaan

Dukungan dana global untuk HIV / AIDS menyumbang 40% dari total pengeluaran pada tahun 2007 (estimasi anggaran) dan 57% pada tahun 2008 (estimasi anggaran). Pada tahun 2007 *Global Fund* didukung lebih dari 85% dari Pengendalian Program Nasional AIDS (NACP). Kontribusi *Global Fund* untuk Program Pengendalian TB Nasional yaitu 95% dari anggaran tahun 2006 (tidak termasuk gaji dan pengeluaran Pemerintah Ghana (GoG) pada sistem kesehatan secarsa umum). Sektor kesehatan telah melihat peningkatan dalam pendanaan secara keseluruhan, terutama disebabkan kenaikan dalam Dana internal Generated (IGF) dari NHIS, terhitung lebih dari 30% dari total anggaran tahun 2006. Dana donor telah menurun dari 12,7% pada 2005 menjadi 3,4% pada tahun 2007, sebagai dukungan anggaran wasbrought sejalan dengan Deklarasi Paris dan Harmonisasi Ghana dan Rencana Alignment.

Menurut informan, bahwa dengan tidak adanya dukungan *global fund*, maka tidak akan layak untuk intervensi HIV/AIDS ataupun pengendalian TB. Dengan mengacu pada pengaturan kelembagaan untuk pembiayaan HIV / AIDS , Ghana membentuk Komisi Penanggulangan AIDS (GAC) pada tahun 2001 sebagai badan yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan secara luas, pendekatan multi-sektoral untuk HIV / AIDS. (Kerangka Strategis Nasional II: 2006-2010). Komisi ini mengawasi dan mengkoordinasikan pendanaan untuk semua intervensi HIV / AIDS, termasuk tanggapan sektor kesehatan. Dukungan *Global Fund* dianggap sebagai dana langsung ke badan pelaksana (Depkes / GHS). Dalam rangka meminimalkan duplikasi kegiatan dan untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang langka, beberapa informan kunci menyatakan perlunya peningkatan koordinasi antara mitra pelaksana GAC dan lainnya, termasuk NACP.

Berbeda dengan program TB, di mana dana yang disalurkan melalui rekening daerah / kabupaten, pembagian program HIV / AIDS mengelola sebagian besar dana (80% untuk obat, komoditas, dan infrastruktur / peralatan untuk HIV /

AIDS), dengan sub-penerima (termasuk LSM / organisasi keagamaan sebesar 7% dari total pengeluaran). Hal ini mengakibatkan terbatasnya fleksibilitas di tingkat daerah dan kabupaten untuk merencanakan atau melaksanakan intervensi atau untuk Monitoring & Evaluasi. Sebagaimana disebutkan di atas, sistem kesehatan memiliki struktur di tempat untuk menangkap pengeluaran berdasarkan sumber dan oleh aktivitas, termasuk untuk hibah *Global Fund*. *Global Fund* sebagai sumber utama pendanaan sektor kesehatan, yang menjadi tantangan jika terjadi gangguan dari hibah atau kegagalan usulan pengajuan masa depan. Gangguan seperti itu bisa sangat membahayakan proses perencanaan nasional.

### 2.6.2.3 Tenaga Kesehatan

Permasalahan tenaga kesehatan di Ghana adalah keterampilan yang tidak memadai, kurangnya jumlah dan distribusi yang tidak tepat. Untuk meningkatkan retensi tenaga kerja, distribusi dan motivasi, pemerintah telah melakukan beberapa langkah. Ini termasuk tunjangan tugas tambahan, konsolidasi struktur gaji, kesempatan pelatihan yang lebih baik dan program beasiswa lain, serta pinjaman untuk perumahan.

Dukungan *Global Fund* telah memberikan kontribusi yang terkait dengan program pelatihan tenaga kerja, pelatihan dan partisipasi dalam lokakarya internasional / seminar, yang meningkatkan kepercayaan penyedia dan kualitas perawatan. Dikombinasikan dengan beban program pelatihan nasional, kegiatan tersebut oleh Ghis memiliki cenderung membebani sistem: laporan tahunan NACP mengamati terapi antiretroviral (ART) ditunda karena tidak tersedianya staf yang terlibat dalam program pelatihan yang berkelanjutan.

### 2.6.2.4 Medical Products, Vaksin, dan Teknologi

Semua informan sepakat bahwa proyek *Global Fund* telah memastikan ketersediaan obat-obatan berkualitas tinggi dengan harga kompetitif melalui mekanisme seperti Fasilitas Obat Global (GDF) dan Green Light Committee (GLC). Program HIV / AIDS telah mengembangkan sistem informasi manajemen

logistik dan melatih lebih dari 265 apoteker dan teknologi pengeluaran pada manajemen logistik obat antiretroviral (ARV). Laboratorium Kesehatan (nasional) mengkoordinasikan penyediaan perlengkapan laboratorium dan bahan habis pakai. Meskipun jelas ada kebutuhan dana tambahan untuk lebih memperkuat gudang dan transportasi, kegiatan tersebut belum dianggarkan di bawah hibah, menunjukkan kepemilikan yang lebih besar oleh sistem kesehatan nasional.

#### 2.6.2.5 Informasi

Permintaan informasi kesehatan untuk memantau kinerja berbasis pendanaan (input-proses-outputoutcome dan dampak) dikenal untuk mengerahkan tekanan besar pada staf proyek dan sistem kesehatan yang rapuh di sebagian besar negara berpenghasilan rendah, dan proyek yang didukung *Global Fund*. Meskipun proyek *Global Fund* telah didukung staf M & E pada tingkat kunci, beban pelaporan dan penekanan pada kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan telah menciptakan program yang vertikal. Ghana telah menginvestasikan dalam Sistem Manajemen Informasi Kesehatan Nasional (HMIS).

Integrasi dibuat sulit oleh permintaan untuk informasi tentang indikator yang tak terhitung, dan juga perubahan pada format pelaporan. Salah satu informan kunci pada staf dari mitra pembangunan menyarankan ironisnya bahwa akan menarik untuk menyelidiki apakah *Global Fund* atau badan-badan PBB, termasuk WHO, terdapat beban yang lebih pada tenaga kesehatan masyarakat dengan tuntutan informasi, mereka sering mengisi formasi laporan dan analitik publikasi.

#### 2.6.2.6 Pelayanan

TB dan HIV / AIDS telah secara sadar menggunakan sistem pelayanan yang ada untuk menggelar intervensi, dan, karena itu, dihindari menciptakan struktur paralel. Mengkoordinasikan dan intervensi program monitor, staf yang ada telah ditunjuk sebagai petugas, tetapi terus memberikan kontribusi untuk lainnya intervensi kesehatan masyarakat seperti kusta kontrol, guinea cacing kontrol dan promosi keluarga berencana. Perluasan konseling dan tes sukarela (VCT) layanan ke sub-distrik, dan fasilitas ART untuk tingkat kabupaten dan beberapa poliklinik,

Proyek *Global Fund* telah memberikan kontribusi signifikan untuk memperkuat pelayanan melalui perbaikan fasilitas kesehatan; penyediaan peralatan (mikroskop / auto-analisis); memastikan pasokan tak terputus dari obat TB berkualitas tinggi dan peningkatan akses terhadap ART, dan kendaraan untuk monitoring dan evaluasi, yang digunakan oleh sistem pada umumnya. Meskipun kontribusi yang penting, kritikus sering mengeluh bahwa mereka hanya mendukung program dan tidak sering mengarah pada peningkatan secara keseluruhan di daerah lain dalam layanan - seperti kepadatan kelembagaan, tenaga kerja kesehatan dan ketersediaan obat esensial - yang merupakan tantangan besar untuk sistem kesehatan . Meskipun dukungan GHI, swasta out-of-saku pengeluaran terus menjadi tinggi dan meningkat sebagai persentase dari pengeluaran sektor kesehatan secara keseluruhan.

#### 2.6.5.7 Komunitas / Masyarakat Sipil

Masyarakat sipil, termasuk FBO, telah menjadi mitra dengan sistem kesehatan publik untuk pemberian pelayanan kesehatan sedemikian rupa bahwa sebagian dari Asosiasi Kesehatan Kristen (CHAG). Proyek-proyek *Global Fund* telah memfasilitasi perluasan ini pengaturan formal dengan penyedia swasta individu dan asosiasi swasta. Namun, persepsi juga ada yang, dengan sejumlah besar uang yang dibuat tersedia telah terjadi lonjakan belum pernah terjadi sebelumnya dalam jumlah LSM, dan mengidentifikasi yang kredibel telah menjadi tantangan. Masukan telah sub-optimal untuk penguatan LSM lokal dan organisasi berbasis masyarakat

(CBO), dan sebagian besar sumber daya yang disalurkan melalui LSM internasional atau besar.

## 2.7 Gambaran *Global Fund*

Diawali pada bulan April 2001, pada pertemuan konperensi tingkat tinggi *Organization of African Unity* (OAU) tentang HIV/AIDS, *tuberculosis* (TB) dan penyakit infeksi lainnya di Abuja-Nigeria lalu, Perserikatan Bangsa-Bangsa

dengan sekretaris Jenderal PBB Kofi Annan meminta tambahan USD 10 miliar per tahun untuk memerangi HIV/AIDS dan pembentukan *The Global Fund* (GFATM) untuk memobilisasi sumber daya tersebut. *The Global Fund* yang telah terbentuk ini, telah menjadi sumber utama pembiayaan untuk program-program untuk memerangi AIDS, tuberkulosis dan malaria, dengan menyetujui pendanaan sebesar USD 19.3 miliar di 144 negara. Memberikan seperempat (1/4) dari seluruh pembiayaan internasional untuk AIDS secara global, dua pertiga (2/3) untuk TBC dan tiga perempat (3/4) untuk malaria. Pendanaan *The Global Fund* ini, memungkinkan negara untuk memperkuat sistem kesehatan misalnya, membuat perbaikan infrastruktur dan memberikan pelatihan bagi mereka yang memberikan layanan. *The Global Fund* tetap berkomitmen untuk bekerja dalam kemitraan untuk meningkatkan perjuangan melawan ke tiga penyakit dan untuk mewujudkan visi sebuah dunia yang bebas dari beban AIDS, TB dan malaria.

#### 2.7.1 Tujuan Organisasi *The Global Fund* (GFATM)

*The global fund* merupakan organisasi internasional *non* pemerintah yang bergerak dalam bidang kesehatan, yang bertujuan untuk menarik, menyalurkan dan mengelola sumber daya untuk memerangi HIV/AIDS, tuberkulosis dan malaria. Tujuan utama *the global fund* itu sendiri yaitu untuk mengurangi angka penyebaran infeksi akan ketiga penyakit tersebut dan juga mencegah angka kematian akan ketiga penyakit tersebut. Kemudian untuk mengurangi tingginya tingkat penyebaran penyakit dan angka kematian, *the global fund* memiliki aturan tersendiri tentang apa saja yang akan menjadi bagian dari pendana terhadap sebuah negara. Melalui dari setiap proposal negara yang membutuhkan, maka *the global fund* hanya akan mendanai proposal dari negara yang mengajukan proposal tersebut yang dapat menjelaskan dengan baik mengenai kondisi negara pada saat itu, serta program-program apa saja yang akan didanai guna mengatasi permasalahan kesehatan yang ada.

### 2.6.1. Prinsip-prinsip Cara Kerja *The Global Fund*

Dalam cara berkerjanya *The Global Fund* memiliki prinsip-prinsip, dan ini sepenuhnya dijelaskan dalam kerangka dokumen *The Global Fund*, yaitu :

- 2.6.1.1 Beroperasi sebagai alat keuangan, bukan merupakan wujud pelaksana. Yaitu tujuan *The Global Fund* adalah untuk menarik, menyalurkan dan mengelola sumber daya untuk memerangi AIDS, tuberkulosis dan malaria. *The Global Fund* tidak melaksanakan program secara langsung, hanya mengandalkan pada jaringan kemitraan yang luas dengan organisasi pembangunan lainnya di lapangan untuk memasok pengetahuan lokal dan bantuan teknis yang diperlukan.
- 2.6.1.2 Menyediakan dan memanfaatkan sumber keuangan tambahan. *The Global Fund* dituntut dengan meningkatkan uang dalam jumlah besar yang tidak menggantikan atau mengurangi sumber-sumber lain untuk memerangi AIDS, tuberkulosis, dan malaria. Ini merupakan kesenjangan dalam upaya negara untuk memerangi ketiga penyakit dan memperkuat sistem kesehatan dasar dengan program-program pembiayaan yang melengkapi dan berusaha untuk menggunakan dana sendiri untuk merangsang investasi lebih lanjut baik dengan donor dan penerima.
- 2.6.1.3 Mendukung program-program yang berkembang dari rencana nasional dan prioritas nasional. *The Global Fund* yang inovatif, ialah contoh program keuangan yang dikembangkan oleh negara-negara penerima itu sendiri sesuai dengan rencana strategis nasional dan prioritas kesehatan mereka. Syaratnya, bahwa semua bidang masyarakat dengan kepentingan dalam kesehatan masyarakat dilibatkan dalam proses pembangunan, termasuk masyarakat sipil dan sektor swasta, dan memastikan program yang kuat dan yang meliputi banyak hal.
- 2.6.1.4 Beroperasi secara seimbang dalam hal diberbagai wilayah, penyakit dan intervensi. Dalam hal ini *The Global Fund* memberikan prioritas kepada program-program pembiayaan dari negara-negara dengan pendapatan rendah dan beban penyakit yang tinggi, meskipun juga akan mempertimbangkan program-program dari negara-negara untuk

pendapatan yang lebih tinggi, setelah memastikan bahwa uang yang mana yang akan paling dibutuhkan untuk membantu.

- 2.6.1.5 Mengejar untuk terpadu dan pendekatan yang seimbang untuk pencegahan dan pengobatan. Dalam kategori ini *The Global Fund* mengambil pendekatan yang meliputi banyak hal untuk AIDS, tuberkulosis dan malaria, baik mendanai pencegahan dan pengobatan yang ditentukan berdasarkan kebutuhan lokal.
- 2.6.1.6 Mengevaluasi proposal melalui proses tinjauan yang independen. Dalam hal ini penggunaan *The Global Fund* dari *independent Technical Review Panel* memastikan bahwa sumber daya yang terbatas, diinvestasikan dalam program-program yang dapat diandalkan secara teknis dengan peluang kesuksesan terbesar. *Panel* ialah mencakup ahli penyakit, serta ahli di bidang embangunan yang mampu menilai bagaimana yang diusulkan untuk melengkapi program kesehatan yang sedang berlangsung dan upaya penanggulangan kemiskinan di tingkat negara.
- 2.6.1.7 Beroperasi dengan transparansi dan dalam keadaan yang dapat ditanggung jawabkan. *The Global Fund* dalam hal ini menyelenggarakan penerima bertanggung jawab untuk standar yang ketat, bagi yang memerlukan program untuk mencapai target tertentu sepanjang mendapat bantuan dana.

## 2.6.2. Struktur Inti *The Global Fund*

### 2.6.1.1 Country Coordinating Mechanism (CCM)

Di tingkat negara, *Country Coordinating Mechanism* (CCM) adalah kemitraan yang terdiri dari semua *stakeholder* kunci dalam menanggapi suatu Negara ke tiga penyakit. *Country Coordinating Mechanism* tidak menangani pembiayaan *The Global Fund* itu sendiri, tapi bertanggung jawab untuk mengajukan proposal ke *The Global Fund*, menominasikan perusahaan bertanggung jawab untuk mengelola dana, hibah dan mengawasi pelaksanaannya. *Mechanism*.

### 2.6.1.2 *The Global Fund* Secretariat

*The Global Fund Secretariat* ialah pengelola *portfolio* hibah, termasuk penyaringan proposal yang disampaikan, mengeluarkan instruksi untuk mencairkan uang kepada penerima hibah dan menerapkan pendanaan

berbasis kinerja hibah. Secara umum, sekretariat bertugas melaksanakan kebijakan dewan, mobilisasi sumber daya; menyediakan strategis, kebijakan, keuangan, dukungan hukum dan administrasi, dan mengawasi monitoring dan evaluasi. Hal ini berbasis di Jenewa dan tidak memiliki staf yang berlokasi di luar kantor pusatnya.

#### 2.6.1.3 The Technical Review Panel (TRP)

*The Technical Review Panel* adalah kelompok pakar internasional independen dalam tiga penyakit dan isu lintas sektoral seperti sistem kesehatan. Mereka bertemu secara rutin untuk meninjau proposal berdasarkan kriteria teknis dan memberikan rekomendasi pembiayaan kepada *The Global Fund Board*.

#### 2.6.1.4 The Global Fund Board

*The Global Fund Board* adalah penanggung jawab atas keseluruhan pemerintahan dari *The Global Fund* dan inti model panduan pengembangan *The Global Fund* itu sendiri. *The Global Fund Board* juga adalah rangkaian yang terdiri dari perwakilan penerima donor dan pemerintah, masyarakat sipil, sektor swasta, yayasan swasta, dan masyarakat yang hidup dengan dan dipengaruhi oleh ke tiga penyakit tersebut. *The Global Fund Board*, bertanggung jawab untuk organisasi pemerintahan, termasuk menetapkan strategi dan kebijakan, membuat keputusan pendanaan dan pengaturan anggaran. *The Global Fund Board* juga bekerja untuk melakukan advokasi dan memobilisasi sumber daya bagi organisasi.

#### 2.6.1.5 Principal Recipient (PR)

*The Global Fund* menandatangani perjanjian bantuan hukum dengan *Principal Recipient (PR)*, yang ditunjuk oleh *Country Coordinating Mechanism*. *Principal Recipient* menerima pembiayaan *The Global Fund* secara langsung (tidak melalui *Country Coordinating Mechanism*), dan kemudian menggunakannya untuk melaksanakan pencegahan, perawatan dan program perawatan atau dibagikan pada organisasi lain

yang dapat *Sub-Recipient*, yang juga menyediakan layanan tersebut. *Principal Recipient* juga membuat permintaan reguler untuk pengeluaran tambahan dari *The Global Fund* berdasarkan menunjukkan kemajuan menuju hasil yang diharapkan.

#### 2.6.1.6 Sub Recipient (SR)

*Sub-Recipient* adalah suatu bagian struktur dari *Principal Recipient* yang dikontrak oleh *Principal Recipient* untuk membantu dalam pelaksanaan kegiatan program. Kemudian *Principal Recipient* bertanggung jawab atas pengawasan pelaksanaan yang dilakukan atau diterapkan oleh *Sub-Recipient*. Setelah itu, *Sub-Recipient* akan memainkan peran penting dalam pelaksanaan program-program kegiatan, pengelolaan dana bantuan dan agar tepat waktu dalam pencapaian hasil hibah.

#### 2.6.1.7 Local Fund Agent

*Local Fund Agent* ialah struktur organisasi yang bertanggung jawab untuk memberikan rekomendasi kepada *The Global Fund Secretariat* tentang bagaimana kapasitas dari perusahaan yang dipilih untuk mengelola pembiayaan dari *The Global Fund* dan permintaan reguler untuk pencairan dana kesehatan serta mengelola hasil laporan yang disampaikan oleh *Principal Recipient*.

#### 2.6.3. Model Pendanaan *The Global Fund*

Dalam melakukan pendanaannya, *The Global Fund* menganut model pendanaan berbasis kinerja, yang artinya model pendanaan berbasis kinerja memastikan bahwa keputusan pendanaan didasarkan pada hasil penilaian transparan terhadap target yang telah terikat waktu. Sebagai metode pembiayaan, pendanaan berbasis kinerja meningkatkan akuntabilitas dan memberikan insentif bagi penerima untuk menggunakan dana secara efisien untuk mencapai suatu hasil.

Jika dilihat dari sejarahnya, model pendanaan berbasis kinerja ini muncul di tahun 1970an yaitu di sektor pendidikan tersier di Amerika Serikat, hal ini dikembangkan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dengan dana yang dapat

mencapai hasil, dari pada dana sesuai dengan ukuran sebuah lembaga atau prosedur penganggaran standar. Kemudian saat ini, selain *The Global Fund* model pendanaan berbasis kinerja digunakan oleh sejumlah organisasi pembangunan, termasuk *GAVI Alliance, the Millennium Challenge Account and the European Commission*, sebagai cara untuk memastikan akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas program-program yang didanai.

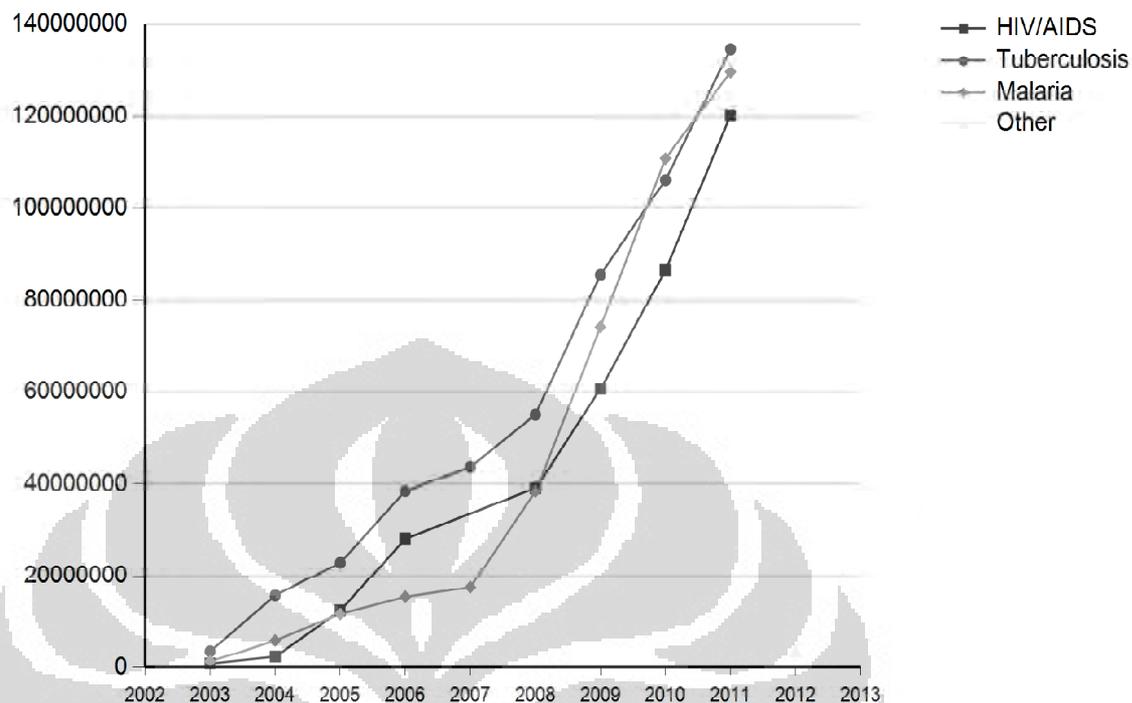
#### 2.6.4. Pendanaan *Global Fund* Untuk Malaria

Masih terbatasnya dana APBN maupun APBD untuk pemberantasan penyakit HIV/AIDS sampai dengan saat ini mendorong pemerintah untuk mencari tambahan dana melalui hibah ataupun donor baik dari dalam negeri maupun dari lembaga donor luar negeri. Untuk mengatasi minimnya anggaran dari APBN maupun APBD, berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah Indonesia, Salah satu contohnya adalah dengan disepakatinya kerjasama dengan lembaga donor internasional yaitu bantuan *grant*/hibah dari *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF ATM)* Komponen AIDS Ronde 4 dengan nama *Proyek Indonesia HIV AIDS Comprehensive Care* untuk periode April 2005 sampai dengan Maret 2010. Salah satu yang dilakukan di antaranya adalah melakukan mobilisasi dukungan dana hibah internasional dari *the Global Fund fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF ATM)*, untuk mengatasi masalah HIV/AIDS melalui pengajuan proposal pendanaan program.

Pendanaan program dari *GF ATM* dimulai pada ronde 1 (Rd.1) untuk periode 2003 . 2007 bagi 4 Provinsi Riau, DKI Jakarta, Bali dan Papua, dengan nama proyek *.Prevention and Alleviation of HIV Impact in Indonesia..* Pendanaan *GF ATM* selanjutnya diberikan melalui ronde 4 (Rd.4) pada proyek ***Indonesia HIV/AIDS Comprehensive Care, IHACC.*** yang persetujuannya dituangkan dalam *Grant Agreement* No: IND-405-G04-H, untuk fase pertama (2005 . 2007) ditandatangani oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Dirjen PP & PL), Depkes RI selaku *Principal Recipient (PR)* pada bulan Feb 2004. Untuk fase 2 (2008 . 2010) ditandatangani pada tanggal 13 Maret 2008, untuk dimanfaatkan hingga 31 Maret 2010, di 19 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia. Kemudian pada Juli 2009 ditandatangani *Grant Agreement* untuk

Ronde 8 (R8) No. SR.001.GFAIDSR8-Kes - 2009/IND-809-G08-H pada 8 Provinsi Sumatera Utara untuk Fase 1 (2009-2011).

Sebagai lembaga donor GF ATM memiliki sistem keuangan yang berbeda dengan sistem keuangan serta prinsip akuntansi yang dianut di Indonesia. Di sisi lain sistem keuangan yang diterapkan pada GF ATM mempengaruhi jumlah dana yang akan dihibahkan kepada Pemerintah Indonesia. Pengelolaan keuangan di Indonesia terutama dalam lingkup sektor public telah banyak mengalami perubahan atau perbaikan seiring dengan semangat reformasi manajemen keuangan pemerintah. Hal ini mampu memberikan kepercayaan lembaga donor internasional untuk menyerahkan dana hibah agar dikelola sesuai dengan aturan dan ketentuan pengelolaan keuangan Negara Indonesia. Meskipun demikian lembaga donor pemberi hibah tetap melakukan pengawasan secara intensif terhadap pengelolaan dana hibah ini. Di samping itu lembaga donor pemberi hibah selain memberikan dana juga menuntut kesepakatan penerima hibah mengenai komitmen target yang harus dicapai serta menuntut kualitas manajerial tertentu dalam rangka pencapaian indicator program dan kelangsungan pendanaan program penanggulangan HIV-AIDS melalui dana bantuan *GF ATM* pada 19 provinsi di Indonesia tahun 2005 . 2009 di Departemen Kesehatan. Ketepatan penyusunan Anggaran dan Kinerja Manajerial yang baik sangat dituntut pemberi bantuan agar indikator yang diberikan *GF ATM* sebagai lembaga donor dapat dipenuhi. Kinerja Program yang dibebankan terdiri dari indikator-indikator yang digunakan sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan Program Pemberantasan Penanggulangan HIV AIDS di Indonesia melalui Departemen Kesehatan bagian Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP & PL). Berikut merupakan pencairan dana oleh *global fund* :<sup>(34)</sup>

Grafik 2.2. Pencairan Dana *Global Fund*

Sumber : *Global Fund* (2012)

Tabel 2.5. Pengeluaran *Global Fund*

	2012	2011	2010	2009	2008
<b>HIV/AIDS</b>		US\$ 33,662,175	US\$ 25,881,086	US\$ 21,666,015	US\$ 10,907,278
<b>Malaria</b>		US\$ 18,849,682	US\$ 36,712,225	US\$ 35,838,513	US\$ 20,841,603
<b>Other</b>	US\$ 3,628,538				
<b>Tuberculosis</b>		US\$ 28,448,760	US\$ 20,629,024	US\$ 30,525,531	US\$ 11,257,463

	2007	2006	2005	2004	2003
<b>HIV/AIDS</b>		US\$ 15,706,376	US\$ 9,901,202	US\$ 1,564,693	US\$ 936,403
<b>Malaria</b>	US\$ 2,079,182	US\$ 3,655,692	US\$ 5,762,398	US\$ 4,556,562	US\$ 1,435,987
<b>Tuberculosis</b>	US\$ 5,382,399	US\$ 15,519,700	US\$ 7,195,600	US\$ 12,063,737	US\$ 3,650,160

Sumber : *Global Fund* (2012)

Tabel 2.6. Gambaran Dana Hibah

Grant type	Round	Grant Title and Number	Principal Recipient	Total signed amount (US\$)	Phase and Status	Performance rating
Tuberculosis	1	Strengthening DOTS Expansion in Indonesia IND-102-G01-T-00	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 51,766,003	Phase II - In Closure	B 1
Malaria	1	Intensified Malaria Control in Four Provinces of Eastern Indonesia IND-102-G02-M-00	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Vector Borne Disease Control	US\$ 19,723,871	Phase II - In Closure	A2
HIV/AIDS	1	Prevention and Alleviation of HIV Impact IND-102-G03-H-00	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 5,400,174	Phase II - In Closure	B1
HIV/AIDS	4	Indonesia HIV/AIDS Comprehensive Care IND-405-G04-H	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 43,446,781	Phase II - In Closure	A1
Tuberculosis	5	Equitable Quality DOTS for All IND-506-G05-T	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 49,978,433	Phase II - In Progress	A2

Grant type	Round	Grant Title and Number	Principal Recipient	Total signed amount (US\$)	Phase and Status	Performance rating
Malaria	6	Equitable Quality DOTS for All IND-607-G06-M	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 47,016,030	Phase II - In Progress	A 1
HIV/AIDS	8	Indonesia Response to HIV: Government and Civil Society Partnership in 12 Provinces IND-809-G07-H	National AIDS Commission of Indonesia	US\$ 4,149,747	Phase I - Closed	A2

<b>HIV /AIDS</b>	8	Indonesia Response to HIV: Government and Civil Society Partnership in 12 Provinces IND-809-G08-H Phase I - Closed	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 13,942,038	Phase I - Closed	B1
<b>HIV/AIDS</b>	8	Indonesia Response to HIV: Government and Civil Society Partnership in 12 Provinces IND-809-G08-H	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 13,942,038	Phase I - Closed	B1
<b>Tuberculosis</b>	8	Consolidating progress and ensuring quality DOTS for all IND-809-G10-T	Central Board of Aisyiyah	US\$ 12,479,646	Phase II - In Progress	A1

<b>Grant type</b>	<b>Round</b>	<b>Grant Title and Number</b>	<b>Principal Recipient</b>	<b>Total signed amount (US\$)</b>	<b>Phase and Status</b>	<b>Performance rating</b>
<b>Tuberculosis</b>	8	Consolidating Progress and Ensuring Quality DOTS for All IND-809-G11-T	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Diseases Control and Environmental Health	US\$ 12,113,706	Phase I - In Progress	A 1
<b>Tuberculosis</b>	8	Consolidating Progress and Ensuring Quality DOTS for All IND-809-G12-T	Faculty of Public Health, University of Indonesia	US\$ 12,211,423	Phase II - In Progress	A1
<b>Malaria</b>	8	Intensified Malaria Control Program in Kalimantan and Sulawesi Islands IND-809-G13-M	PERDHAKI - Indonesian association for voluntary health services	US\$ 9,259,404	Phase I - In Progress	B1
<b>Malaria</b>	8	Intensified Malaria Control Program	Ministry of Health of Indonesia - Directorate of Vector Borne	US\$ 54,226,746	Phase I - In Progress	A2

		in Kalimantan and Sulawesi Islands IND-809-G14-M	Disease Control			
--	--	---	-----------------	--	--	--

*Sumber : Global Fund (2012)*

## 2.7. Malaria

### 2.7.1. Epidemiologi malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena dapat menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian serta sering menimbulkan kejadian luar biasa, terutama pada kelompok risiko tinggi yaitu bayi, anak balita, ibu hamil, selain itu malaria secara langsung menyebabkan anemia dan dapat menurunkan produktivitas kerja. Penyakit ini juga masih endemis di sebagian besar wilayah Indonesia. Sekitar 80% dari Kabupaten/Kota di Indonesia termasuk kategori endemis dan lebih 45 % penduduknya berdomisili di desa endemis dan terpencil dengan kondisi geografis dan transportasi yang sulit dicapai. Keadaan ini mengakibatkan akses pelayanan kesehatan termasuk penemuan dan pengobatan kasus malaria rendah.

Sesuai kesepakatan Negara anggota WHO dalam meningkatkan upaya pengendalian, pada tahun 1998 disepakati gerakan pengendalian malaria yang intensif dengan kemitraan global yaitu : *Roll Back Malaria Initiative (RBMI)*(14) dan di Indonesia dikenal dengan Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) yang telah dilaksanakan oleh pemerintah dengan dukungan WHO. Kegiatan ini dimulai tahun 2000 yang meliputi daerah Riau Kepulauan, Cilacap, Jawa Tengah dan Kabupaten Lombok Barat. Gebrak malaria adalah gerakan secara nasional seluruh komponen masyarakat untuk memberantas malaria secara intensif melalui kemitraan antara pemerintah, dunia usaha, lembaga swadaya masyarakat, dan badan – badan internasional serta penyandang dana. Dalam pelaksanaannya membutuhkan kerja sama multilateral, bilateral, organisasi non pemerintah dan organisasi swasta.<sup>(15, 16)</sup>

Komunitas kesehatan masyarakat sepakat bahwa rooll back malaria digagas karena terjadinya kemunduran strategi penanggulangan malaria.<sup>(7)</sup> Fokusnya

adalah pada deteksi dini dan pengobatan yang tepat terhadap kasus malaria, pendeteksian dan pengendalian terjadinya wabah, pengendalian vector dan penggunaan kelambu yang telah dipoles insektisida.<sup>(35)</sup>

### 2.7.2. Upaya Pengendalian Malaria

WHO Malaria Program Global (WHO / GMP) merekomendasikan tiga hal dalam pengendalian malaria yang efektif, yang harus ditingkatkan jika negara ingin bergerak untuk mencapai PBB Millenium Development Goals tahun 2015: <sup>(36, 37)</sup>

- a. Diagnosis dan pengobatan kasus malaria;
- b. Distribusi insektisida-diperlakukan jaring (ITN), lebih khusus tahan lama insektisida jaring (LLINs), untuk mencapai cakupan populasi berisiko malaria
- c. Penyemprotan rumah (IRS) untuk mengurangi dan menghilangkan penularan malaria.

### 2.7.3. Diagnosa dan Pengobatan

Diagnosis malaria mungkin bisa menyulitkan. Diagnosis klinis berdasarkan gejala, pemeriksaan fisik dan riwayat penyakit. Malaria harus dicurigai terhadap setiap pasien demam yang tinggal atau pernah bepergian ke daerah endemik malaria. Di daerah endemik pedesaan banyaknya angka kejadian infeksi asimtomatik dan keterbatasan sumber daya menyebabkan fasilitas kesehatan di perifer melakukan terapi presumtif (bersifat dugaan) dalam menangani infeksi malaria. Penderita yang demam tanpa diketahui secara pasti penyebabnya diduga menderita malaria yang kemudian diterapi tanpa konfirmasi laboratorium. Terapi praktis ini dapat berakibat fatal, bahkan merupakan penyebab utama dari salah diagnosis dan terapi malaria yang tidak diperlukan.<sup>(38, 39)</sup>

Dasar dari pengobatan yang akurat adalah adanya dukungan laboratorium yang berfungsi dengan baik Diperkirakan kurang lebih separuh dari kasus yang dilaporkan hanya didiagnosa berdasarkan gejala klinik tanpa dukungan konfirmasi laboratorium. Ini berpengaruh terhadap ketidaktepatan diagnosa dan pengobatan yang tidak memadai. Diagnosis pasti infeksi malaria dapat dilakukan baik dengan

pemeriksaan mikroskopik (saat ini merupakan standar baku emas) maupun dengan *rapid diagnostic test* yang dapat mendeteksi antigen spesifik parasit.<sup>(40-42)</sup> Pengalaman dan alat yang mencukupi akan dapat mendeteksi 15 parasit/uL dan akhir-akhir ini banyak digunakan, karena lebih praktis, terutama dalam ledakan malaria dalam situasi darurat atau di daerah terpencil. Di luar Pulau Jawa dan Bali, rujukan kasus malaria berat menjadi sulit akibat keterbatasan infrastruktur fasilitas kesehatan dan komunikasi.

Diagnosa dini dan pengobatan yang tepat adalah komponen yang utama dari strategi global pada pemberantasan malaria. Penggunaan yang tepat dari obat antimalaria tidak hanya mempersingkat lamanya penyakit malaria tetapi juga menurunkan insiden dari komplikasi dan kematian. Selain itu persyaratan obat antimalarial yang ideal adalah :<sup>(43)</sup>

- a. Obat mempunyai efek terhadap semua jenis & stadium parasit
- b. Cara pemakaian mudah
- c. Harga terjangkau & ketersediaan
- d. Efek samping ringan & toksisitas rendah.

Pengobatan yang diberikan adalah pengobatan radikal malaria dengan membunuh semua stadium parasit yang ada di dalam tubuh manusia. Adapun tujuan pengobatan radikal adalah untuk mendapat kesembuhan klinis dan parasitologi serta memutuskan rantai penularan. Pengendalian malaria selalu mengalami perkembangan, salah satunya dalam hal pengobatan. Dulu malaria diobati dengan klorokuin, setelah ada laporan resistensi, saat ini telah dikembangkan pengobatan baru dengan tidak menggunakan obat tunggal saja tetapi dengan kombinasi yaitu dengan ACT (*Artemisinin-based Combination Therapy*).<sup>(44-48)</sup>

#### 2.7.4. Pemakaian Kelambu

Penggunaan kelambu dalam program pengendalian malaria adalah dalam rangka melindungi pemakaian kelambu dari gigitan dan membunuh nyamuk yang hinggap pada kelambu untuk mencegah terjadinya penularan, kelambu yang digunakan adalah kelambu berinsektisida (LLITN = long lasting insecticide treated net).<sup>(49, 50)</sup> Insektisida pada kelambu dapat bertahan lama sampai 5 tahun

yaitu masih efektif membunuh nyamuk, meskipun dicuci sampai 20 kali. Apabila kelambu dicuci perlu diperhatikan pencucian dan pengeringannya agar efektivitas kelambu tetap terjaga.<sup>(51, 52)</sup>

Kelambu berinsektisida ada dua macam: Kelambu yang sudah dilapisi insektisida oleh Pabrik dan kelambu yang dicelup sendiri oleh masyarakat dengan racun serangga/insektisida (kelambu celup) setiap enam bulan sekali. Insektisida yang digunakan untuk kelambu aman bagi manusia dan digunakan oleh banyak negara di dunia. Jumlah insektisida yang digunakan adalah dalam bentuk larutan dan sangat kecil pengaruhnya bagi manusia, termasuk bayi baru lahir. Pembagian kelambu dibagikan secara cuma-cuma kepada ibu hamil dan yang mempunyai balita pada daerah endemis malaria. Selain itu juga memberi petunjuk mengenai penggunaan kelambu tersebut dan cara merawatnya. Bayi dan balita harus tidur memakai kelambu berinsektisida. Jika tidak ada kelambu berinsektisida, keluarga dapat menggunakan kelambu biasa dengan ukuran yang besar sehingga semua anak yang masih kecil dapat tidur di dalam kelambu tersebut. Bayi yang masih menyusui harus tidur bersama ibunya dalam satu kelambu.

Jika tidak dapat memakai kelambu, ada beberapa cara lain yang dapat membantu untuk menghindari gigitan nyamuk, seperti :

- a. Tutup pintu dan jendela dengan kawat atau kasa nilon untuk mencegah nyamuk masuk ke dalam rumah.
- b. Hindari pergi keluar setelah hari gelap. Jika pergi di malam hari:
  1. Gunakan pakaian pelindung yang menutupi lengan dan kaki.
  2. Gunakan krim kimia penangkal nyamuk pada kulit yang tidak tertutup pakaian.
  3. Gunakan obat nyamuk bakar (khususnya saat berada di luar) yang mengeluarkan asap. Asap tersebut mengusir nyamuk atau membunuhnya ketika mereka terbang melewati asap itu.
- c. Semprot ruangan dengan insektisida sebelum tidur setiap malam. Oleh karena semprotan insektisida tersebut hanya efektif untuk beberapa jam, metode ini

harus digunakan dengan kombinasi tindakan pencegahan lainnya, misalnya pintu dan jendela yang dipasang kasa.

- d. Membunuh nyamuk secara fisik di dalam rumah dengan cara menepuk atau dengan alat lainnya. <sup>(53)</sup>

#### 2.7.5. Penyemprotan Rumah (IRS)

Penyemprotan rumah dengan efek residual (IRS = Indoor Residual Spraying) adalah merupakan suatu cara pemberantasan vector dengan menempelkan racun serangga tertentu dengan jumlah (dosis) tertentu secara merata pada permukaan dinding yang disemprot. <sup>(54, 55)</sup> Di Indonesia penyemprotan telah lama dilakukan dalam pemberantasan malaria dan sampai sekarang cara ini masih dipakai karena paling cepat dan besar manfaatnya untuk memutuskan rantai penularan. Tujuan penyemprotan adalah untuk memutuskan rantai karena umur nyamuk menjadi lebih pendek sehingga tidak sempat menghasilkan sporozoit di dalam kelenjar ludahnya. <sup>(56)</sup>

### 2.8. Situasi Malaria di Indonesia

Penyakit malaria masih ditemukan di seluruh provinsi di Indonesia. Berdasarkan API, dilakukan stratifikasi wilayah dimana Indonesia bagian Timur masuk dalam stratifikasi malaria tinggi, stratifikasi sedang di beberapa wilayah di Kalimantan, Sulawesi dan Sumatera sedangkan di Jawa-Bali masuk dalam stratifikasi rendah, meskipun masih terdapat desa/fokus malaria tinggi.

API dari tahun 2007 – 2010 menurun dari 2,89 per 1000 penduduk menjadi 1,96 per 1000 penduduk. Bila dilihat per provinsi dari tahun 2007 – 2010 provinsi dengan API yang tertinggi adalah Papua, Papua Barat dan NTT, masih terdapat 12 provinsi yang di atas angka API nasional.

Tabel. 2.7. Annual Parasite Incidence (API) Malaria Menurut Propinsi Tahun 2007 -2010

No	Propinsi	A P I			
		2007	2008	2009	2010
1	Aceh	0,94	0,25	0,48	0,54
2	Sumatera Utara	NA	0,28	0,25	0,61
3	Sumatera Barat	0,03	0,57	0,41	0,11
4	Riau	NA	0,23	0,47	0,24
5	Jambi	1,21	2,12	1,89	1,64
6	Sumatera Selatan	0,08	0,54	0,45	0,45
7	Bengkulu	1,52	4,70	4,36	4,26
8	Lampung	0,33	0,33	0,78	0,32
9	Kepulauan Bangka Belitung	15,89	8,09	7,87	5,06
10	Kepulauan Riau	1.06	1,34	1,12	0,86
11	DKI Jakarta	-	-	-	-
12	Jawa Barat	0,37	0,58	0,36	0,43
13	Jawa Tengah	0,12	0,07	0,08	0,10
14	DI Yogyakarta	0,05	0,00	0,30	0,01
15	Jawa Timur	0,18	0,71	0,47	0,10
16	Banten	0,05	0,03	0,14	0,03
17	Bali	0,42	0,17	0,02	0,03
18	Nusa Tenggara Barat	3,47	4,88	1,93	1,81
19	Nusa Tenggara Timur	30,09	20,35	15,62	12,14
20	Kalimantan Barat	-	0,65	0,54	0,45
21	Kalimantan Tengah	-	2,53	1,38	3,48
22	Kalimantan Selatan	0,49	1,04	1,06	0,79
23	Kalimantan Timur	2,90	2,04	0,93	0,47
24	Sulawesi Utara	1,99	3,37	4,57	1,63
25	Sulawesi Tengah	2,01	2,56	1,35	2,08
26	Sulawesi Selatan	0,08	0,31	0,47	0,35
27	Sulawesi Tenggara	0,52	0,28	0,22	0,46
28	Gorontalo	0,43	4,13	0,54	1,71
29	Sulawesi Barat	0,48	0,57	0,85	0,55
30	Maluku	0,85	8,94	7,37	5,43
31	Maluku Utara	11,25	8,91	8,91	6,45

32	Papua Barat	53,57	46,10	27,66	17,86
33	Papua	41,66	18,35	9,94	18,03
	Indonesia	2,89	2,47	1,85	1,96

Sumber : Profil Kesehatan 2011

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 pengendalian malaria merupakan salah satu penyakit yang ditargetkan untuk menurunkan angka kesakitannya dari 2 menjadi 1 per 1.000 penduduk. Dari gambar diatas angka kesakitan malaria (API) tahun 2010 adalah 1,96 per 1000 penduduk, sehingga masih harus dilakukan upaya efektif untuk menurunkan angka kesakitan 0,96 per 1000 penduduk dalam waktu 2 tahun, agar target Rencana Strategis Kesehatan Tahun 2014 tercapai.

Prevalensi malaria berdasarkan Riskesdas 2010 diperoleh dalam bentuk *point prevalence*. *Point prevalence* menunjukkan proporsi orang di populasi yang terkena penyakit pada waktu tertentu. Data malaria dikumpulkan dengan dua cara yaitu wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dan pemeriksaan darah menggunakan *dipstick (Rapid Diagnostic Test/RDT)*. Besarnya sampel untuk pemeriksaan RDT yang merupakan subsampel dari sampel Kesehatan masyarakat adalah sejumlah 75.192 dan yang dapat dianalisis adalah 72.105 (95,9%). Dari hasil Riskesdas diperoleh *Point prevalence* malaria adalah 0,6%, namun hal ini tidak menggambarkan kondisi malaria secara keseluruhan dalam satu tahun karena setiap wilayah dapat mempunyai masa-masa puncak (pola epidemiologi) kasus yang berbeda-beda. Spesies parasit malaria yang paling banyak ditemukan adalah *Plasmodium falciparum* (86,4%) sedangkan sisanya adalah *Plasmodium vivax* dan campuran antara *P. falciparum* dan *P. Vivax*. Namun data sebaran parasit perwilayah tidak diperoleh, sehingga tidak dapat diketahui jenis parasit yang dominan per suatu wilayah.

Menurut karakteristik umur, *point prevalence* paling tinggi adalah pada umur 5-9 tahun (0,9%), kemudian pada kelompok umur 1-4 tahun (0,8%) dan paling rendah pada umur <1 tahun (0,3%). Sedangkan menurut *period prevalence*, prevalens paling tinggi adalah pada kelompok umur >15 tahun (10,8%), nomor dua paling tinggi pada kelompok umur 1-4 tahun (10,7%) dan paling rendah tetap pada umur <1 tahun (8,2%). Dari data diatas tampak kecenderungan kelompok yang berisiko

tinggi terkena malaria bergeser dari usia >15 tahun ke usia 1-4 tahun. Oleh karena itu perlu intervensi pencegahan malaria pada usia 1-4 tahun, memperkuat promosi anak dibawah lima tahun tidur dibawah kelambu berinsektisida serta menyediakan obat malaria yang sesuai dengan umur balita.

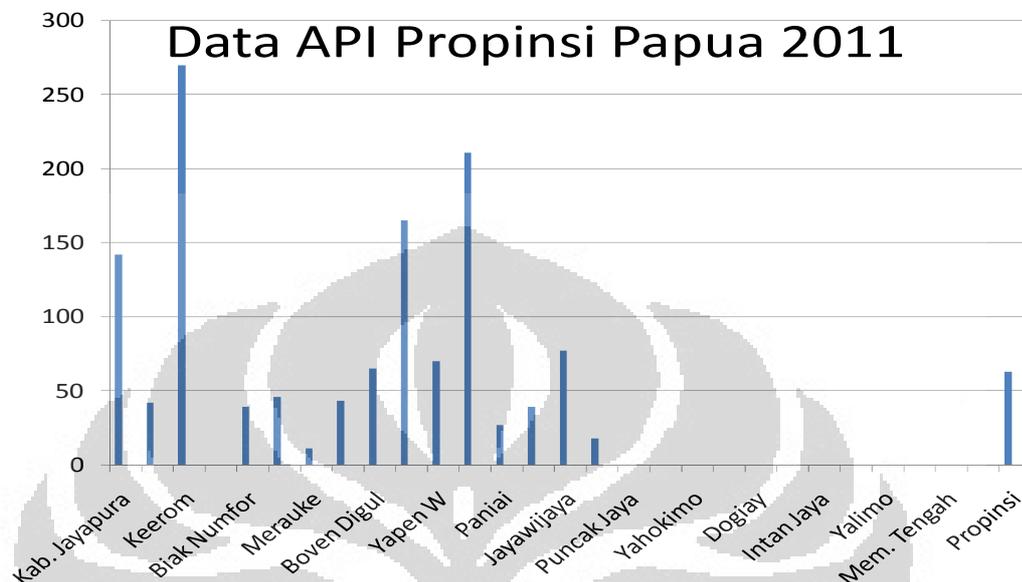
Untuk karakteristik jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan dan pekerjaan, point prevalensi dan period prevalensi hampir sama. Pada point prevalensi, prevalensi pada laki-laki sama dengan perempuan (0,6%), di perdesaan (0,8%) dua kali prevalensi di perkotaan (0,4%). Kelompok pendidikan tidak tamat SD (0,7%) dan tidak pernah sekolah (0,8%) merupakan dua kelompok yang paling tinggi prevalensinya dan kelompok tamat PT merupakan kelompok yang paling rendah prevalensinya (0,2%). Kelompok “sekolah” dan petani/nelayan/buruh merupakan kelompok pekerjaan yang tertinggi prevalensinya (masing-masing 0,7%) sedangkan yang paling rendah adalah Pegawai/TNI/POLRI (0,3%).

## 2.9. Situasi Malaria di Papua

Provinsi Papua yang terletak paling timur kawasan Indonesia merupakan daerah endemis malaria, angka kesakitan menempati urutan pertama dari 10 besar penyakit. Di Papua terdapat 4 (empat) spesies nyamuk *Anopheles* yaitu spesies *An.farauti*, dan *An.punctulatus*, *An.koliensis*, dan *An.brancofti* yang telah diketahui sebagai vektor di seluruh kabupaten.

Mobilitas penduduk luar yang masuk ke daerah ini dalam jumlah yang besar dan bersamaan seperti transmigrasi terencana dan spontan mempunyai risiko besar tertular malaria. Adanya perubahan iklim, pembakaran hutan, dan pesatnya proses pembangunan menyebabkan penyebaran penyakit ini semakin meluas. Lingkungan fisik, kimia dan biologi yang terdiri dari rawa-rawa dan hutan sangat menunjang kejadian malaria. Berikut merupakan data malaria di Propinsi Papua :

Gambar.2.5. Data API Propinsi Papua



Dari 29 Kabupaten di Propinsi Papua, selama tahun 2011 yang mengirimkan laporannya sebanyak 20 Kabupaten dan angka API masih cukup tinggi, yaitu mencapai 74/1000 jumlah penduduk, sehingga malaria masih merupakan masalah yang harus mendapat perhatian.

### 2.10. Situasi Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen

Angka kesakitan malaria per 1.000 penduduk berdasarkan Laporan LB-1 dan Laboratorium, kasus malaria klinis (tanpa pemeriksaan Laboratorium) sebanyak **23.049** kasus dan yang malaria positif (dengan pemeriksaan Laboratorium) **19.482** Kasus. Ini berarti penanganan penderita malaria sesuai standard masih rendah (84,5%) walau terjadi peningkatan dari tahun 2009 (56,7%) karena jumlah sediaan darah yang diperiksa baru sekitar 78,09 % dari semua penderita tersangka malaria (target 100%). Annual Malaria Indeks (AMI) tahun 2010 sebesar 233,06 *per 1000 penduduk* menurun dibandingkan tahun 2009 sebesar 309 *per 1.000 penduduk* dan tahun 2008 sebesar 358 per 1.000 penduduk. Penemuan dan pengobatan penderita dilakukan melalui kegiatan rutin puskesmas atau pasif case detection (PCD) ataupun secara aktif (ACD) melalui kegiatan MBS (Mass Blood

Survey) atau MFS (Mass Fiver Survey). Pemberantasan vektor yang dilakukan selama tahun 2009 adalah berupa IRS (Indoor Residual Spraying) atau penyemprotan rumah. sedangkan melalui PCD indikator seperti *SPR sebesar 74% sedangkan API sebesar 175 Per 1.000 penduduk* .

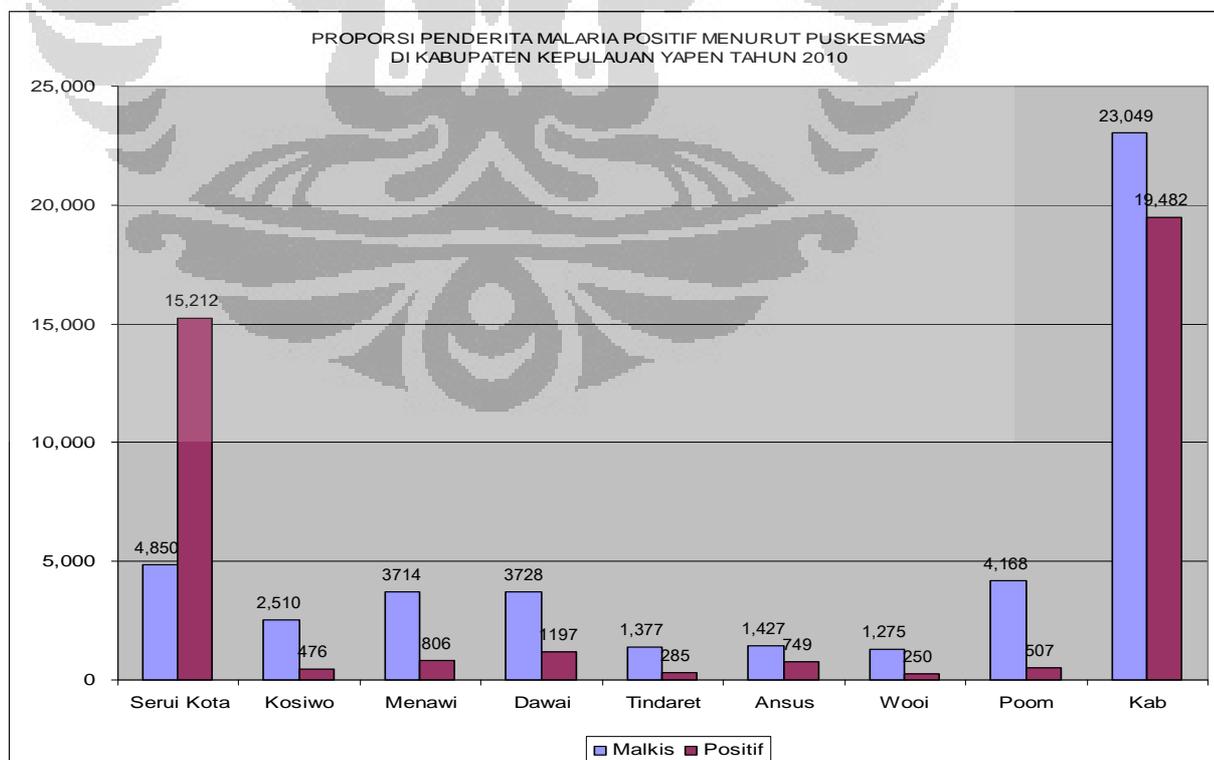
Tabel : 2.8. Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun

No	Tahun	Angka kesakitan Malaria per 1.000 pddk	Keterangan
1	2006	979	Data lap. Pusk
2	2007	509	Data lap. Pusk
3	2008	358	Data lap. Pusk
4	2009	484	Data lap. Pusk
5	2010	509	Data lap. Pusk

Sumber Data : Laporan Lb. Puskesmas Kab. Kepulauan Yapen, 2010

Adapun Proporsi Malaria (+) Menurut Puskesmas di Kabupaten Kepulauan Yapen Tahun 2010 dapat dilihat pada grafik 4.1 dibawah ini .

Grafik: 2.3. Proporsi Kasus Malaria



*Sumber Profil Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen Tahun 2010*

## **2.11. Pengendalian Malaria**

Program pengendalian malaria di Indonesia dibagi dalam beberapa periode, yaitu :<sup>(57, 58)</sup>

### **2.10.1. Periode 1959 – 1968 (Periode Pembasmian Malaria)**

Upaya pengendalian penyakit malaria dimulai sejak tahun 1959 dengan adanya **KOPEM** (Komando Pembasmian Malaria) di pusat dan di daerah didirikan Dinas Pembasmian Malaria yang merupakan integrasi institute. Pada periode ini pengendalian malaria disebut sebagai periode pembasmian, dimana fokus pembasmian dilaksanakan di pulau Jawa, Bali dan Lampung, dengan menggunakan penyemprotan insektisida, pengobatannya dengan Klorokuin dan profilaksis. Baru pada tahun 1961 -1964 penyemprotan insektisida dilakukan juga di luar wilayah Jawa dan Bali. Upaya ini cukup berhasil di daerah Jawa dan Bali dengan adanya penurunan *parasite rate*. Tahun 1966, upaya pemberantasan malaria menghadapi berbagai kendala, yang disebabkan karena pembiayaan menurun baik dari pemerintah maupun dari bantuan luar, meluasnya resistensi *Anopheles aconitus* terhadap DDT dan Dieldrin di Jawa Tengah dan Jawa Timur, adanya resistensi *Plasmodium falciparum* dan *Plasmodium malariae* terhadap Pirimetamin dan Proguanil serta meningkatnya toleransi *Plasmodium falciparum* terhadap Primakuin di Irian Jaya. Selanjutnya tahun 1968, KOPEM diintegrasikan ke dalam Ditjen P4M (Pencegahan Pemberantasan dan Pembasmian Penyakit Menular), sehingga tidak lagi menggunakan istilah pembasmian melainkan pemberantasan.

### **2.10.2. Periode 1969 – 2000 (Pemberantasan Malaria)**

Kegiatan pengendalian malaria mulai dilaksanakan oleh Puskesmas, RS maupun sarana Pelayanan kesehatan lainnya. Pada tahun 1973 dilaporkan adanya resistensi *Plasmodium falciparum* di Yogyakarta, dan tahun 1975 di laporkan seluruh provinsi di Indonesia, dengan kasus resistensi *Plasmodium* terhadap Sulfadoksin-Pirimethamin (SP) di beberapa tempat di Indonesia. Tahun 1973 ditemukan penderita import dari Kalimantan Timur di Yogyakarta. Tahun 1991

dilaporkan adanya kasus resistensi *Plasmodium vivax* terhadap Klorokuin di Pulau Nias, Provinsi Sumatera Utara.

### 2.10.3. Periode 2000 – sekarang

Sejak dilaporkan adanya resistensi *Plasmodium falciparum* terhadap Klorokuin (hampir di seluruh provinsi di Indonesia) dan terhadap Sulfadoksin- Pirimethamin (SP) di beberapa tempat di Indonesia, maka sejak tahun 2004 kebijakan pemerintah menggunakan obat pilihan pengganti Klorokuin dan SP yaitu dengan kombinasi Artemisinin (*Artemisinin-based Combination Therapy/ACT*) Pada tahun 2000 dilahirkan Penggalakan pemberantasan malaria melalui gerakan masyarakat yang dikenal dengan Gerakan Berantas Kembali Malaria atau "Gebrak Malaria". Gerakan ini merupakan embrio pengendalian malaria yang berbasis kemitraan dengan berbagai sektor dengan slogan "Ayo Berantas Malaria". Selanjutnya tahun 2004 dibentuk Pos Malaria Desa Sebagai bentuk Upaya Kesehatan berbasis masyarakat (UKBM).

WHO telah mengeluarkan kebijakan untuk pengendalian malaria melalui pertemuan WHA 60 tanggal 18 Mei 2007 telah dihasilkan komitmen global tentang eliminasi malaria bagi setiap negara. Di Indonesia sendiri sejak tahun 2009 pemerintah telah menetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 bahwa upaya pengendalian malaria dilakukan dalam rangka eliminasi malaria. Beberapa Kebijakan lain yang terkait dengan program malaria, yaitu : Keputusan Menteri Kesehatan No. 041 Tahun 2007, tentang Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria, No. 043 Tahun 2007, tentang Pedoman Pelatihan Malaria, No. 044 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengobatan Malaria, No. 275 Tahun 2007, tentang Pedoman Pengobatan Malaria, sedangkan Kebijakan yang digunakan terkait Malaria di Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen menggunakan kebijakan secara Nasional karena belum ada Peraturan Daerah yang dibuat selama ini. Sasaran wilayah eliminasi yang dilaksanakan secara bertahap, yaitu:

- a. Eliminasi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (Kepulauan Seribu), Bali dan Batam pada tahun 2010.

- b. Eliminasi Jawa, Nanggroe Aceh Darussalam, Kepulauan Riau pada tahun 2015.
- c. Eliminasi Sumatera, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan, Sulawesi pada tahun 2020.
- d. Eliminasi Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur pada tahun 2030

Kegiatan Eliminasi Malaria harus dilaksanakan secara terpadu dan menyeluruh antara Pemerintah, Pemerintah Daerah dan mitra kerja lainnya. Dari berbagai pengalaman Eliminasi Malaria pada masa lalu, telah terbukti bahwa tanpa keterlibatan dan dukungan legislatif, pemerintah daerah, masyarakat termasuk organisasi sosial, keagamaan dan pihak swasta, maka hasil yang dicapai belum optimal.

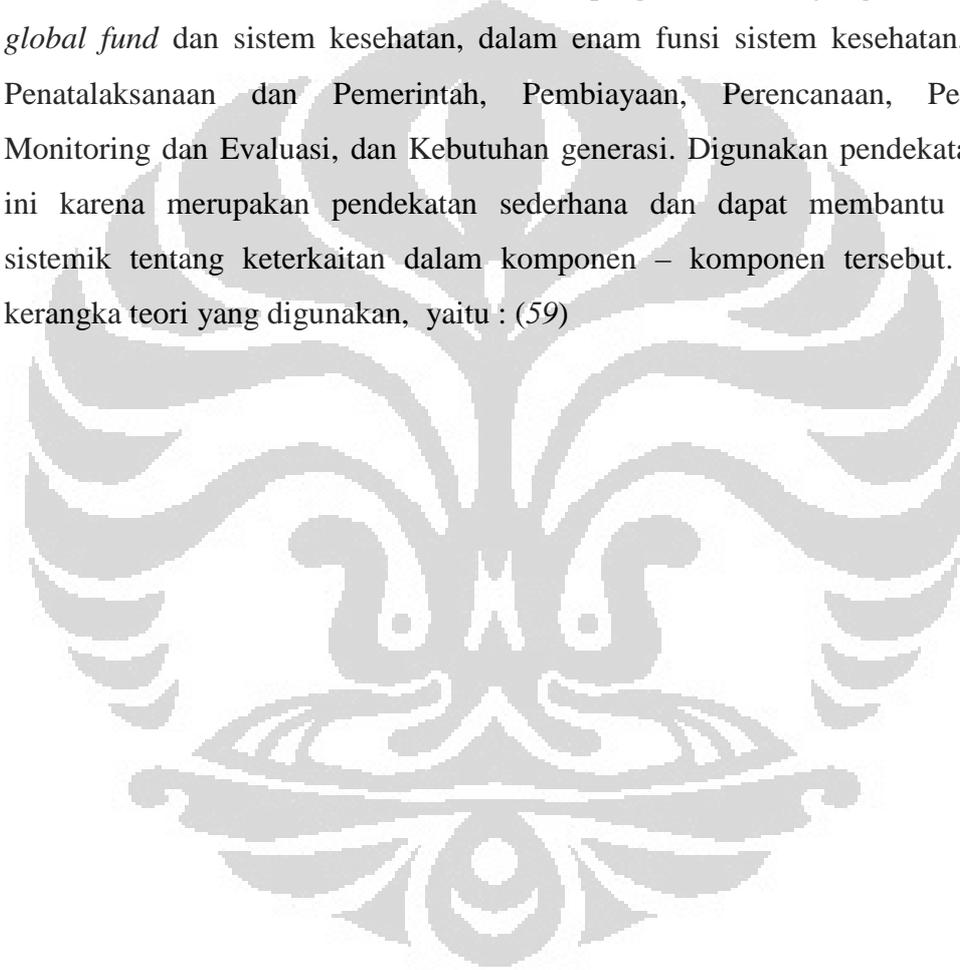


## BAB 3

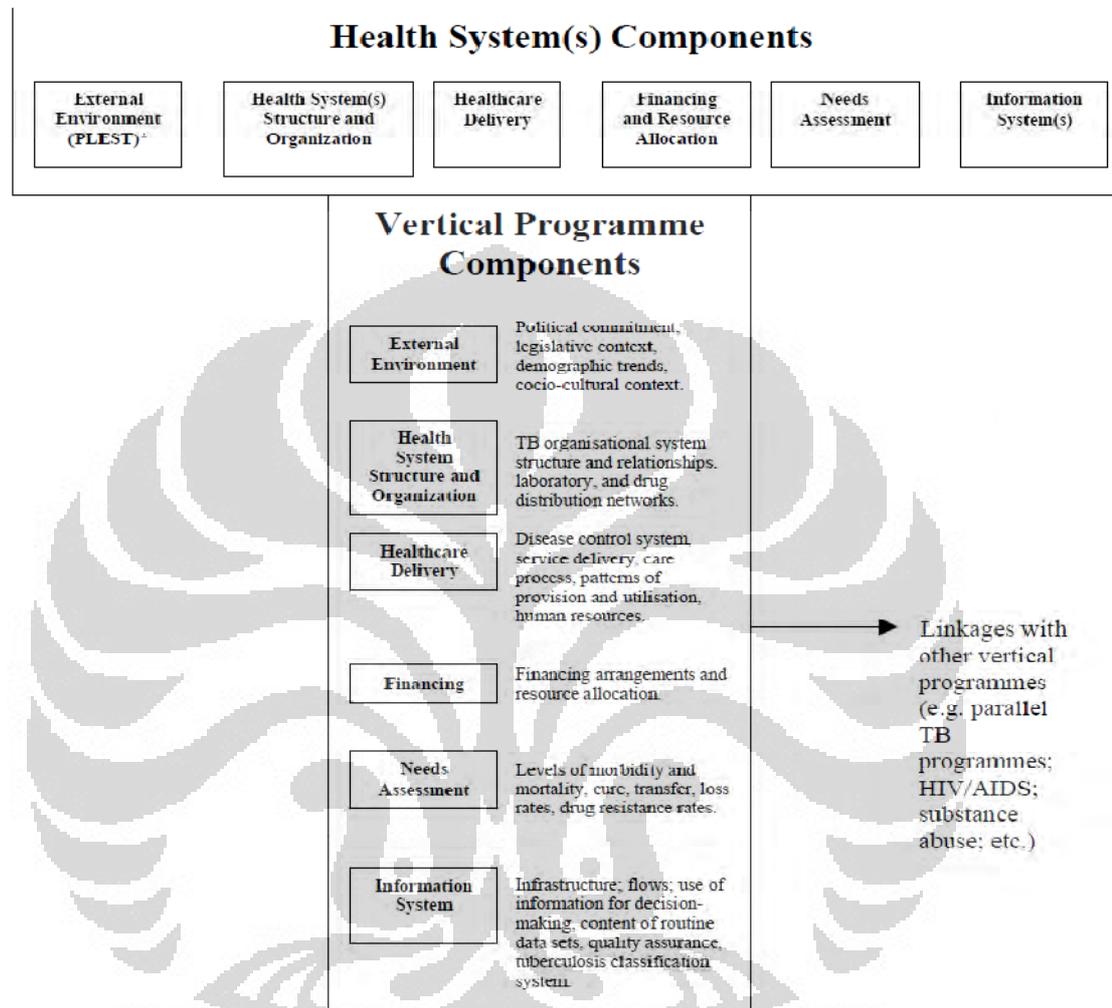
### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penulisan ini berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian dan referensi digunakan, maka penelitian ini menggunakan pendekatan teori Atun tahun 2004 dan Atun 2010, yang mendokumentasikan keterkaitan kritis antara program malaria yang didukung oleh *global fund* dan sistem kesehatan, dalam enam fungsi sistem kesehatan, yaitu : Penatalaksanaan dan Pemerintah, Pembiayaan, Perencanaan, Pelayanan, Monitoring dan Evaluasi, dan Kebutuhan generasi. Digunakan pendekatan teori ini karena merupakan pendekatan sederhana dan dapat membantu berpikir sistemik tentang keterkaitan dalam komponen – komponen tersebut. Berikut kerangka teori yang digunakan, yaitu : (59)



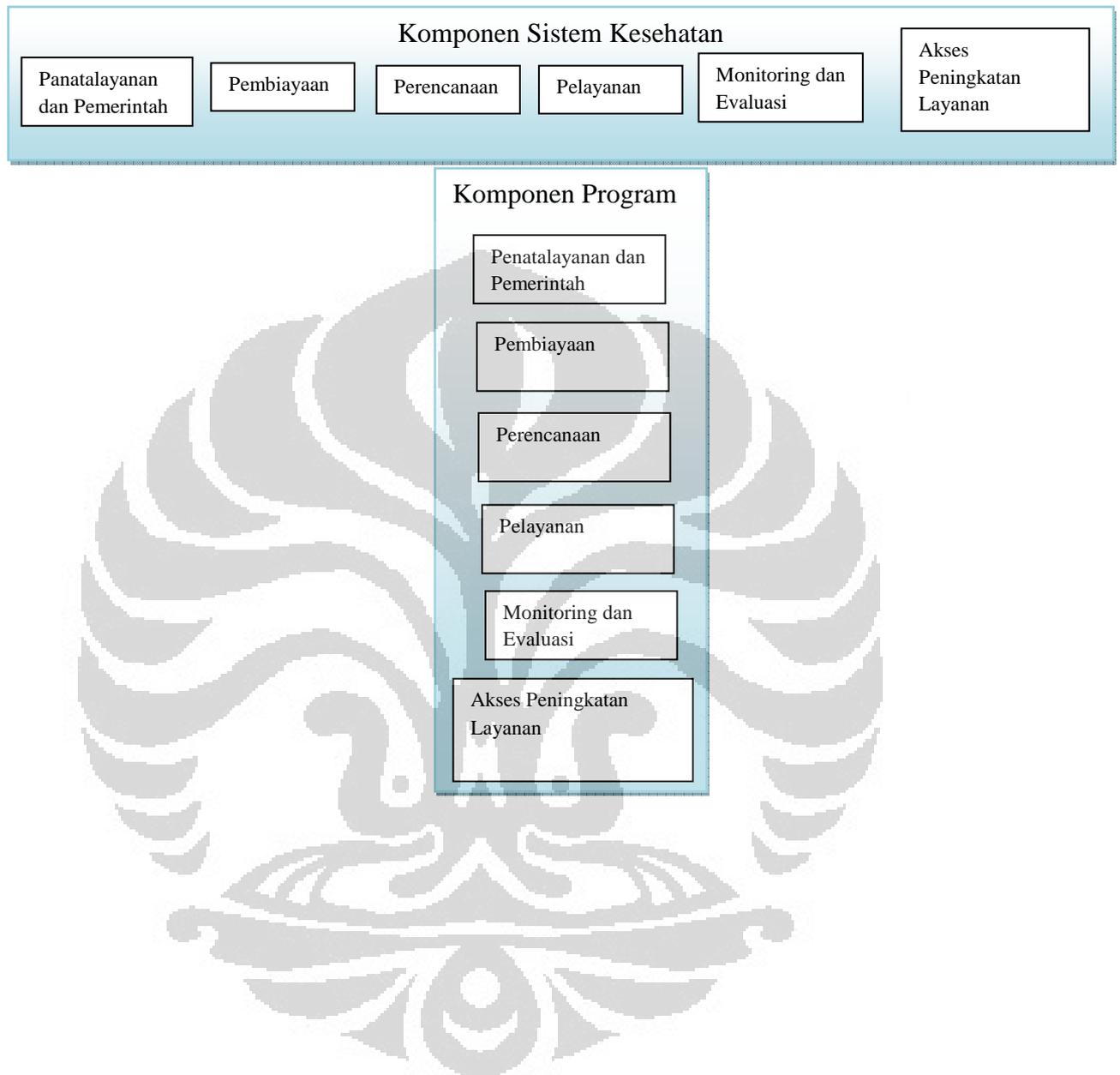
Gambar 3.1. Kerangka Teori



### 3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan dari kerangka teori tersebut, maka dalam penelitian Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua, menggunakan kerangka konsep dari teori Atun, yang telah dimodifikasi dengan enam fungsi dalam sistem kesehatan. Berdasarkan modifikasi tersebut, maka kerangka konsep penelitian yang diusulkan adalah sebagai berikut :

Gambar 3.2. Kerangka Konsep

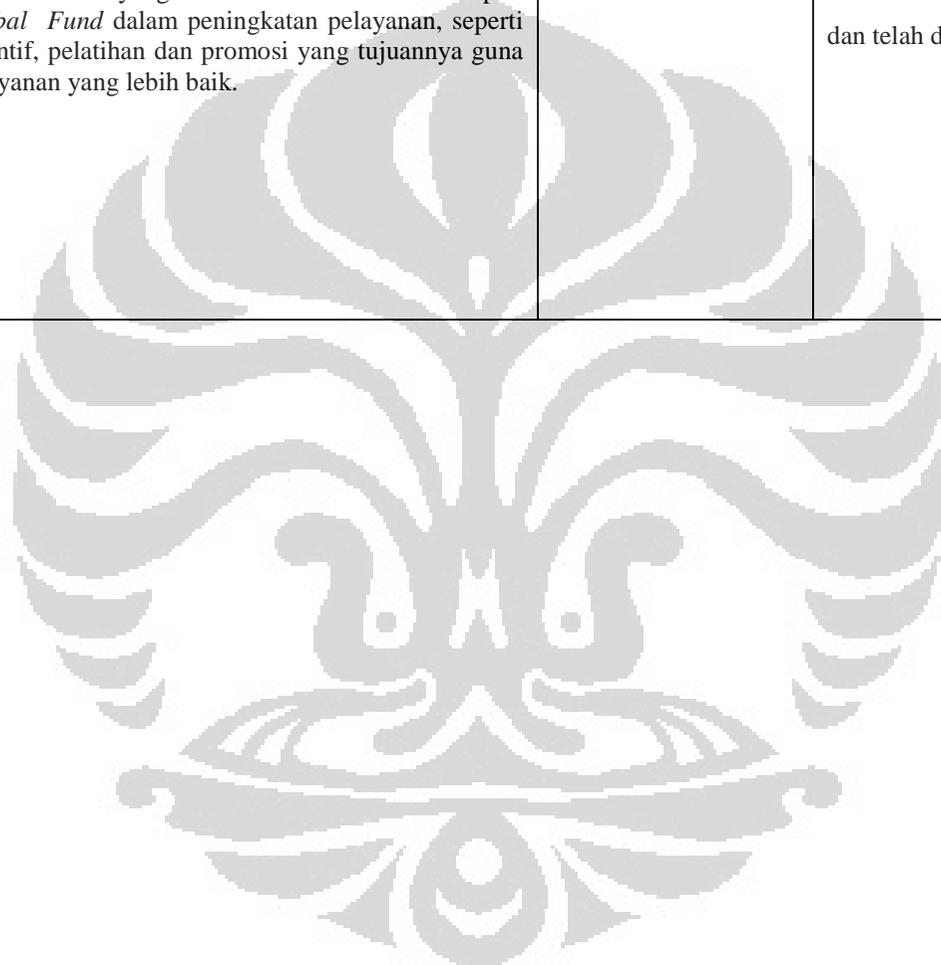


### 3.3. Definisi Istilah

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Informan
1.	Keterkaitan Kritis	Adalah suatu keterkaitan antara dua komponen yang mempunyai implikasi tujuan dan sumber daya yang sama serta saling melengkapi dalam melakukan kegiatannya yang ada bersama-sama dalam suatu waktu dan tempat. dan apabila salah satu komponen tidak memberikan kontribusi, akan memberikan dampak yang besar terhadap komponen yang lain	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Globan Fund</i> Kab.</li> </ul>
2.	Penatalayanan dan Pemerintah	Adalah bentuk layanan yang diberikan pemerintah dalam bentuk kebijakan program malaria yang mengatur tentang aspek – aspek pelaksanaan kegiatan program tersebut yang secara menyeluruh dan terpadu oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah bersama <i>Global Fund</i> dan masyarakat.	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Globan Fund</i> Kab.</li> </ul>
3.	Perencanaan	Adalah merupakan sebuah proses untuk merumuskan masalah, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan dan menyusun langkah – langkah untuk pelaksanaan kegiatan yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun <i>Global Fund</i>	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggung jawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Globan Fund</i></li> </ul>

					Kab.
4.	Pembiayaan	Adalah merupakan pengeluaran dalam bentuk dana yang dikeluarkan untuk keperluan program malaria oleh Pemerintah dan <i>Global Fund</i> , baik itu mulai dari proses pencairan, penggunaan dan pertanggungjawabannya	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I dan Bagian Keuangan GF</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua dan bagian Keuangan GF</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Globan Fund</i> Kab. Dan Bagian Keuangan GF</li> </ul>
5.	Pelayanan	Adalah layanan yang diberikan baik oleh pemerintah ataupun pihak lain dalam program malaria, baik itu berupa sumber daya manusia, sarana dan prasarana maupun sistem rujukan terhadap masyarakat, yang tujuannya untuk peningkatan derajat kesehatan	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Global Fund</i> Kab.</li> </ul>
6.	Monitoring dan Evaluasi	Adalah kegiatan untuk pengawasan dan penilaian kegiatan program malaria sesuai dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan target yang telah ditetapkan.	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab</li> </ul>

					Malaria, PR <i>Global Fund</i> Kab.
7.	Akses peningkatan Pelayanan	Adalah akses yang diberikan Pemerintah maupun <i>Global Fund</i> dalam peningkatan pelayanan, seperti insentif, pelatihan dan promosi yang tujuannya guna pelayanan yang lebih baik.	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Kementerian Kesehatan R.I</li> <li>• Ka.Bid P2PL, Penanggungjawab Malaria dan PR <i>Global Fund</i> Propinsi Papua</li> <li>• Ka.bid P2PL Kab.Kepulauan Yapen, Penanggungjawab Malaria, PR <i>Global Fund</i> Kab.</li> </ul>



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah menggunakan metode kualitatif dengan wawancara mendalam dan studi literatur yang berhubungan dengan Sistem Kesehatan dan *Global Fund* dengan pengumpulan data melalui informan terkait dengan cara wawancara mendalam, karena ingin menggali lebih mendalam mengenai Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen, pada bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2012.

#### 4.3 Informan

Penentuan informan dalam penelitian kualitatif merupakan hal yang paling krusial, sehingga pemilihan informan dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Informan dipilih secara sengaja (*purposive sampling*), sehingga diharapkan sesuai dengan kebutuhan penelitian. Selanjutnya proses pengumpulan informasi dilakukan hingga tidak ditemukan lagi variasi informasi baru karena sudah cukup. Teknik *snowball sampling* dapat digunakan untuk memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang sudah mungkin. Sehingga informan pada penelitian ini yaitu Bagian Subdit Pengendalian Malaria, PR *Global Fund*, Kementerian Kesehatan, Bagian Keuangan PR Malaria, Bagian Keuangan Sub dit Pengendalian Malaria, Ka.Subdin P2PL Dinas Kesehatan Propinsi Papua, Penanggungjawab Program Malaria, PR *Global Fund*, Propinsi Papua, Bagian Keuangan PR Malaria Propinsi Papua, Ka.Bid P2PL Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, Penanggung Jawab Program Malaria, PR *Global Fund* Kabupaten Kepulauan Yapen dan Bagian Keuangan PR Malaria.

#### 4.4 Pengumpulan Data

##### 4.4.1 Data Primer

Untuk menghindari hal – hal yang tidak diinginkan sebelum dan selama wawancara, antara peneliti dan informan perlu disiapkan *informed concern* , dimana peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, sehingga tidak terjadi kesalahpahaman kedua belah pihak.

Langkah - langkah kegiatan yang dilaksanakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Membuat pedoman wawancara yang topiknya sesuai dengan penelitian
- b. Mempersiapkan alat seperti tape recorder, alat tulis dan pedoman wawancara
- c. Membuat agenda dengan informan kapan, dimana wawancara dapat dilakukan.
- d. Melakukan wawancara mendalam dengan informan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
- e. Membuat pencatatan hasil wawancara yang dibutuhkan secara lengkap dan utuh
- f. Melakukan analisa untuk mendapatkan resume hasil penelitian.

##### 4.4.2 Data Sekunder

Data sekunder dikumpulkan dengan melakukan telaah dokumen, untuk mendapatkan hasil laporan tahunan program malaria baik di Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten dan *Global Fund*, data ketenagaan di puskesmas, data pembiayaan program serta data lain yang terkait dengan penelitian.

#### 4.5 Pengolahan Data

Data yang sudah terkumpul melalui hasil rekaman maupun yang tercatat dalam pedoman observasi ditransfer ke dalam bentuk transkrip dan kemudian disederhanakan dalam bentuk matriks. Selanjutnya untuk validasi data peneliti melakukan cross check dengan menggunakan triangulasi metode, yaitu dengan metode wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen, kemudian dengan

triangulasi sumber yaitu cross check dengan informan lain dan yang terakhir yaitu triangulasi data dengan melibatkan peneliti lain. Untuk instrument dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, selain menggunakan pedoman, baik wawancara mendalam dengan dibantu tape recorder dan observasi dengan menggunakan pedoman observasi. Sedangkan data sekunder digunakan sebagai informan tambahan untuk mendukung penelitian ini.

#### **4.6 Analisa Data**

Data yang telah dikumpulkan dari informan kemudian diolah dengan tujuan mendapatkan informasi yang ada, hasil yang diperoleh dituangkan dalam bentuk matriks. Data yang terkumpul dikelompokkan sesuai dengan kategori, sesuai dengan tujuan penelitian, setelah dikelompokkan sesuai dengan tujuan, maka data tersebut dilakukan analisis isi (content analisis). Hasil pengolahan data yang telah diringkas ke dalam bentuk matriks tadi kemudian pada analisis diuraikan kembali dalam bentuk narasi untuk kemudian dilakukan konseptualisasi dan konfigurasi data.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Pelaksanaan Penelitian**

Dalam penelitian ini, peneliti menyajikan karakteristik subjek secara kualitatif yang bersumber dari data primer maupun dari data sekunder yang kemudian dianalisis. Data primer merupakan data yang diperoleh melalui wawancara mendalam, informan yang dipilih adalah merupakan informan kunci pada Kementerian Kesehatan, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen.

Untuk data sekunder didapatkan dari penelusuran dokumen, baik pada profil kesehatan maupun laporan tahunan pada program malaria dan penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri pada bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2012.

#### **5.2 Karakteristik Informan**

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 12 orang dari 3 instansi berbeda, terdiri : 4 orang dari Kementerian Kesehatan, yaitu : Subdit malaria, bagian keuangan subdit malaria, PR *Global Fund* dan bagian keuangan *global fund*. 4 orang dari Dinas Kesehatan Propinsi Papua, yaitu : Kepala Bidang, Penanggung jawab malaria Propinsi, PR *Global Fund* Propinsi dan bagian Keuangan *Global Fund* Propinsi dan 4 orang dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen, yaitu : Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, Kasie Pemberantasan Penyakit, PR *Global Fund* Kabupaten dan Bagian Keuangan *Global Fund*.

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara dengan lama wawancara bervariasi antara 30 – 70 menit dan frekuensi wawancara sebanyak 1 – 2 kali. Karakteristik informan yang dikumpulkan meliputi , pendidikan, jabatan dan lama bekerja dalam jabatan tersebut, berikut merupakan karakteristik informan :

Tabel 5.1. Karakteristik Informan

No.	Informan	Instansi	Jabatan	Pendidikan	Lama Bekerja
1	Informan P1	Subdit Malaria Dit PPBB Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan	Kepala Seksi	S2 Epidemiologi	9 tahun
2	Informan P2	Dinkes Propinsi Papua	Kepala Bidang	Dokter	17 tahun
3	Informan P3	Dinkes Propinsi Papua	Penanggung Jawab Program Malaria	S2	16 tahun
4	Informan P4	Dinas Kesehatan Kab. Kepulauan Yapen	Kepala Bidang	S2	19 tahun
5	Informan P5	Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen	Kepala Seksi	S1	16 tahun
6	Informan G1	Kementerian Kesehatan	Koordinator Project Management Unit Globan Fund Komponen Malaria	S3	35 tahun
7	Informan G2	Dinkes Propinsi	PO GF Malaria Propinsi Papua	S2	7 tahun
8	Informan G3	Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen	M & E GF-Komponen Malaria	S1	25 tahun
9	Informan G4	Kementerian Kesehatan	Financial Coodinator	S1	7 tahun
10	Informan G5	Dinas Kesehatan Propinsi Papua	Financial Administration	D3	26 tahun
11	Informan G6	Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen	Finacial Administration	S1	4 tahun
12	Informan P 6	Kementerian Kesehatan	Bagian Keuangan	S1	6 tahun

## 5.2 Hasil

### 5.2.1 Penatalayanan dan Pemerintah

Beberapa hal penting dalam penatalayanan dan pemerintah dalam program malaria dalam penelitian ini adalah menyangkut tentang kebijakan dalam sistem kesehatan dan *global fund*, peran masing – masing komponen, pengaturan program dan pengaruh pendanaan GF jika dihentikan. Dari beberapa informan mengetahui tentang arah dan tujuan dari kebijakan program malaria sesuai dengan sistem kesehatan, diantaranya yang disampaikan informan (P1) dari Kementerian Kesehatan, yaitu menyatakan bahwa :

*“Kebijakan program Malaria di Indonesia secara nasional adalah: 1) Diagnosa malaria harus terkonfirmasi mikroskop/uji reaksi cepat (RDT) STOP Malaria Klinis ; 2) Pengobatan dengan Artemisinin based Combination Therapy (ACT) STOP Klorokuin ; 3) Pencegahan penularan malaria dengan distribusi kelambu (LLIN) penyemprotan (IRS), repellent, larvasiding ; 4) Memperkuat desa siaga pembentukan Posmaldes ; 5) Kemitraan melalui Forum Gebrak Malaria” (P1)*

Sedangkan informan (P 2) dari Bidang PP dan HIV Propinsi Papua menyatakan bahwa kebijakan program malaria mencakup lima kegiatan pokok salah satunya pencapaian eliminasi dan informan (P 3) sebagai penanggung jawab program malaria Propinsi menyatakan bahwa kebijakan itu harus berpihak terhadap masyarakat dengan memberikan pelayanan yang sebaik – baiknya, berikut merupakan pernyataan dari informan :

*“Kebijakan program malaria ada 5, yaitu : Penemuan kasus/diagnose malaria harus konfirmasi laboratorium mikroskop/RDT, Pengobatan menggunakan pedoman pengobatan malaria, gunaka ACT, Penegakkan penularan malaria, distribusi kelambu, penyemprotan rumah, skrining bumil, pengobatan sesuai standar, Kerja sama lintas sector/lintas program dalam pengendalian vector malaria dan Pemberdayaan masyarakat untuk mencapai eliminasi” (P 2)*

*“Kebijakan program malaria itu Papua yang mendasar bahwa kita harus berpihak pada masyarakat dengan memberikan pelayanan yang sebaik – baiknya sesuai dengan standar kita harus lengkapi, misalnya konfirmasi laboratorium 100 %” (P 3)*

Kebijakan program malaria merupakan suatu alat atau ukuran dan kebijakan diarahkan pada pengendalian dan pemberantasan yang meliputi beberapa bagian, hal tersebut disampaikan oleh informan bagian Pengendalian Masalah Kesehatan

(P 4) dan informan (P 5) bagian seksi Pengendalian Penyakit Kabupaten Kepulauan Yapen.

*“Kebijakan program malaria yaitu suatu alat atau ukuran sebagai pedoman untuk melaksanakan program malaria” (P4)*

*“Kebijakan yang diarahkan pada pengendalian dan pemberantasan meliputi : Penyediaan & pemanfaatan/integrasikan mikroskop yang tersedia dilapangan, Penyediaan Rapid Diagnostik Test (Dipstik) sebagai penunjang kegiatan mikroskopist, Pelatihan tenaga mikroskopist dan pemantapan kualitas pemeriksaan laboratorium, Penemuan dan pengobatan masal didaerah kasus tinggi secara teratur menggunakan obat anti malaria efektif a.l: Artemisinin Combination Therapy (ACT), Pencegahan dgn kelambu berinsektisida (LLITN), Pembentukan Posmaldes didaerah sulit” (P5)*

Beberapa informan dari bagian *Global Fund* dari Kementerian Kesehatan, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen menyatakan bahwa *Global Fund* menyesuaikan dengan kebijakan Nasional dan merupakan salah satu program perbantuan dengan diagnose malaria melalui konfirmasi laboratorium, berikut merupakan petikannya :

*“Pada prinsipnya GF ini hanya salah satu sumber dana, tapi sifatnya substitusi dari sumber utama program, sifatnya hanya dana pendamping” (G 1)*

*“Globan Fund menyesuaikan dengan kebijakan secara Nasional” (P 2)*

*“Kebijakan GF adalah ; diagnosa malaria terkonfirmasi Laboratorium/RDT, Pengobatan menggunakan ACT, Tindakan preventif dengan kelambu, IRS dan repelent, kerjasama dengan Pemerintah dan Lembaga Sosial, Pemberdayaan masyarakat” (G 3)*

Dalam komponen Sistem Kesehatan dan *Globan Fund*, ada peran yang dilaksanakan untuk kegiatan program malaria, hal ini disampaikan oleh beberapa informan dari pihak Pemerintah, baik itu dari Kemenkes, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen, meskipun pernyataannya ada yang tidak terperinci.

*“Peran pemerintah (pusat) dalam program malaria adalah membuat kebijakan, aturan (NSPK) dan menyediakan pendanaan sesuai dengan peraturan. Melakukan juga asistensi teknis serta advokasi ke pengambil kebijakan di daerah” (P 1)*

*“Peran Pemerintah dalam program malaria, justru masih didominasi oleh Pemerintah dengan penyediaan anggaran yang semakin meningkat” (P 2)*

*“Pemerintah harus lebih kepada kebijakan, penyediaan dana yang terkait dengan program sehingga memudahkan pencapaian target” (P 3)*

*“Peran Pemda dalam program malaria menyediakan dana sering, setiap tahun selalu ada sering” (P 4)*

*“Peran Pemerintah dalam program masih terfokus pada penyediaan Anggaran tetapi belum berperan dalam penataan program sesuai kebijakan program malaria” (P 5)*

Peran global fund dalam program malaria lebih ke penyandang dana,hal ini disampaikan beberapa informan dari pemerintah,(P 1 dan P 3)

berikut petikannya :

*“Peran Global Fund dalam program malaria adalah sebagai donor” (P 1)*

*“Kalau untuk global fund terutama dalam penyediaan dana” (P 3)*

Sedangkan informan dari pihak global fund menyatakan bahwa sifatnya adalah untuk intensifikasi pelaksanaan program malaria dan mendukung operasional dari kegiatan di lapangan ataupun untuk perencanaan, pelaksanaan dan monitoring,

*“sifatnya untuk intensifikasi pelaksanaan program malaria” (G 1)*

*“Mendukung operasional dari kegiatan di lapangan,misalnya logistic : kelambu, RDT dan insentif untuk petugas Prinsipnya GF hanya mendukung saja, sedangkan kegiatannya dilaksanakan oleh unit pelayanan kesehatan pemerintah” (G 2)*

*“Untuk kegiatan operasional di lapangan” (G 3)*

Untuk pengaturan program malaria oleh Sistem Kesehatan menurut informan menyatakan bahwa sudah sesuai dengan Sistem Kesehatan (P 1 ) tetapi ada beberapa informan menyatakan bahwa belum sesuai dengan Sistem Kesehatan dikarenakan dananya yang minim (P 4 dan P 5).

*“Kebijakan program malaria sudah sesuai dengan subsistem dalam SKN, yaitu mulai dari pelayanan kesehatan bahwa semua kasus suspek harus dikonfirmasi dan diobati dengan obat yang sesuai standar, subsistem pembiayaan bahwa obat anti malaria diberikan secara gratis, subsistem SDM kesehatan maka program malaria melakukan pelatihan-pelatihan untuk tenaga kesehatan yang terlibat dalam program malaria (dokter, perawat, bidan, pengelola program, laboratorium, entomologi dll) walaupun secara berjenjang sesuai tupoksi, subsistem farmasi & alkes bahwa obat malaria mengikuti kebijakan satu pintu melalui ditjen bina farmasi, subsistem manajemen dan system informasi maka malaria juga mempunyai sistem surveilans dan informasi mulai dari puskesmas*

*sampai pusat mengikuti sistem surveilans nasional, subsistem pemberdayaan masyarakat : malaria tidak bisa ditanggulangi oleh pemerintah bahkan sector kesehatan saja, sehingga perlu adanya peran lintas sector dan peran serta masyarakat yang sudah diwujudkan dengan adanya pos malaria desa, Participatory Learning and Action (PLA) di beberapa wilayah dan juga adanya malaria center sebagai inovasi daerah dalam menanggulangi malaria bersama lintas sector” (P 1)*

*“Pengaturan program, belum sesuai dengan sistem kesehatan, alokasi dana sangat minim, malaria yang menjadi penyakit tertinggi di Papua tidak mendapatkan alokasi dana yang sesuai” (P 4)*

*“Pengaturan program malaria sampai saat ini belum sesuai dengan system kesehatan nasional, disebabkan oleh tingkat kebutuhan di daerah. Secara procedural hampir mendekati tetapi penjangkauan program untuk terlaksana sampai pada daerah – daerah sulit belum biasa tercapai” (P 5)*

Sedangkan pengaturan program malaria oleh informan dari global fund (G 1), menyatakan bahwa prinsipnya adalah akan menunjang pendanaan yang langsung berdampak terhadap masyarakat, hal ini juga disampaikan oleh informan penanggung jawab malaria Propinsi Papua (P 3) bahwa aturannya tidak berdiri sendiri, tetap terkait dengan program malaria yang ada di Dinas Kesehatan dan sayangnya dana sudah mulai berkurang (P 4), berikut merupakan petikannya :

*“Prinsipnya yang utama GF yaitu : akan menunjang pendanaan yang langsung berdampak terhadap masyarakat, dalam rangka pembinaan atau pemberdayaan sumber daya manusianya sehingga kegiatan GF ini lebih banyak mengarah penemuan penderita yang langsung ke masyarakat, Pengendalian vector salah satunya adalah distribusi kelambu” (G 1)*

*“Aturannya tidak berdiri sendiri, dia tetap terkait dengan program malaria yang ada di dinas kesehatan, tetapi namanya bantuan dia tetap ada rambu – rambu tersendiri, terutama dari dananya” (P 3)*

*“Untuk global fund, pengaturan programnya jelas, setiap kegiatan harus diintervensi, sayangnya dana GF saat ini sudah berkurang” (P 4)*

Pada saat ini program malaria masih mendapatkan dukungan pendanaan dari *Global Fund* untuk membantu dalam kegiatan operasional di lapangan dan tiap tahun dananya mulai berkurang, hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap program malaria nantinya jika tidak ditindak lanjuti oleh Pemerintah. Seperti yang disampaikan beberapa informan baik dari Pemerintah maupun dari *Global Fund* sendiri bahwa : perlu adanya exit strategy (P 1 dan P 2).

*“Perlu adanya exit strategy agar pemerintah daerah mampu dan mau menyediakan dana. Jika ini tidak terjadi, memang agak mengkhawatirkan terutama untuk operasional di tingkat bawah” (P 1)*

*“Jika dihentikan GF malaria, kita harus menyiapkan exit strategy dengan mengalokasikan dana/anggaran baik APBD I maupun APBD II dan meningkatkan peran serta masyarakat” (P 2)*

Sedangkan dari pihak global fund menyatakan bahwa kalau secara mendadak akan terjadi kolep ataupun mengalami kemunduran karena pemerintah belum siap, berikut petikannya :

*“Kalau mendadak akan membuat “kolep” karena memang sementara ini operasional – operasional di lapangan masih banyak ditunjang oleh GF malaria, tetapi jika secara bertahap sambil menggali sumber daya yang lain tidak akan masalah karena kontribusi dari GF semakin lama semakin kecil” (G 1)*

*“Akan mengalami kemunduran lagi, karena pemerintah tidak siap” (G 2)*

#### 5.2.2 Perencanaan

Dalam pelaksanaan kegiatan program malaria diawali dengan proses perencanaan, karena dengan proses perencanaan yang baik akan dapat menghasilkan kegiatan yang baik pula. Beberapa pernyataan informan mengenai perencanaan program malaria, baik itu oleh pemegang program ataupun *global fund*. Menurut informan ( P 1) proses perencanaan dilakukan sedapat mungkin berdasarkan data yang ada dan berdasarkan kondisi di setiap puskesmas ( P 4 ).

*“Proses perencanaan dilakukan sedapat mungkin dengan data yang ada. Misalnya untuk perencanaan obat maka dilihat/mempertimbangkan jumlah kasus. Yang berperan adalah staff malaria, memberikan masukan kepada penanggungjawab perencanaan, dan juga masukan dari daerah” (P1)*

*“Perencanaan dilakukan oleh bagian program malaria dengan melihat data dan kondisi di setiap puskesmas dan melihat dari kegiatan tahun sebelumnya dan yang terlibat biasanya dari Dinas dan Bappeda” (P4)*

*“Mengacu pada kebijakan program dan sesuai kondisi daerah. Yang terlibat : Pengelola Program malaria, kepala seksi dan dan kabid dengan memperhatikan perencanaan dari tingkat Puskesmas” (P5)*

Sedangkan menurut informan dari *global fund* bahwa perencanaan berdasarkan data – data dari daerah (G1) dan berdasarkan input dari Puskesmas (G3), kalau menurut informan (G2) dari Propinsi Papua menyatakan bahwa prinsipnya GF dibuat berdasarkan perencanaan 5 tahun yang lalu, berikut petikannya :

*“Yang diatur dalam perencanaan program malaria : Sebetulnya data – data malaria sendiri diharapkan butter up dari daerah setelah itu dalam perencanaan ini dilakukan oleh tim pusat, biasanya ada tim konsultan atau tim ahli lainnya yang nanti akan konsultasi dengan GF dalam hal ini dibantu oleh local funding agency setelah ini nanti selesai rencana ini diturunkan ke propinsi dan kabupaten” (G1)*

*“Direncanakan berdasarkan input laporan dari puskesmas, yang terlibat dalam proses tersebut adalah semua kepala puskesmas, penanggungjawab program di kabupaten, kepala bidang dan kepala dinas” (G3)*

*“Prinsipnya GF dibuat berdasarkan perencanaan 5 tahun yang lalu dan dibuat oleh Kemenkes, jadi otomatis itu merupakan kebutuhan program yang telah dibuat Kemenkes, sehingga sisanya maksudnya kegiatan yang tidak didanai” (G2)*

Untuk pengaturan dalam perencanaan program malaria menurut sistem kesehatan,informan memiliki pandangan yang bervariasi. Berdasarkan informan (P1) menyatakan semua sub sistem dalam sistem kesehatan ataupun perencanaan sesuai dengan pedoman Nasional (P2).

*“Semua subsistem” (P1)*

*“Perencanaan sesuai dengan pedoman Nasional” (P2)*

Kalau menurut informan dari Kabupaten Kepulauan Yapen menyatakan bahwa : yang diatur dalam sistem kesehatan lebih ke infrastruktur, logistic dan SDM dan apa yang tidak diatur dalam GF akan dimasukkan ke rutin.

*“Yang diatur dalam sistem kesehatan adalah lebih ke arah infrastruktur, SDM dan logistic” (P4)*

*“Biasanya yang tidak diatur dalam GF, kita masukkan untuk dimasukkan di rutin ataupun misalnya yang dibiayai GF untuk 3puskesmas sisanya kita masukkan dirutin” (P5)*

Perencanaan yang diatur oleh *Global Fund* lebih kearah perbantuan untuk menunjang logistic dan acuannya dibuat Kemenkes untuk menurunkan API dalam

mencapai eliminasi 2030, sedangkan menurut informan (G3) pengaturannya lebih ke arah dan kebijakan program.

*“Globan Fund lebih ke arah perbantuan guna menunjang logistic, misalnya untuk penemuan penderita” (G1)*

*“Kemenkes membuat acuan bahwa kita harus menurunkan API untuk eliminasi malaria sampai 2030 kegiatannya apa saja, setelah itu pemerintah propinsi rencana program di tingkat propinsi dan sifatnya hanya membuat pelatihan dan bantuan logistic untuk Kabupaten, sedangkan Kabupaten harus membuat perencanaan operasional dan dana” (G2)*

*“Arah dan kebijakan program serta pendanaan” (G3)*

Sedangkan untuk proses perencanaan yang baik untuk program malaria, semua informan mengatakan bahwa sebaiknya berasal dari bawah atau *Bottom up*. Untuk program perbantuannya sendiri, apabila dihentikan akan berpengaruh terhadap kegiatan di lapangan, sebaiknya dilakukan secara bertahap, berikut pernyataan dari beberapa informan :

*“Pasti ada pengaruhnya jika sistem pembiayaan kesehatan masih seperti sekarang” (P1)*

*“Kalau berhenti pada tahun 2015, mungkin kita harus menyiapkan lebih insentif, strategi apa yang harus kita tempuh terutama dalam penganggaran di 16 Kabupaten/Kota harus sudah kita mulai dari sekarang” (P2)*

*“Bagaimanapun kita menyadari walaupun bagaimana pelan - pelan dengan kondisi Indonesia yang meningkat, sehingga proporsi dana untuk Indonesia semakin lama semakin menurun Mencari sumber lain sehingga kebutuhan program malaria ini akan terpenuhi ini yang kita sebut dengan exit strategi” (G1)*

*“Kalau bantuan GF dihentikan mestinya kalau dana pemerintah cukup, posisi GF digantikan oleh pemerintah, sehingga program tetap bisa berjalan” (G2)*

### 5.2.3 Pembiayaan

Salah satu hal penting yang menunjukkan kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan desentralisasi adalah dalam pembiayaan kesehatan. Reposisi pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu indikator kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan desentralisasi. Salah satunya adalah dalam program malaria yang secara

operasional juga mendapatkan bantuan dari *Global Fund*. Menurut beberapa pernyataan informan dari Pemerintah tentang besaran dana untuk kegiatan program malaria, tidak disampaikan secara terperinci besaran dananya tetapi mereka lebih menyampaikan dalam bentuk persentasinya, sehingga dirasakan masih kurang dalam melakukan kegiatan, hal tersebut juga disampaikan bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Kabupaten Kepulauan Yapen bahwa dana untuk program malaria tahun 2011 Rp. 75.000 atau sekitar 1% dari DPA Kabupaten.

*“Tidak lebih dari 20 %” (P1)*

*“Masih sangat kecil APBN + APBD < 5 %” (P2)*

*“Ada peningkatan tiap tahunnya, tetapi juga belum bisa memenuhi untuk program malaria sendiri” (P3)*

*“Tahun 2011, Rp. 75.000.000,-, tahun 2012 75.000.000,- juga” (P4)*

*“1% dari DPA kabupaten” (P5)*

Kalau pembiayaan menurut *Global Fund* sebesar 60 % dan 40 % berasal dari luar *Global Fund*, tetapi setiap tahunnya ada penurunan anggaran dan pada prinsipnya dana tersebut sudah sangat membantu dalam pelaksanaan program malaria, berikut petikannya :

*“Secara teoritis dulu hampir 100 % setelah itu ada kontribusi 10 % dan sekarang ini diharapkan 60% % saja dan 40 % diluar dari GF” (G 1)*

*“Semakin mengecil tiap tahunnya” (G3)*

*“Besaran yang diberikan sangat membantu kegiatan malaria di Indonesia” (G 4)*

Pernyataan tersebut dipertegas bahwa besaran yang diberikan sangat membantu malaria di Indonesia dan untuk Papua dananya sekitar 5 milyar untuk 16 Kabupaten dan juga tergantung work plan Kabupaten.

*“Besaran yang diberikan sangat membantu kegiatan malaria di Indonesia” (G 4)*

*“Sekitar 5 m untuk 16 Kabupaten” (G5)*

*“Berdasarkan work plan program GF Kabupaten Kepulauan Yapen dan besaran dananya tidak menentu setiap periode atau kuartal” (G6)*

Peruntukkan dana baik dari Pemerintah ataupun *Global Fund* pada prinsipnya untuk mendukung operasional di lapangan dalam program malaria. Menurut informan dari pemerintah menyatakan bahwa anatara dana rutin dan GF saling mengisi,

*“Pendanaan rutin APBN dan APBD serta Global Fund saling melengkapi untuk pelaksanaan program pengendalian malaria mulai dari penyusunan NSPK, Pengadaan logistic (obat, alat, bahan lab, kelambu, dll), asistensi teknis, operasional di lapangan, KLB, monitoring dan evaluasi” (P1).*

*“Pendanaan rutin tahun 2012 : logistic : RDT mikroskop, kelambu, Cross cheker, Bintek, Pelatihan tenaga surveillance, Promkes” (P2)*

*“Dana rutin digunakan untuk penyemprotan rumah masyarakat, bintek program” (P4)*

Sedangkan peruntukan dana yang berasal dari *Global Fund*, menurut informan digunakan untuk operasional, pengendalian vector, penyehatan sumber daya, logistic dan insentif petugas, berikut petikannya :

*“Untuk operasional yang langsung berdampak kepada masyarakat yang salah satunya penemuan pengobatan penderita, Pengendalian vector yang juga berdampak kepada masyarakat, seperti distribusi kelambu dan penyemprotan rumah, Untuk penyehatan sumber daya seperti pelatihan – pelatihan, monitoring evaluasi yang sifatnya untuk mengevaluasi program, Penyiapan logistic untuk penunjang operasioanal” (G1)*

*“Untuk pengadaan logistik itu dari pusat, pelatihan - pelatihan tenaga, MBS dan untuk pelaporan” (G2)*

*“GF lebih ke logistic dan insentif untuk petugas” (G3)*

*“60 % untuk peralatan kesehatan dan 40 % pembiayaan rutin untuk kegiatan” (G4)*

Mengenai pengaruh pendanaan yang diberikan *Global Fund* terhadap peningkatan program malaria, dari semua informan menyatakan bahwa ada pengaruhnya terhadap peningkatan cakupan, pencatatan dan pelaporan.

*“Dana dari GF sangat membantu pencapaian program di daerah” (P1).*

*“Berpengaruh terhadap cakupan” (P2)*

*“Cakupan program lebih meningkat terutama penemuan dan pengobatan secara aktif (MBS)” (P4)*

*“Sangat bagus,kita liat saja sistem pelaporan di daerah GF cukup bagus, sedangkan di daerah yang bukan GF tidak pernah masuk” (G2)*

Selain itu juga menurut informan dapat berpengaruh terhadap integrasi malaria dengan ibu hamil ataupun dengan program imunisasi, ataupun dapat memacu dan meningkatkan motivasi terhadap petugas.

*“Melakukan integrasi antara malaria dan kesehatan ibu bagaimana caranya agar ibu hamil tidak tertular malaria dengan meningkatkan kunjungan bumil ke petugas KIA dan melakukan sekrening dan pemberian kelambu, Kalau di Papua integrasi dengan imunisasi tujuannya supaya bayi yang memperoleh imunisasi lengkap itu meningkat tapi disatu pihak bayi tersebut kita berikan kelambu supaya terlindungi malaria” (G1)*

*“Sangat berpengaruh dalam mendukung pelaksanaan kegiatan pemberantasan penyakit malaria, dengan adanya dana dari GF dapat memacu atau memberikan motivasi bagi para petugas di lapangan” (G6)*

Menurut informan pengaruh pembiayaan dari *Global Fund*, jika program perbantuannya dihentikan, hampir semua informan mengatakan bahwa akan berpengaruh, terutama untuk daerah – daerah yang mendapat bantuan dari global fund tetapi harus disikapi dengan exit strategy. Untuk itu Pemerintah secara bertahap harus sudah memasukkan apa yang dibiayai oleh GF ke program malaria secara rutin. Berikut kutipannya :

*“Tentu berpengaruh, namun tetap harus disikapi dengan menyusun exit strategy” (P1)*

*“Jelas berpengaruh, terutama di daerah yang mendapat bantuan program malaria dari GF, dan yang harus dipikirkan apa yang dibiayai GF harus dilanjutkan” (P3)*

*“Kalau dari segi pembiayaan,jelas berpengaruh karena dana pendukung akan berkurang untuk melaksanakan kegiatan” (P5)*

*“Kalau secara langsung akan berpengaruh, harus secara bertahap” (G1)*

*“Kita selalu berusaha setiap tahunnya apa yang didanai oleh GF sudah harus dimasukkan ke program dan itu sudah ada deprogram” (G5)*

#### 5.2.4 Pelayanan

Pelayanan Kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat. Pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, baik dalam bentuk sarana maupun perorangan oleh tenaga kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan khususnya program malaria harus memperhatikan beberapa hal penting, terutama kesediaan sumber daya manusia sebagai pelaksana dalam pelayanan, sistem rujukan ketersediaan sarana dan prasarana pendukung dan pembiayaannya sendiri.

Menurut beberapa informan menyangkut ketersediaan sumber daya manusia dalam program malaria menyatakan bahwa ketersediaan SDM merupakan salah kendala dalam program malaria karena dirasakan masih kurang.

*“Ketersediaan SDM memang menjadi salah satu kendala dalam pengendalian malaria. Apalagi kejadian malaria sebagian besar adalah di daerah remote atau yang memang akses terhadap yankes masih kurang” (P1)*

*“Ketersediaan SDM untuk menangani malaria juga sangat kurang, banyak Puskesmas yang tidak ada tenaga kesehatan” (P2)*

*“Belum cukup, sehingga kita mengotrak dokter dan beberapa tenaga di unit pelayanan masih merangkap sebagai penanggungjawab program” (P3)*

Tetapi ada beberapa informan juga menyatakan bahwa selain masih kurang, seringkali pengelola program pindah tempat tugas dan penyebaran petugas yang tidak merata disetiap puskesmas.

*“Distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi belum merata pada puskesmas – puskesmas” (P5)*

*“Masih kurang dan biasanya petugas program sering pindah tempat tugas” (G2)*

*“Penyebarannya yang tidak merata dan seringkali pergantian pengelola di puskesmas” (G3)*

Salah satu bagian penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah sistem rujukan kesehatan. Sistem rujukan merupakan suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung

jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertical ataupun secara horizontal. Untuk sistem rujukan pada umumnya menurut informan tidak dibedakan antara *global fund* dengan pemerintah tetap mengikuti sistem rujukan yang ada.

*“Sudah ada sistem rujukan untuk malaria baik kasus maupun laboratorium, mulai dari puskesmas sampai RS, mengikuti sistem rujukan pada umumnya” (P1)*

*“Kalau untuk rujukan tidak dibedakan, sistemnya tetap mengikuti sistem rujukan yang ada di unit pelayanan” (P3)*

*“Pada prinsipnya mengikutin sistem rujukan yang sudah diatur di unit pelayanan” (G2)*

Tetapi ada menurut informan sistem rujukan pada saat ini masih belum berjalan dengan baik, dikarenakan sumber daya manusia kita di unit pelayanan masih belum memahami.

*“Untuk sistem rujukan baik rutin maupun GF, juga masih belum baik” (P2)*

*“Sistem rujukan sebenarnya baik rutin maupun global fund diharapkan berjalan, namun selama ini tidak berjalan dengan baik karena SDM Kesehatan kita di layanan kurang memahami” (P4)*

Ketersediaan sarana dan prasarana dalam pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat penting guna menunjang pelayanan kesehatan yang optimal, sehubungan dengan itu menurut beberapa informan mengatakan bahwa untuk sarana dan prasarana selalu tersedia dalam jumlah yang cukup tersedia di unit pelayanan.

*“Sarana dan prasarana untuk perawatan malaria mengikuti/terintegrasi dengan program pelayanan kesehatan di Indonesia, tidak ada RS khusus untuk malaria” (P1)*

*“Untuk sarana dan prasarana, sudah tersedia di unit pelayanan, tetapi penyebarannya yang tidak merata dan kekurangannya sementara dilengkapi, terutama untuk daerah – daerah terpencil” (P3)*

*“Sarana dan Prasarana cukup tersedia” (P4)*

*“Sarana dan prasarana untuk itu selalu tersedia dalam jumlah yang cukup” (G3)*

Untuk penyediaannya bukan hanya tanggung jawab *Global Fund* saja tetapi merupakan tanggung jawab bersama karena *Global Fund* menyediakan sarana dan prasarana untuk daerah yang merupakan tanggung jawab *Global fund* saja.

*“GF tidak mungkin bisa memenuhi semua daerah unit pelayanan, GF hanya membantu daerah GF saja, untuk itu apabila terjadi kekurangan daerah yang harus memenuhinya karena merupakan tanggung jawab bersama” (G2)*

Begitu pula untuk sarana dan prasarana laboratorium, *globo fund* dan program saling melengkapi, apabila terjadi kekurangan akan diupayakan melalui dana APBN atau APBD dan yang disediakan oleh *Global Fund* seperti mikroskop giemsa ataupun RDT.

*“Sarana dan prasarana laboratorium malaria diupayakan melalui APBN/APBD dan donor (GF), tidak ada pemisahan/pembagian khusus. Saling melengkapi/menunjang” (P1)*

*“Pengadaan RDT, mikroskop serta peralatan lain dilakukan. GF sudah tidak menyediakan logistic” (P3)*

*“Kita lebih ke penemuan kasus, dengan menyiapkan tenaganya, baik tenaga mikroskopis atau perawat, lebih banyak ke pelayanan kesehatan dasar” (G 1)*

*“GF menyediakan mikroskop, giemsa lakitnya RDT tapi juga tidak cukup, itu hanya dua kali pengadaan sekarang sudah tidak ada, jadi mulai tahun lalu sudah tidak ada, mulai tahun ini rencananya dari APBN tapi tetap kurang saja, misalnya yang kita butuhkan sekitar 100.000 RDT tapi yang datang sekitar 40.000 RDT “ (G2)*

Sedangkan untuk ketersediaan obat guna perawatan dan pengobatan penderita malaria menurut informan selalu tersedia dalam jumlah cukup, karena obat merupakan hal yang vital.

*“Cukup tersedia obat malaria” (P2)*

*“kalau untuk obat selalu dan harus tersedia, yang menjadi masalah adalah akses ke tempat pelayanan dan untuk penyediaan obat disediakan melalui APBN ataupun APBD” (P3)*

*“Obat merupakan hal yang sangat vital, untuk itu pemerintah selalu menyediakan dalam jumlah yang cukup dan apabila terjadi kekurangan akan didukung buffer stok dari propinsi” (P5)*

Apabila program perbantuan ini dihentikan dari faktor pelayanan terhadap program malaria, maka menurut informan tidak bermasalah karena sebelum mendapat bantuanpun pelayanan tetap berjalan.

*“Dari sisi pengobatan tidak begitu bermasalah, namun bantuan untuk penguatan SDM selama ini juga dibantu dengan GF maka harus disusun exit strategy untuk memenuhi semua melalui APBN dan APBD” (P1)*

*“Ada atau tidaknya GF pelayanan tetap berjalan” (P3)*

*“Sebelumnya juga kita tidak mendapatkan bantuan, tetapi pelayanan tetap jalan, dan sebaiknya pemerintah daerah harus lebih focus terhadap program malaria” (P4)*

*“Tidak terlalu bermasalah, karena pelayanan di unit pelayanan harus tetap berjalan sebagaimana mestinya, bukan berarti tidak ada bantuan terus pelayanan juga tidak berjalan, jelas yang dirugikan adalah masyarakat” (P5)*

*“Kalau dari segi pelayanan tidak masalah, cuma yang masalah dari segi laporannya” (G2)*

#### 5.2.5 Peningkatan Akses Pelayanan

Pembahasan mengenai akses peningkatan pelayanan kesehatan adalah pembahasan tentang apa saja yang telah dilakukan ataupun peran pemerintah atau global fund dalam program malaria, menurut informan yang telah dilakukan untuk meningkatkan akses layanan dalam program malaria bervariasi yaitu bahwa adanya integrasi program lain dan melibatkan peran serta masyarakat selain itu juga selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakat ataupun menyediakan unit pelayanan kesehatan di daerah terpencil, berikut kutipannya.

*“Integrasi dengan program lain seperti DTPK, PDBK terutama di ditjen BUK. Selain itu melibatkan peran serta masyarakat melalui pembentukan pos malaria desa (posmaldes) di daerah yang sulit akses” (P1)*

*“Untuk masyarakat kita selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik salah satunya dengan memberikan informasi – informasi yang mudah dipahami oleh masyarakat tentang malaria, sedangkan untuk petugas, dengan mengadakan pelatihan – pelatihan untuk meningkatkan kualitas dan pemberian insentif ataupun memberikan fasilitas yang memadai untuk petugas sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik” (P3)*

*“Menyediakan Upk-Upk di daerah terpencil, menyediakan peralatan dan obat – obatan, menyediakan perumahan bagi petugas kesehatan, menyediakan insentif untuk petugas lab., pengelola malaria dan bidan desa (dari GF)” (P4)*

Kalau menurut informan dari Global Fund, yang telah dilakukan untuk peningkatan akses layanan kesehatan, menegakkan diagnostik dengan RDT,

penemuan penderita dengan MBS ataupun memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, berikut petikannya :

*“Kalau dari segi prosesnya, selain puskesmas kita mengarah ke Pustu dilengkapi sarananya untuk menegakkan diagnostiknya dengan RDT, Lewat bidan desa kita lengkapi dengan RDT juga, Diluar unit pelayanan termasuk bidan desa, dengan MBS” (G1)*

*“Melalui MBS dengan penemuan langsung penderita malaria di lapangan ataupun kampung – kampung dan mengadakan pelatihan-pelatihan untuk petugas dilapangan baik untuk perawat maupun tenaga analis” (G2)*

*“Kalau untuk masyarakat kita selalu memberikan pelayanan yang prima, misalnya dengan penemuan langsung penderita malaria melalui MBS, ataupun adanya penyemprotan rumah untuk memutuskan rantai penularan, sedangkan kalau untuk petugas Menyiapkan SDM, melalui pelatihan - pelatihan dan Sumber Daya Peralatan” (G3)*

Insentif diharapkan dapat meningkatkan produktivitas kerja individu maupun kelompok, sehingga tujuan dari program dapat tercapai sesuai dengan target yang ditetapkan, menurut informan ada pemberian insentif dalam program malaria untuk pembuatan laporan yang berasal dari *Globan Fund*, sedangkan dari dana rutin tidak ada.

*“Insentif dari GF untuk pengelolaan program malaria di 16 Kabupaten/Kota, di program sendiri tidak ada insentif khusus” (P2)*

*“Kalau yang dana rutin tidak ada insentif, tetapi dari GF ada diberikan sebagai perangsang dalam bekerja” (P3)*

*“Kalau dari GF ada, biasanya untuk pengelola program untuk pembuatan laporan” (P5)*

*“Ada ya, mulai dari tingkat dinas sampai puskesmas mulai dari petugas malaria, petugas mikroskopis dan bidan koordinator di puskesmas serta bidan desa” (G1)*

*“Biasanya untuk pengelola program di lapangan, kalau mengirimkan laporan akan diberikan Rp. 100.000, mikroskopis dan bidan koordinator puskesmas Rp. 100.000 dan untuk kabupaten ada 4 yang diberikan insentif oleh GF” (G2)*

*“Ada, Bila tidak ada untuk daerah sulit akan akan berpengaruh terhadap laporan” (G3)*

Dalam mempromosikan program malaria dibutuhkan alat atau media yang baik, sehingga informasi atau pesan yang akan disampaikan pada konsumen dapat

diterima dengan baik, begitu pula sebaliknya feed back yang diterima oleh program. Menurut informan informasi yang diperoleh, yaitu informasi tentang epidemiologi penyakit malaria, angka kesakitan dan kematian serta kebiasaan penduduk di malam hari, kebiasaan menggunakan kelambu, berikut petikannya :

*“Informasi tentang epidemiologi penyakit malaria di Indonesia dan cakupan intervensi (pengobatan, kelambu, diagnosis)” (P1)*

*“Informasi yang diperoleh dari program malaria, besaran angka kesakitan dan kematian akibat malaria, berkomunikasi dengan instansi terkait lewat pertemuan koordinasi (P2)*

*“Informasi tentang kebiasaan penduduk di malam hari, kebiasaan menggunakan kelambu, kebiasaan menggunakan pelindung dan jumlah atau besaran kasus malaria berdasarkan kelompok umur, kebiasaan patuh minum obat atau tidak” (P4)*

Kalau menurut informan dari *Global Fund* informasi yang ingin diperoleh adalah ketersediaan tenaga, daerah – daerah endemis, angka APInya dan cakupan program malaria.

*“informasi yang diperlukan adalah :Ketersediaan tenaga berarti berhubungan dengan puskesmas dan pustu, tetapi ada daerah yang jauh dari puskesmas, jauh dari jangkauan pustu ataupun bidan desa, yang kita perlukan sebenarnya lokasi – lokasi endemisitasnya, daerah – daerah endemis, Daerah yang dicurigai endemisyang disebabkan akses ke wilayah tersebut tertutup” (G1)*

*“intinya berapa APInya, berapa cakupan pengobatannya, obat yang diberikan apa dan ada penurunan kasus tidak” (G2)*

*“Cakupan penderita yang ditemukan melalui konfirmasi laboratorium dan diobati dengan ACT, Pengendalian dan pemberantasan vektor untuk menurunkan angka kesakitan”(G3)*

Sehubungan dengan pendanaan yang diberikan *Global Fund* hubungannya dengan akses peningkatan pelayanan apabila program tersebut dihentikan menurut informan dari segi pelayanan tidak bermasalah bila dilakukan secara bertahap dan ini merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah.

*“Dari segi pelayanan tidak begitu bermasalah, namun bantuan untuk penguatan dan operasional SDM selama ini juga dibantu dengan GF maka harus disusun exit strategy untuk memenuhi semua melalui APBN dan APBD” (P1)*

*“Tidak masalah, karena merupakan tanggung jawab Pemda” (P4)*

*“Tidak masalah, karena di puskesmas sifatnya hanya mengumpulkan laporan dan memberikan sistem pengobatan yang baru” (G2)*

*Tidak ada pengaruh, bila secara berlahap direncanakan oleh daerah apa yang dilakukan oleh GF” (G3)*

#### 5.2.6 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dapat mempermudah kita dalam mengamati terus – menerus trend dan masalah dan bila perlu melakukan penyesuaian dalam rencana implementasi atau proses pengelolaan secara tepat waktu. Bila dikaitkan dengan sistem monitoring yang kokoh, evaluasi tidak hanya dapat mengidentifikasi hasil – hasil program, tetapi juga dapat menyediakan informasi mengenai kapan, mengapa dan bagaimana implementasi program tidak sesuai dengan rencana semula dan kemudian menyajikan rekomendasi untuk mengatasi masalah tersebut. Pembahasan monitoring dan evaluasi dalam program malaria menyangkut target, cakupan, pelaporan, bagaimana sistem monitoring dan evaluasinya serta permasalahan yang dihadapi dalam program malaria. Menurut informan dalam target program malaria menyatakan bahwa target program juga merupakan target MDGs dan menuju eliminasi 2030 dengan penurunan API setiap tahunnya tetapi sebenarnya belum bisa mencapai target yang diinginkan, berikut petikannya :

*“Target program yang juga target MDGs adalah API (annual parasite incidence), saat ini sudah sesuai yang diinginkan (on the track)” (P1)*

*“Target program eliminasi malaria 2030 dan menurunnya API setiap tahun” (P2)*

*“Memang belum bisa mencapai target yang diinginkan, karena kita merupakan daerah endemis” (P5)*

Kalau menurut informan dari global fund target jangka panjangnya adalah eliminasi 2030 dan jangka pendeknya MDGS 2015 dan targetnya belum tercapai.

*“Untuk target jangka panjangnya eliminasi 2030, tetapi untuk MDGs ada penurunan sampai 2015 dalam target jangka pendek, GF juga membuat target yang sifatnya ke dampak tersebut yaitu indicator output dengan penemuan kasus, pengobatan distribusi kelambu yang semuanya mengarah ke dampak yang diharapkan” (G1)*

*“Targetnya belum tercapai, karena salah satunya menurunkan angka kematian sampai 50 % itu masih susah” (G2)*

Sehubungan cakupan yang dicapai dalam program malaria, menurut informan sama halnya dengan target bahwa cakupan masih belum sesuai dengan targetnya, meskipun ada peningkatan cakupan tiap tahunnya.

*“Cakupan pemeriksaan sediaan darah dan pengobatan menggunakan ACT meningkat dari tahun ke tahun walau belum mencapai 100 persen sesuai harapan. Begitu juga dengan cakupan penggunaan kelambu.” (P1)*

*“Untuk cakupan masih belum sesuai dengan target, tetapi setiap tahunnya ada peningkatan” (P3)*

*“Memang belum bisa mencapai target yang diinginkan, karena kita merupakan daerah endemis” (P5)*

Sementara ada beberapa informan yang menyatakan bahwa untuk cakupan relative baik dan meningkat tajam.

*“Relative cukup baik, rating kita A1, A1 artinya cakupan kita rata – rata sudah di atas 90 % terutama ada 2 indikator utama yaitu pengobatan ACT dan kelambu, pada umumnya sudah di atas 100 % dari target GF” (G1)*

*“Cakupan meningkat tajam, tapi laporan kematian yang susah” (G2)*

Untuk pelaporan program malaria terutama pada pengumpulan dan pengolahan data, menurut informan sistem pelaporan berjenjang sesuai dengan sistem pelaporan nasional dan proses pengumpulannya dari pustu. Puskesmas dan Dinas Kesehatan.

*“Sistem pelaporan berjenjang sesuai dengan sistem pelaporan nasional yang tercantum dalam Sistem Surveilans Nasional. Dari puskesmas/RS ke dinkes kab/kota lalu ke dinkes prov dan selanjutnya ke pusat. Pengolahan dilakukan di setiap jenjang sesuai tupoksi, seperti di puskesmas mengolah data untuk sistem kewaspadaan KLB, stratifikasi endemisitas desa” (P1)*

*“Proses pengumpulan data dan pengolahan data adalah dari Pustu melapor ke Puskesmas dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan diteruskan ke Dinas Kesehatan Propinsi” (P2)*

*“Biasanya dari pustu atau dari posmaldes ke puskesmas kemudian di rekap dan dikirim ke dinas” (P5)*

Hal tersebut dijelaskan juga oleh informan dari *global fund*, yang menyatakan bahwa prosesnya pengumpulannya dari Pustu, bidan desa dan puskesmas serta pengolahannya berdasarkan sistem pencatatan puskesmas

*“Itu dari Pustu, bidan desa dan direkap di puskesmas” (G1)*

*“Pengumpulan dan pengolahannya, kita kumpulkan dari bidan desa, Pustu dan diolah dipuskesmas, selain itu juga dari RS” (G2)*

*“Dikumpulkan dan diolah berdasarkan sistem pencatat dan pelaporan puskesmas” (G3)*

Permasalahan atau kendala yang sering ditemui dalam program malaria, menurut informan bahwa kelengkapan dan ketepatan belum optimal, sumber daya masyarakat untuk malaria masih kurang selain itu biayanya yang kurang.

*“Kendala : kelengkapan dan ketepatan belum optimal, alokasi anggaran untuk menunjang program belum maksimal, SDM masih belum optimal” (P1)*

*“Kendalanya : SDM pengelola malaria sangat kurang dari segi kuantitas maupun kualitas, adanya bantuan luar negeri dengan target tersendiri kadang sudah menyatukan dengan target program, kecilnya anggaran rutin dan turunnya anggaran pada akhir tahun anggaran” (P2)*

*“Biaya yang kurang, petugas di Puskesmas yang sering tinggalkan tempat, Dana selalu terlambat cair (rutin dan GF), kesadaran masyarakat untuk mencegah malaria” (P4)*

Sedangkan apa yang disampaikan informan dari global fund tidak jauh berbeda dengan informan dari program secara rutin, bahwa salah satunya ketenagaan, logistik, dana dari segi metik.

*“Salah satunya dari ketenagaan, sering yang sudah dilatih terjadi mobilitas, pindah dan sebagainya, dari segi logistiknya, misalnya reagent diharapkan kalau terjadi kekurangan dari daerah bisa membantu, dari segi dana kalau penyerapannya rendah, maka dropingnya akan dikurangi atau penyerapannya kurang optimal, dari segi program metik, indicator-indikator output kalau capaian rendah akan berpengaruh terhadap perencanaan ke depan, dari segi wilayah yang jauh, misalnya disaat penularan situasi alamnya tidak mendukung” (G1)*

*“Keterbatasan tenaga, keterisoliran daerah, iklim dan cuaca” (G3)*

Untuk sistem monitoring dan evaluasi yang dilakukan dalam menjalankan program malaria, menurut informan bahwa dilakukan secara berjenjang dengan

turun langsung ke unit pelayanan dan dilakukan secara terpadu secara lintas program, berikut petikannya :

*“Monitoring dilakukan secara berjenjang dan berkala termasuk dengan mengirim umpan balik, mengadakan pertemuan monev. Yang terlibat adalah pengelola malaria, manajer di semua tingkatan.” (P1)*

*“Biasanya diusahakan ke kabupaten bersama – sama dengan GF” (G3)*

*“Dilakukan dengan turun langsung ke unit pelayanan dan monev yang terlibat, kepala Dinas, Kabid PMK, Kasie P3, pengelola program dan staf PMK ataupun bersama program lain” (P4)*

*“Dilakukan secara terpadu dengan program lain berupa bintek ke puskesmas ataupun pada saat PWS tingkat Kabupaten” (P5)*

Sedangkan kalau menurut informan dari *global fund* menyatakan data dari beberapa bagian seperti dari juru imunisasi, bidan desa akan dikumpulkan oleh petugas survailens dan dasar dari monev adalah laporan.

*“Kalau untuk GF mengenai data, itu petugas juru imunisasi menyampaikan laporannya pembagian kelambu menyampaikan koordinator imunisasi di puskesmas, kalau bidan desa menyampaikan koordinator bidan puskesmas kemudian akan diambil oleh petugas survailens yang dilanjutkan ke tingkat kabupaten” (G1)*

*“Dasarnya monev yaitu dari laporan kemudian dianalisa, kalau ada yang tidak tercapai seperti laporan tidak masuk, cakupannya sedikit berarti kita akan turun ke daerah tersebut” (G2)*

*“Semua staf GF dan serta staf Kesehatan yang dinilai bisa melakukan kegiatan monev” (G3)*

Pengaruh program perbantuan *Global Fund* terhadap monitoring dan evaluasi, jika dihentikan menurut informan bahwa jika dana *Global Fund* dihentikan dan belum alokasi dana dari daerah akan berpengaruh dalam sistem monev dan untuk Papua tidak dapat mengevaluasi di daerah yang didanai *Global Fund*.

*“Beberapa kegiatan seperti pertemuan monev nasional, operasional pengiriman dan pengolahan data masih dibantu oleh dana GF, sehingga jika dana GF berhenti dan belum ada alokasi dana dari daerah maka akan berpengaruh dalam sistem monevnya. Untuk itu perlu adanya exit strategy” (P1)*

*“Monev GF berhenti untuk saat ini, akan tidak dapat mengevaluasi kinerja terutama 16 Kabupaten/Kota yang difasilitasi GF” (P2)*

*“Kemungkinan akan bermasalah terutama dari laporannya, dulu kita pernah dihentikan dan banyak laporan yang tidak masuk “ (G2)*

Tetapi menurut beberapa informan jika dana *global fund* di hentikan tidak bermasalah karena dilakukan secara lintas program dan pembuatan laporan merupakan kegiatan rutin di unit pelayanan.

*“Tidak masalah, karena dilakukan secara lintas program”(P4)*

*“Tidak masalah karena pembuatan laporan di unit pelayanan merupakan kegiatan rutin” (P5)*

*“Sebenarnya tidak terlalu bermasalah, karena pelaporan ini sifatnya sudah rutin” (G1)*



## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1 Penatalayanan dan Pemerintah

Desentralisasi dimaksudkan agar dapat meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi setempat, mengakomodasi perbedaan sosial, ekonomi dan lingkungan, serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik.

Agar tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, dapat dipercepat pencapaiannya apabila pemerintah dan sektor swasta berkolaborasi secara sinergis dalam pelayanan kesehatan maupun pembiayaan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah seyogyanya tidak berkompetisi dengan sektor swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pemerintah sebaiknya menarik diri dari pelayanan individual goods di daerah-daerah dengan pelayanan sektor swasta yang memadai. Tetapi pemerintah juga harus mempercepat implementasi sistem regulasi yang berbasis kompetensi untuk menjamin kualitas pelayanan kepada masyarakat, sehingga masyarakat tidak memilih berobat ke praktik swasta. Bukan hanya pelayanan kesehatan saja, tetapi dalam hal pendanaan kesehatan, pemerintah juga perlu menggandeng sektor swasta untuk membantu mengatasi masalah pembiayaan kesehatan di negara kita.

Kebijakan pusat dalam regulasi adalah adanya peran pemerintah pusat yang mendukung dan mendelegasikan peran regulasi ke pemda. Pemerintah pusat akan memfasilitasi daerah dalam bidang regulasi melalui komunikasi yang efektif. Pusat dan daerah diharapkan akan meningkatkan kemampuannya dalam penyusunan dan analisis kebijakan kesehatan. Di samping itu, sektor swasta akan dilibatkan dalam regulasi dengan nyata. Fungsi *stewardship* dalam kesehatan akan dijadikan sebagai elemen yang esensial dalam SKD berbasis *good governance*.

Dalam mengatasi penyakit malaria berbagai upaya telah dan sedang dilakukan seperti Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) dan Intensifikasi Pengendalian Malaria di lima provinsi bagian timur Indonesia (IPM-5) yaitu NTT,

Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara. Departemen Kesehatan juga mengeluarkan kebijakan program pengendalian malaria yaitu diagnosa dini dan pengobatan yang tepat, pemantauan dan pencegahan serta penanggulangan KLB secara dini yang didukung sistem surveilans terpadu di semua tingkat administrasi. Angka kesakitan dan kematian akibat malaria di Indonesia Timur masih tinggi dan menimbulkan KLB yang masih memerlukan peningkatan upaya pengendalian.

Kebijakan-kebijakan yang diambil dalam pemberantasan malaria antara lain penekanan pada desentralisasi, keterlibatan masyarakat dalam pemberantasan malaria, dan membangun kerja sama antarsektor, NGO, dan lembaga donor. Gerakan Berantas Kembali Malaria atau GEBRAK Malaria yang dimulai pada 2000 adalah bentuk operasional dari Roll Back Malaria (RBM). GEBRAK Malaria memprioritaskan kemitraan antara pemerintah, swasta/sector bisnis, dan masyarakat untuk mencegah penyebaran penyakit malaria yang salah satunya adalah dengan adanya bantuan global fund untuk program malaria.

Untuk itu, fungsi Penatalayanan dan Pemerintah dalam keterkaitan kritis antara komponen Sistem Kesehatan dan *Global Fund* ada beberapa hal yang perlu dibahas, yaitu :

#### 6.1.1 Kebijakan Program Malaria

Kebijakan merupakan Serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang actor atau sekelompok actor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Konsep kebijakan ini menitikberatkan pada apa yang sesungguhnya dikerjakan dari pada apa yang diusulkan atau dimaksud. <sup>(60)</sup> Sedangkan dalam program malaria, untuk merealisasi Gebrak Malaria ini telah disusun Rencana Kegiatan Pengendalian Malaria melalui Rencana Strategi Pembebasan (Eliminasi) Malaria di Indonesia, yang akhirnya dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi. Malaria di Indonesia dengan sasaran wilayah Eliminasi yang dilaksanakan secara bertahap dan terpadu oleh semua komponen terkait dan menjadi bagian integral dari pembangunan nasional. Sehingga dalam pelaksanaan

kegiatannya, kebijakan inilah yang menjadi acuan dalam pencapaian program malaria sampai pada tahun 2030, baik itu oleh pemerintah maupun oleh *GF*, tidak ada lagi pembuatan kebijakan oleh sector lain di luar pemerintah.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap Penatalayanan dan Pemerintah dalam Komponen antara Sistem Kesehatan dan *Global Fund* terutama dari segi kebijakan program malaria pada prinsipnya menurut informan sudah mengetahui tentang kebijakan Program Malaria meskipun jawaban informan berbeda – beda dan bervariasi, sedangkan menurut informan dari *Global Fund* menyangkut masalah kebijakan, mereka mengikuti atau menyesuaikan dengan kebijakan yang telah diatur oleh secara Nasional dan tidak ada kebijakan tersendiri yang dikeluarkan oleh *Global Fund*, salah satunya adalah untuk mencapai Eliminasi 2030.

#### 6.1.2 Peran Antar Komponen

Peran *stewardship* ini dilakukan pula oleh lembaga dan unit pemerintah non dinas kesehatan yang terkait dengan sektor kesehatan (SKPD lain yang terkait sektor kesehatan). Keterlibatan lembaga dan unit pemerintah non dinas kesehatan dalam sektor kesehatan tidak dapat diabaikan. Berikut ini adalah berbagai lembaga sektor lain (lintas sektor pemangku kepentingan di luar sektor kesehatan) yang berperan baik secara langsung maupun tidak langsung di dalam SKP Kepulauan Yapen antara lain: DPRD, setda, bagian hukum pemda, bagian organisasi dan tata laksana pemda, bagian keuangan pemda, bagian kepegawaian pemda, Bapeda, Bapedalda, dinas perhubungan, dinas sosial, dinas pendidikan, kantor wilayah Departemen Agama, dinas pariwisata, dinas peternakan, dinas pertanian, dinas pertambangan, dinas transmigrasi dan ketenagakerjaan, kepolisian (catatan: nomenklatur ini nantinya akan berubah dan menyesuaikan pasca PP No.41/2007). Koordinasi berbagai lembaga terkait sektor kesehatan ini belum dilakukan dengan maksimal. Namun disadari bahwa peranan berbagai lembaga ini sangat penting terutama untuk mengurangi faktor risiko di sektor kesehatan. Begitu halnya dengan peran yang dijalankan oleh Sistem Kesehatan dan *Global fund* dalam program malaria.

Peran yang dijalankan antara Sistem Kesehatan dan *Global Fund*, masing – masing memiliki peran yang berbeda dalam melaksanakan program malaria, tetapi saling mendukung ataupun saling mengisi, kalau *Global Fund* lebih ke masalah pendanaan guna menunjang operasional di lapangan berupa logistik seperti RDT, Giemsa, penyediaan kelambu dan lain – lain, sedangkan Sistem Kesehatan selain pembiayaan, peraturan – peraturan yang mendukung juga menyiapkan kegiatan yang tidak didanai oleh *Global Fund*. Sehingga dalam program malaria antara komponen Sistem Kesehatan dan *Global Fund* terutama dalam peran yang dijalankan memiliki keterkaitan yang sangat erat dan saling mendukung guna tercapainya tujuan program.

### 6.1.3 Pengaturan Program

Penyelenggaraan proses kebijakan program malaria harus dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) terhadap kebijakan pembangunan kesehatan nasional; penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia; melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder* terkait; berorientasi pada kepentingan masyarakat; didukung dengan SDM yang kompeten; untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis. Sehingga pengaturan antar komponen dalam Sistem Kesehatan dan *Global Fund* dalam program malaria dapat berjalan dengan baik.

Dalam pengaturan program malaria harus berlandaskan pada SKN, karena merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945. Untuk itu setiap upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Meskipun dalam pelaksanaan program malaria apa yang telah diatur dalam sistem kesehatan belum sesuai dengan pengaturannya

sampai ke level tingkat daerah, karena penganggaran yang diperlukan untuk kegiatan ini ternyata masih sangat minim. Sedangkan *GF* meskipun memiliki mekanisme tersendiri dalam pengaturan program malaria tetapi dalam pelaksanaannya, tetap mengacu pada sistem yang ada di Indonesia, yaitu saling mendukung untuk mencapai tujuan dari program malaria itu sendiri.

#### 6.1.4 Tindak Lanjut Pendanaan

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam hal ini program perbantuan yang diberikan *Global Fund* sangat membantu program malaria selama ini, tetapi program ini tidak selamanya akan diberikan tetapi tiap tahunnya sudah mulai berkurang.

Lebih lanjut bahwa apabila program perbantuan ini dihentikan oleh *global fund*, maka akan berpengaruh terhadap program malaria dan Pemerintah memang sudah harus mempersiapkan, apa yang dibiayai oleh *Globan Fund* sudah harus dimasukkan ke dalam Program Malaria secara rutin, sehingga program malaria akan tetap dapat berjalan bukan sebaliknya akan mengalami kemunduran. Sebagai contoh obat program untuk malaria yang pada awalnya dipersiapkan oleh *Globan Fund*, tetapi saat ini sudah masuk dalam anggaran APBN ataupun APBD.

## 6.2 Perencanaan bottom up/top down

Sentralisasi perencanaan kesehatan yang berlangsung di Indonesia dalam kurun waktu yang cukup lama berdampak pada kurang berhasil dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yakni peningkatan status derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan di masa lalu khususnya dalam bidang perencanaan kesehatan didominasi oleh Pemerintah Pusat dan peranan Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan kabupaten/kota sangat terbatas. Target program bahkan penentuan prioritas program kesehatan umumnya berdasarkan

proyeksi nasional. Hal ini menyebabkan ketidaksesuaian dengan situasi dan kebutuhan kesehatan local (kabupaten/kota). Dengan diberlakukannya Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang memberikan kewenangan cukup besar kepada kabupaten/kota termasuk dalam bidang kesehatan, maka peluang Pemerintah Daerah kabupaten/kota cukup besar untuk mengatur sistem kesehatannya termasuk sistem perencanaan. Namun demikian, desentralisasi perencanaan kesehatan sebagai salah satu faktor esensial dalam proses desentralisasi merupakan proses yang kompleks dan membutuhkan kerjasama yang harmonis diantara penentu kebijakan, perencana, tenaga administrasi dan masyarakat. Oleh karena itu, dibutuhkan tekad yang kuat dan kesiapan yang cukup matang untuk menata dan memperkuat sistem perencanaan

kesehatan pada masing-masing kabupaten/kota. Sehubungan dengan penelitian ini, maka ada beberapa hal yang dibahas menyangkut perencanaan program malaria, yaitu :

#### 6.1.1 Proses Perencanaan Program Malaria

Perencanaan merupakan salah satu fungsi yang sangat penting dalam manajemen, karena dengan adanya perencanaan akan menentukan fungsi manajemen lainnya terutama pengambilan keputusan. Fungsi perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan. Tanpa adanya perencanaan, pelaksanaan kegiatan tidak akan berjalan dengan baik. Dengan demikian perencanaan merupakan suatu pedoman atau tuntutan terhadap proses kegiatan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien.<sup>(61)</sup>

Proses perencanaan yang dilakukan dalam sistem kesehatan, oleh pemerintah baik itu ditingkat Kabupaten ataupun Propinsi telah mengacu berdasarkan data dan berdasarkan kondisi di Puskesmas, sehingga perencanaan ini akan dapat menggambarkan program secara keseluruhan. Sedangkan kalau menurut *Global Fund* bahwa proses perencanaan pada prinsipnya tidak berbeda dengan yang dilakukan pada bagian program meskipun proses perencanaannya dilakukan ditingkat pusat tetapi tetap mengacu berdasarkan data – data dan input dari Puskesmas. Dalam analisis situasi hendaknya memanfaatkan “*evidence based*”

yang menghimpun data apa saja kebutuhan lokal.<sup>(62)</sup> Sebaiknya data meliputi keadaan umum dan lingkungan (geografis, pendidikan, pekerjaan, social, budaya), data derajat kesehatan masyarakat (status kesehatan penduduk, kesehatan lingkungan pemukiman) dan data upaya kesehatan (fasilitas dan pelayanan kesehatan ).<sup>(63)</sup>

Keterkaitan dalam proses perencanaan antara dua komponen tersebut tetap berdasarkan pada data – data Puskesmas meskipun masing – masing memiliki mekanisme tersendiri, tetapi dalam pelaksanaannya tetap dapat memenuhi kebutuhan untuk puskesmas.

### 6.2.2 Pengaturan Perencanaan Program Malaria

Perencanaan di bidang kesehatan pada dasarnya merupakan suatu proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang harus disediakan, menentukan tujuan yang paling pokok dan menyusun langkah – langkah praktis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.<sup>(61)</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap responden melalui wawancara mendalam pada tataran teknis di bagian program menyatakan bahwa pada prinsipnya sesuai dengan pedoman Nasional dan yang diatur adalah kearah infrastruktur, penyediaan sumber daya manusia dan logistic. Sedangkan yang diatur menurut *Global Fund* adalah menunjang logistik, penemuan penderita dan mengadakan pelatihan – pelatihan bagi tenaga kesehatan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut pada prinsip bahwa pengaturan dalam perencanaan program malaria antara Sistem Kesehatan dan *Global Fund* saling menyesuaikan dan mengisi satu sama lain, apa yang tidak diatur dalam *globan fund* akan diatur ke dalam kegiatan rutin begitu pula sebaliknya. Sehingga pengaturan dalam perencanaan tersebut diharapkan sesuai dengan tujuan yang direncanakan dalam program malaria untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat, dan dalam perencanaan sebaiknya dapat memberikan gambaran yang jelas dan lengkap tentang seluruh pekerjaan.<sup>(64)</sup>

### 6.2.3 Perencanaan yang Baik

Berdasarkan hasil penelitian untuk fungsi komponen Sistem Kesehatan dan *Global Fund* dalam perencanaan bahwa perencanaan yang dilakukan oleh Sistem Kesehatan baik itu di Kementerian Kesehatan, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen secara *bottom up*, sedangkan perencanaan yang dilakukan oleh *Global Fund* adalah secara *top down* tetapi tetap berdasarkan data dari Kabupaten dan Propinsi, karena apabila menunggu perencanaan yang dari bawah akan membutuhkan waktu yang lama. Perencanaan program kesehatan kabupaten/kota selama ini dirasakan lebih dominan oleh proses *top down*. Target –target yang ditentukan dari pusat biasanya berdasarkan proyeksi Nasional dan tidak sesuai dengan situasi riil di daerah. Ketidak sesuaian ini bukan saja dalam penetapan target program, namun kadangkala juga dalam hal penentuan prioritas masalah.<sup>(65)</sup> Perencanaan yang baik sebenarnya secara *bottom up*, sehingga dapat mewakili kegiatan secara keseluruhan.

### 6.2.4 Tindak lanjut Perencanaan

Jika program perbantuan *Global Fund* dihentikan terutama dari fungsi perencanaan, maka menurut informan tetap ada pengaruhnya untuk pelaksanaan program malaria, karena untuk saat ini dana yang diberikan *global fund* lebih besar dibandingkan dengan dana untuk kegiatan rutin, untuk menyikapi hal tersebut Pemerintah harus mempersiapkan *exit strategy*, sehingga dalam perencanaan program malaria ini antara Sistem Kesehatan dan *Global Fund* memiliki keterkaitan.

## 6.3 Pembiayaan Program Malaria

Sistem pembiayaan kesehatan yang baik menghasilkan dana yang cukup untuk kesehatan, sehingga memastikan masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan yang dibutuhkan serta dilindungi dari malapetaka financial atau pemiskinan akibat terlalu banyak membayar pelayanan kesehatan. Sistem ini menyediakan insentif bagi provider dan pengguna agar menjadi efisien.

Pembiayaan kesehatan saat ini lebih banyak dikeluarkan dari uang pribadi, dimana pengeluaran kesehatan yang harus dikeluarkan oleh seseorang mencapai sekitar 75-80 persen dari total biaya kesehatan dan kebanyakan pembiayaan kesehatan ini berasal dari uang pribadi yang dikeluarkan ketika mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan. Secara keseluruhan, total pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan sejumlah negara tetangga. Hal ini disebabkan oleh rendahnya pengeluaran pemerintah maupun pribadi untuk kesehatan. Lebih lanjut, cakupan asuransi amat terbatas, hanya mencakup pekerja di sektor formal dan keluarga mereka saja, atau hanya sekitar sepertiga penduduk dilindungi oleh asuransi kesehatan formal. Meski demikian mereka yang telah diasuransikan pun masih harus mengeluarkan sejumlah dana pribadi yang cukup tinggi untuk sebagian besar pelayanan kesehatan. Akibatnya kaum miskin masih kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah. Dampaknya, mereka menerima lebih sedikit subsidi dana pemerintah untuk kesehatan dibandingkan dengan penduduk yang kaya. Sebanyak 20 persen penduduk termiskin dari total penduduk menerima kurang dari 10 persen total subsidi kesehatan pemerintah sementara seperlima penduduk terkaya menikmati lebih dari 40 persen.

Sumber pembiayaan kesehatan di Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen berasal dari beberapa sumber antara lain: pemerintah (APBN dan APBD), donor (bantuan luar negeri); dalam hal ini *Global Fund* khusus untuk Program Malaria. Berikut merupakan hasil penelitian berhubungan dengan pembiayaan program malaria yang perlu dibahas, yaitu :

### 6.3.1 Besaran Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggung-jawabkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dana yang diberikan Pemerintah terhadap sector antar tiap daerah bervariasi dan sangat minim tidak sesuai yang diamanatkan oleh WHO yaitu 5 % dari Produk Domestik Bruto (PDB), sehingga ini akan mempengaruhi pendanaan

untuk melaksanakan program malaria semakin kecil juga yang akan diberikan. Sedangkan program perbantuan yang diberikan global fund juga tiap tahunnya mulai berkurang dan saatnya akan dihentikan.

Ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk terselenggaranya upaya kesehatan secara merata, terjangkau, dan bermutu bagi seluruh masyarakat. Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya pelayanan kesehatan secara optimal.

Besaran dana kesehatan tahun 2012 untuk Kabupaten Kepulauan Yapen sekitar empat milyar, sedangkan untuk program malaria sendiri sekitar Rp. 75.000.000,-, sedangkan yang dana yang berasal dari *GF* sekitar 200 – 300 juta. Sehingga pembiayaan dari *GF* masih cukup tinggi yaitu sekitar 65% dibanding dari kegiatan rutin di Kabupaten sekitar 35 %, yang dapat berpengaruh besar terhadap sistem kesehatan.

### 6.3.2 Peruntukkan Pembiayaan

Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equitable and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal.

Berdasarkan besaran dana untuk kegiatan malaria di Kabupaten yang sangat minim, jalas pelaksanaan kegiatannyapun sangat terbatas untuk beberapa kegiatan saja, sehingga pendanaan yang diberikan oleh *GF* sangat membantu pelaksanaan program. Pada prinsipnya pembiayaan oleh Sistem Kesehatan dan *Global Fund* dalam program malaria, peruntukkannya saling mendukung ataupun melengkapi dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan dalam mencapai pelaksanaan pelayanan program yang lebih optimal.

### 6.3.3 Metode Pembiayaan

Pembiayaan kesehatan oleh Pemerintah dan swasta melalui pendekatan *district health account* difokuskan pada pengeluaran kesehatan. Melalui pendekatan ini dapat diketahui bagaimana mobilisasi dana dari sumber ke agen pembiayaan kemudian dialokasikan ke penyedia atau pemberi layanan kesehatan dan fungsinya. Pada prinsipnya pembiayaan di *Globan fund* memiliki mekanisme tersendiri dan harus mengajukan proposal lima tahun sebelumnya, tetapi beberapa hal seperti untuk pertanggungjawabannya tetap menggunakan peraturan Menteri Keuangan. Sedangkan di Sistem Kesehatan mengikuti pola yang terstruktur berdasarkan peraturan menteri Keuangan dan Perbendaharaan Negara.

### 6.3.4 Pengaruh Pendanaan Terhadap Cakupan

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri.

Pengaruh pendanaan yang diberikan oleh *Globan Fund* ini sangat berpengaruh terhadap peningkatan cakupan program malaria, meskipun di Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen cakupannya masih jauh dari yang ditargetkan.

### 6.3.5 Tindak Lanjut Pembiayaan

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tetapi apabila program perbantuan oleh *Global Fund* yang sudah

berjalan dengan baik dihentikan, ini jelas sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan program yang telah dibiayai oleh *Globan Fund*. Sebagai gambaran pendanaan yang diberikan oleh *GF* sebesar 65 % dari pendanaan rutin dan apabila program perbantuan dihentikan dan pemerintah tidak mengantisipasinya dari awal, ini jelas banyak kegiatan program malaria yang tidak dapat dijalankan dan dampaknya terhadap masyarakat jelas sangat besar, karena masyarakat membutuhkan pelayanan yang prima.

#### **6.4 Pelayanan**

Berbagai masalah bidang kesehatan yang berkembang akhir-akhir ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan belum dapat menyelesaikan permasalahan yang ada. Pembangunan bidang kesehatan telah mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, tetapi dengan terjadinya dinamika dan perubahan yang sangat cepat, permasalahan kesehatan yang timbul menjadi relatif sulit untuk dipecahkan dengan segera. Beberapa kasus penyakit, baik penyakit yang baru maupun penyakit lama mengalami perubahan gejala, sehingga memerlukan metoda yang lebih baik pada sistim pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat, penjaminan mutu dan keterjangkauan biaya pengobatan/perawatan maupun jarak merupakan tantangan untuk dapat diatasi. Berbagai upaya telah dilakukan Pemerintah dan hasilnya banyak mengalami hambatan, karena belum berhasilnya promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan.

Dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, puskesmas merupakan ujung tombak penyelenggara pelayanan kesehatan strata pertama. Puskesmas bertanggung jawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Terdapat tiga fungsi utama puskesmas yaitu sebagai: (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, (2) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dan (3) pusat pelayanan tingkat dasar. Dalam pelayanan kesehatan khususnya program malaria, yang menjadi pokok bahasan adalah :

#### 6.4.1 Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, SKN juga memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi: 1) perencanaan kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan, 2) pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan, 3) pendayagunaan SDM Kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan 4) pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan.

Dalam ketersediaan Sumber Daya Manusia, menurut informan baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya masih kurang selain itu juga penyebarannya yang tidak merata, sehingga ini sangat mempengaruhi pencapaian cakupan dalam program malaria. Hal ini juga tertuang di dalam Sistem Kesehatan Nasional, bahwa upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Jumlah dokter Indonesia masih termasuk rendah, yaitu 19 per 100.000 penduduk bila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN, seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007.

#### 6.4.2 Sistem Rujukan

Salah satu bagian terpenting dalam pelayanan kesehatan adalah sistem rujukan, terutama di daerah terpencil dimana permasalahan utama sistem rujukan terletak pada pelayanan kesehatan tambahan (pustu) dan puskesmas dengan rumah sakit terdekat. Daerah terpencil pada Negara yang sedang berkembang dibagi berdasarkan akibat terisolasi secara geografis atau secara sosial. Terisolasi secara geografi dihubungkan dengan jarak, adanya ketidak merataan penyebaran penduduk, serta adanya keterbatasan akses dengan jalan raya sedangkan secara sosial diakibatkan permasalahan kemiskinan.

Pendapat lain mengatakan bahwa daerah terpencil sangat erat terkait dengan pelayanan kesehatan dalam beberapa elemen yaitu penyebaran penduduk yang tidak merata dan terisolasi, jumlah populasi penduduk, sarana dan prasarana transportasi yang terbatas, jarak dengan rumah sakit dan pelayanan kesehatan lain yang jauh dan adanya kesulitan dalam hal menarik serta merekrut tenaga kesehatan. Sehingga sistem rujukan dalam komponen sistem kesehatan dengan *global fund* dalam program malaria bahwa pada prinsipnya tidak dibedakan antara keduanya, tetap mengacu pada sistem rujukan secara nasional, yaitu dari puskesmas ke puskesmas tingkat kecamatan ataupun dari puskesmas ke rumah sakit yang pelayanannya lebih baik.

#### 6.4.3 Ketersediaan Sarana dan Prasarana Pelayanan

Kesehatan merupakan salah satu hak dasar manusia di Indonesia yang diakui dalam konstitusi UUD 1945. Sebagai perwujudan dari perlindungan hak dasar tersebut, Negara bertanggung jawab atas fasilitas layanan kesehatan yang layak termasuk ketersediaan obat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk sarana dan prasarana termasuk obat merupakan tanggung jawab pemerintah yang penyediaan melalui dana APBN dan APBD, sedangkan *Global Fund* sifatnya hanya mendukung pelaksanaan program. Hal ini sesuai dengan yang diamanatkan oleh konstitusi dituangkan dalam Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 36 UU disebutkan bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan terutama obat esensial.

#### 6.4.4 Tindak Lanjut Pelayanan Program Malaria

Permasalahan utama pembangunan kesehatan saat ini antara lain adalah masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antara perkotaan dengan perdesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan tingkat sosial ekonomi tinggi, di kawasan barat Indonesia, dan di kawasan perkotaan, cenderung lebih baik. Sebaliknya, status kesehatan penduduk dengan sosial ekonomi rendah, di kawasan timur Indonesia dan di daerah perdesaan masih tertinggal. Untuk pelayanan program malaria menurut informan ada atau tidaknya

bantuan yang diberikan harus tetap berjalan karena merupakan tanggung jawab pemerintah dan merupakan hak dari setiap warga Negara. Seperti yang ditegaskan dalam UU no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 14 bahwa *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”*

## **6.5 Akses Peningkat Pelayanan**

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan mendukung pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pembangunan kesehatan dihadapkan pada berbagai permasalahan penting antara lain disparitas status kesehatan; beban ganda penyakit; kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan; serta perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa masalah penting lainnya yang perlu ditangani segera adalah peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan. Dalam akses peningkat layanan yang akan dibahas adalah sebagai berikut :

### **6.5.1 Kegiatan dalam Peningkatan Akses Pelayanan**

Langkah-langkah yang telah ditempuh adalah peningkatan akses kesehatan terutama bagi penduduk miskin melalui pelayanan kesehatan gratis; peningkatan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular termasuk polio dan flu burung; peningkatan kualitas, keterjangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar; peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan; penjaminan mutu, keamanan dan khasiat obat dan makanan; penanganan kesehatan di daerah bencana; serta peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat termasuk program malaria. Untuk program malaria yang telah dilakukan Pemerintah untuk

meningkatkan pelayanan selain dari segi pembiayaan juga menyiapkan sarana dan prasarana di daerah – daerah pelayanan, sehingga pelayanan dapat berjalan secara optimal. Salah satu tanggung jawab pemerintah seperti yang dituangkan dalam pasal 17 UU no 36, "*Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.*" Sedangkan kegiatan oleh global fund dalam meningkatkan akses layanan adalah sebagai pendukung logistic, seperti yang tertuang dalam salah satu prinsip kerja *global fund* yaitu ; mendukung program-program yang berkembang dari rencana nasional dan prioritas nasional. *The Global Fund* yang inovatif, ialah contoh program keuangan yang dikembangkan oleh negara-negara penerima itu sendiri sesuai dengan rencana strategis nasional dan prioritas kesehatan mereka. Syaratnya, bahwa semua bidang masyarakat dengan kepentingan dalam kesehatan masyarakat dilibatkan dalam proses pembangunan, termasuk masyarakat sipil dan sektor swasta, dan memastikan program yang kuat dan yang meliputi banyak hal.

#### 6.5.2 Pemberian Insentif

Pemberian insentif dalam program malaria diberikan oleh global dari tingkat dinas sampai ke pelaksana di lapangan, dengan maksud untuk meningkatkan kinerja dan motivasi terutama dalam pembuatan laporan. Salah satu fungsi utama pemberian intensif adalah untuk memberikan tanggung jawab dan dorongan kepada petugas. Insentif diharapkan dapat menjamin bahwa petugas akan mengarahkan usahanya untuk mencapai tujuan organisasi, sedangkan tujuan utama pemberian insentif adalah untuk meningkatkan produktifitas kerja individu maupun kelompok.

#### 6.5.3 Program Promosi

Untuk promosi pada program malaria dilakukan melalui berbagai media elektronik maupun media masa ataupun dilakukan secara lintas sektor, kalau dari *global fund* sendiri untuk promosinya sendiri sudah mulai berkurang, tetapi lebih kepenyediaan sarana. Salah satu untuk meningkatkan cakupan program malaria adalah tidak hanya pada yang bersifat kuratif, tetapi juga promotif, preventif dan rehabilitatif.

Sehat dan sakitnya seseorang sangat ditentukan oleh perilaku hidup manusia sendiri, karena masalah perubahan perilaku sangat terkait dengan promosi kesehatan, maka peran promosi sangat diperlukan dalam meningkatkan perilaku masyarakat agar terbebas dari masalah – masalah kesehatan. Sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VII/2005, tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi social budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

#### 6.5.4 Tindak Lanjut Peningkatan Akses Pelayanan

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (out of pocket funding), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (resources) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa. Sehubungan dengan hal tersebut, menyangkut pembiayaan oleh *global fund* terhadap program malaria apabila dihentikan menurut informan pelayanan akan tetap berjalan dan merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan pelayanan terhadap masyarakat. Sebagai mana dinyatakan dalam UU No. 36 tahun 2009, pada pasal 7. *“Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.”*

### 6.6 Monitoring dan Evaluasi

Usaha pencapaian tujuan program dalam sebuah organisasi harus selalu diupayakan oleh pihak manajemen. Upaya tersebut dimulai dari menyusun rencana strategis jangka panjang 5 tahunan yang memuat penetapan visi, misi dan

tujuan organisasi. Visi, misi dan tujuan strategis organisasi merupakan komitmen bersama seluruh warga di dalam organisasi untuk mewujudkannya. Rencana strategis selanjutnya dijabarkan dalam rencana operasional satu tahunan yaitu dengan menjabarkan Visi, misi dan tujuan menjadi sasaran jangka pendek dan program-program kegiatan. Berbagai program yang telah dan akan dilaksanakan memerlukan peningkatan kinerja pimpinan dan staf organisasi baik dalam sistem perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasinya. Keberhasilan suatu program dapat dilihat dari kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaannya, terukur atau akuntabel hasilnya, serta ada keberlanjutan aktivitas yang merupakan dampak dari program itu sendiri. Melalui kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) maka keberhasilan, dampak dan kendala pelaksanaan suatu program dapat diketahui.

Dalam monitoring dan evaluasi untuk program malaria pada komponen Sistem Kesehatan dan *Globan Fund* yang akan dibahas adalah :

#### 6.6.1 Pencapaian Cakupan Program Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen, hal ini didukung dengan kondisi daerah Papua berupa daerah hutan dan rawa – rawa yang menjadi habitat alami nyamuk anopheles, serta ditunjang dengan aktifitas sebagian warga yang bekerja di lading maupun dalam hutan. Berbagai upaya pengendalian malaria sudah dilaksanakan dan secara umum telah berhasil menurunkan angka kesakitan yang disebabkan oleh malaria, namun dengan adanya perubahan lingkungan, iklim, social budaya masyarakat dan resistensi obat malaria serta terbatasnya jangkauan pelayanan kesehatan, sehingga cakupannya masih tetap tinggi. Untuk cakupan program malaria sendiri kalau dipropinsi papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen belum dapat mencapai target yang diharapkan. Berdasarkan laporan tahun 2011 untuk propinsi papua perolehan APInya masih sangat tinggi yaitu 74 per 1000 jumlah penduduk, sedangkan Kabupaten Kepulauan Yapen mencapai 83 per 1000 jumlah penduduk, jika dibandingkan secara nasional angka API harus mencapai 2 per 1000 jumlah penduduk, maka berdasarkan hal tersebut pencapaian prograian masih jauh dari yang di target.

### 6.6.2 Sistem Pelaporan Program Malaria

Untuk setiap kegiatan data itu sangat diperlukan sebagai bahan untuk menyusun perencanaan dan pelaksanaan serta melakukan penilaian terhadap kegiatan yang dilakukan. Oleh karena itu data yang akan disusun menjadi informasi adalah data yang datang dari sumbernya dan benar isinya. Dengan data yang benar, maka hasil pengolahan dan analisisnya akan berguna bagi pimpinan untuk menyusun perencanaan dan mengambil keputusan. Berdasarkan hasil penelitian dinyatakan bahwa sistem pelaporan dikumpulkan dari Puskesmas Pembantu ke Puskesmas kemudian baru dikirim ke Kabupaten dan selanjutnya dinas yang mengirim ke propinsi, seperti yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 275 /Menkes/SK/III/ 2007, bahwa : Jenis data kasus malaria yang dikumpulkan di setiap jenjang baik di tingkat Puskesmas, Kabupaten Propinsi dan Pusat merupakan data situasi malaria yang secara umum dapat dibagi menjadi beberapa periode, yaitu Periode Peringatan Dini (PPD) dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB).

### 6.6.3 Permasalahan dalam Monitoring dan Evaluasi

Dari seluruh aspek yang tergolong dalam manajemen , monitoring dan evaluasi adalah merupakan aspek yang belum terimplementasikan secara baik, tepat dan berkesinambungan. Disamping indikator kinerja yang diperlukan sukar ditemukan. Kalaupun ditemukan, masih sukar untuk diukur, dibebani lagi oleh ketidakcukupan dana pendukung, maka aktivitas tersebut acap kali tidak dilaksanakan secara disiplin dan konsekuen. Hasil penelitian menyatakan bahwa monev dilakukan sebanyak 1 – 2 kali dan permasalahan yang ditemukan ketika mengadakan monitoring dan evaluasi adalah dari segi ketenagaan, seringnya petugas meninggalkan tempat tugas, mobilisasi penanggung jawab program, hal ini yang akan mempengaruhi dalam pembuatan laporan program malaria, seperti yang dijelaskan dalam Strategi Monitoring dan Evaluasi, bahwa Kegiatan monitoring dilakukan untuk menemukan permasalahan, mencari alternatif pemecahan dan menyarankan langkah-langkah penyelesaian sebagai *koreksi dini* agar pelaksanaan kegiatan berjalan secara efisien, efektif dan tepat waktu. Setiap

permasalahan yang ditemukan ketika melakukan monev, akan ditindak lanjuti dalam pertemuan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) ataupun Rapat Kerja Kesehatan.

#### 6.6.4 Tindak Lanjut Monitoring dan Evaluasi

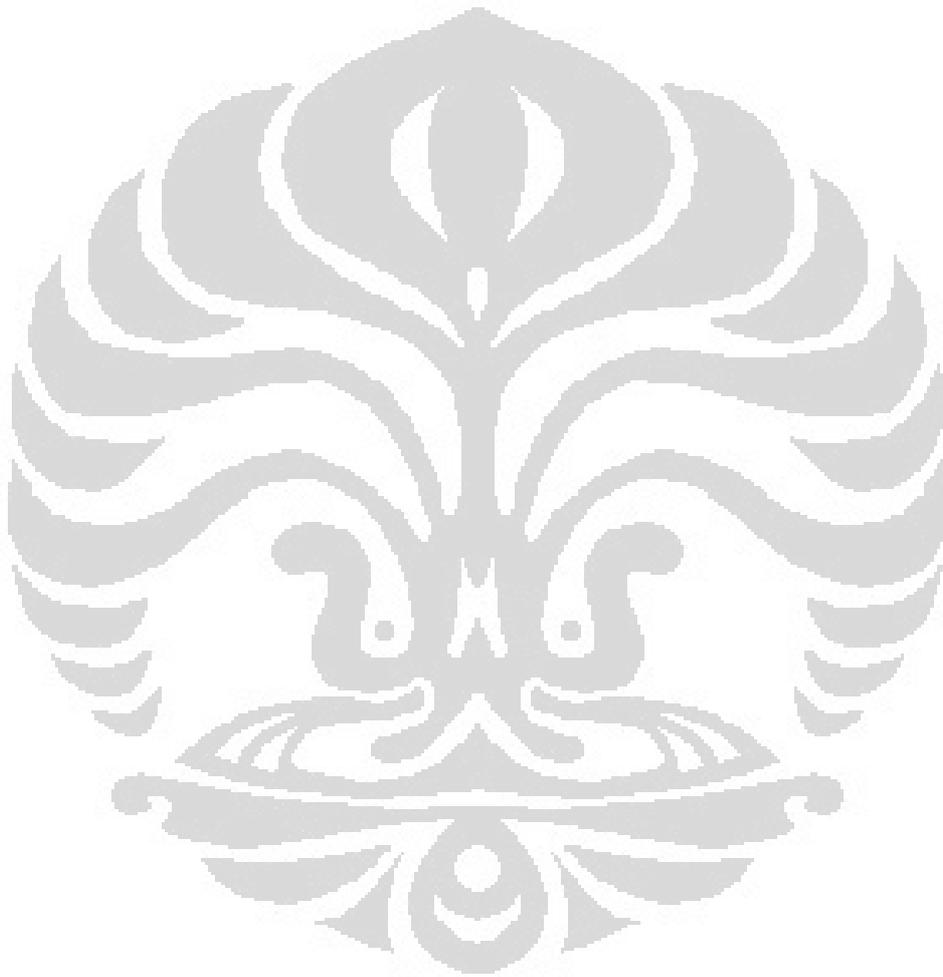
Keberhasilan dan kemajuan program malaria harus dapat di pantau dan di evaluasi, sehingga selalu dapat dilakukan perbaikan ke arah tercapainya tujuan, yaitu peningkatan cakupan malaria. Monitoring dan evaluasi diselenggarakan dalam kerangka peningkatan kinerja. Hasil dari kegiatan ini. Dinas kesehatan Kabupaten. Dinas Kesehatan Kabupaten membimbing dan mensupervisi Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten dalam pelaksanaan, sementara Dinas Kesehatan Propinsi mensupervisi dan membimbing Dinas Kesehatan Kabupaten. Berdasarkan hasil penelitian untuk informan dari Kabupaten Kepulauan Yapen menyatakan bahwa apabila program ini dihentikan, tidak akan menjadi masalah, karena merupakan tanggung jawab Pemerintah untuk melaksanakan program tersebut, sampai ke unit – unit pelayanan terkecil. Sedangkan menurut informan dari propinsi dan Kementerian Kesehatan mereka menyatakan apabila dihentikan tetap berpengaruh. Salah satu prinsip dari *globan fund* yaitu *The Globan Fund* dituntut dengan meningkatkan uang dalam jumlah besar yang tidak menggantikan atau mengurangi sumber-sumber lain untuk memerangi AIDS, tuberkulosis, dan malaria. Ini merupakan kesenjangan dalam upaya negara untuk memerangi ketiga penyakit dan memperkuat sistem kesehatan dasar dengan program-program pembiayaan yang melengkapi dan berusaha untuk menggunakan dana sendiri untuk merangsang investasi lebih lanjut baik dengan donor dan penerima.

#### 6.7 Tabel Keterkaitan

Dalam table 6.1. di bawah terlihat bahwa matriks hubungan antara komponen dalam program Malaria, matriks ini merupakan model untuk menggambarkan situasi yang kompleks di lapangan.

Desain matriks tersebut merupakan gambaran hasil penelitian dari setiapkomponen antara Sistem Kesehatan dan *GF*, selain itu matriks tersebut menggambarkan keterkaitan masing – masing fariabel. Penggambaran keterkaitan tidak hanya dari hubungan secara langsung namun keterkaitan secara langsung

dan memberikan dampak, juga menjadi dasar analisis matriks tersebut. Berikut merupakan table keterkaitan :



Tabel.6.1. Keterkaitan Antara komponen dalam Program Malaria

Fungsi / Vertikal		Fungsi Sistim Kesehatan												
		Penatalayanan & Pemerintahan				Perencanaan				Pembiyaan				
		Kebijakan	Peran	Pengaturan	Tindak Lanjut	Proses	Pengaturan	Tipe	Tindak Lanjut	Besaran	Peruntukan	Metode	Pengaruh	Tindak Lanjut
Penatalayanan & Pemerintahan	Kebijakan	■												
	Peran		■											
	Pengaturan			■										
	Tindak Lanjut				■									
Perencanaan	Proses					■								
	Pengaturan						■							
	Tipe							■						
	Tindak Lanjut								■					
Pembiyaan	Besaran									■				
	Pruntukan										■			
	Metode											■		
	Pengaruh												■	
	Tindak Lanjut													■

Tabel 6..1. Keterkaitan Antar Komponen dalam Program Malaria

Fungsi / Fertikal		Fungsi Sistim Kesehatan										
		Pelayanan				Akses Peningkatan Pelayanan				Monitoring & Evaluasi		
		Ketersediaan	Rujukan	Sarana Prasarana	Tindak Lanjut	Kegitan	Insentif	Promosi	Tindak Lanjut	Cakupan	Laporan	Permasalahan
Pelayanan	Ketersediaan	■										
	Rujukan		■									
	Sarana Prasarana			■								
	Tindak Lanjut				■							
Akses Peningkatan Pelayanan	Kegitan					■						
	Insentif						■					
	Promosi							■				
	Tindak Lanjut								■			
Monitoring & Evaluasi	Cakupan									■		
	Laporan										■	
	Permasalahan											■
	Tindak Lanjut											■

Keterangan :

- : Terkait
- : Tidak terkait tapi memberikan dampak
- : Tidak terkait
- : Kabupaten Tidak terkait

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian sehubungan dengan keterkaitan kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Globan Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua, berdasarkan fungsi dalam komponen tersebut, maka yang menjadi kesimpulan adalah :

- 7.1.1 Penatalayanan dan Pemerintah tidak memiliki keterkaitan kritis, baik itu ditingkat Kementerian Kesehatan, Propinsi Papua maupun di Kabupaten Kepulauan Yapen.
- 7.1.2 Pada fungsi perencanaan di tingkat Kementerian, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen memiliki keterkaitan kritis.
- 7.1.3 Pembiayaan program malaria memiliki keterkaitan kritis antara dua komponen sistem kesehatan dan *GF*, baik itu ditingkat Kementerian, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen
- 7.1.4 Pada Pelayanan program malaria antara dua komponen tidak memiliki keterkaitan kritis, baik itu ditingkat Kementerian, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen
- 7.1.5 Akses Peningkatan Layanan antara dua komponen sistem kesehatan dan *GF*, tidak memiliki keterkaitan kritis, baik pada tingkat Kementerian, Propinsi Papua dan Kabupaten Kepulauan Yapen
- 7.1.6 Untuk Monitoring dan Evaluasi antara dua komponen memiliki keterkaitan kritis pada tingkat Kementerian dan Propinsi Papua, sedangkan pada Kabupaten Kepulauan Yapen tidak memiliki keterkaitan kritis.

#### 7.2. Saran

##### 7.2.1 Untuk Pemerintah

- 1) *GF* merupakan program perbantuan yang sifatnya sementara, sebaiknya Pemerintah, baik itu di tingkat Kementerian Kesehatan, Propinsi dan Kabupaten tidak tergantung pada program perbantuan

- 2) tersebut, sudah harus ada exit strategy, sehingga program malaria dapat mencapai eliminasi di tahun 2030.
- 3) Dalam penatalayanan dan pemerintah, sebaiknya untuk Pemerintahan Propinsi dan Kabupaten, menindaklanjuti Kebijakan dari Pusat berupa Peraturan Daerah Program Malaria, dan untuk Pemerintah Pusat dalam pembuatan Kebijakan harus lebih memperhatikan sesuai kondisi daerah masing – masing, sehingga Eliminasi 2030 dapat tercapai.
- 4) Untuk pembiayaan , baik Pemerintah Pusat, Propinsi dan Kabupaten harus sudah dapat menganggarkan kebutuhan program malaria yang saat ini masih dibiayai oleh *GF*.
- 5) Dalam melakukan monitoring dan evaluasi, Pemerintah sebaiknya melibatkan lintas sektor, karena malaria bukan hanya permasalahan instansi Kesehatan saja, tapi merupakan tanggung jawab seluruh bagian, sehingga permasalahan malaria dapat segera terselesaikan.

#### 7.2.2 Untuk *Globan Fund*

- 1) Program perbantuan ini sifatnya sementara dan ada saatnya akan dihentikan, Sebaiknya *GF*, dapat mengkaji kembali berdasarkan data – data malaria yang masih cukup tinggi, sehingga dapat mengawal pelaksanaan program malaria, sampai tercapainya eliminasi 2030.
- 2) Dalam melakukan monitoring dan evaluasi, sebaiknya *GF* lebih mengintensifkan kegiatan tersebut, sehingga lebih dapat mengawasi pelaksanaan program malaria.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Adisasmito, W. (2007) *Sistem Kesehatan*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta.
2. Global Fund, (2008) *Fact Sheet: The Global Fund's approach to health systems strengthening*, Maret, series 5 of 5.
3. Kepmenkes,. (2009) *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
4. Siahaan, L. (2011) *Perbandingan Rapid Diagnostic Test dan Pemeriksaan Mikroskopik pada Diagnosis Malaria*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 5, No.6.
5. Tobin-West, C. I., and Alex-Hart, B. A. (2011) Insecticide-treated bednet ownership and utilization in Rivers State, Nigeria before a state-wide net distribution campaign, *Journal of Vector Borne Diseases* 48, 133-137.
6. Thwing, J., Eisele, T. P., and Steketee, R. W. (2011) Protective efficacy of malaria case management and intermittent preventive treatment for preventing malaria mortality in children: a systematic review for the Lives Saved Tool, *BMC Public Health* 11, S14.
7. Gosling, R. D. (2010) Intermittent preventive treatment against malaria: an update, *Expert Review of Anti-Infective Therapy* 8, 589-606.
8. WHO, (Ed.) (2010) *World Malaria Report*, Global Malaria Programme.
9. Kemenkes. (2011) *Profil Kesehatan*, Jakarta.
10. Dinkes. (2011) *Profil Kesehatan*, Propinsi Papua, Jayapura.
11. Dinkes. (2011) *Profil Kesehatan*, Kabupaten Kepulauan Yapen.
12. Bappenas. (2007) *Laporan Perkembangan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia*
13. Kesehatan, K. (2010) *Rencana Operasional Promosi Kesehatan untuk Eliminasi Malaria*, Pusat Promosi kesehatan, Jakarta.
14. WHO. (1998) *Estanlishing A Global Partnership to Roll Back Malaria*, Genewa.
15. Duarsa, A. B. S. (2007) *Pengaruh Perpaduan Berbagai Determinan di Tingkat Individu dan Determinan Di Tingkat Ekologi? Agregat Terhadap Kejadian Infeksi Malaria*, Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat.
16. Kepmenkes. (2007) *Pedoman Promosi Gebrak Malaria*, Direktorat Jenderal PP & PL, Jakarta.

17. Perekonomian, K. K. B. (2011) *Masterplan Percepatan dan Perluasan Pembangunan Ekonomi Indonesia 2011-2025*, Jakarta, cetakan 1, 20 Mei 2011.
18. Nasional, B. P. S. (2010) *Sensus Penduduk*, Jakarta.
19. Statistik, B. P. (2010) *Sensus Penduduk*, Jayapura, Propinsi Papua.
20. Perekonomian, K. K. B. (2011) *Peraturan Presiden, No. 65, Tentang Rencana Aksi Percepatan Pembangunan Propinsi Papua dan Propinsi Papua Barat Tahun 2011 - 2014*, Jakarta, 20 September.
21. BPS. (2008) *Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Kepulauan Yapen 2008*, Kabupaten Kepulauan Yapen.
22. Rifat Atun, K. O. a. O. A. (2008) *Integration of Health Systems and Priority Health, Nutrition and Population Interventions A Framework for Analysis and Policy Choices Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*.
23. Rifat Atun, 2 Jeffrey V Lazarus,<sup>1,3\*</sup> Wim Van Damme<sup>4</sup> and Richard Coker<sup>5</sup>. (2010) *Interactions between critical health system functions and HIV/AIDS, tuberculosis and malaria programmes Health Policy and Planning 2010;25:i1–i3 doi:10.1093/heapol/czq062*.
24. Alexandra Conseil, S. M.-J. a. R. C. (2010) *Integration of health systems and priority health interventions: a case study of the integration of HIV and TB control programmes into the general health system in Vietnam, Health Policy and Planning 2010;25:i32–i36 doi:10.1093/heapol/czq055*.
25. Rifat Atun, M., MBA, FRCGP, FFPH, FRCP, \*† Sai Kumar Pothapregada, MD, DNB, MPH,\*, and Janet Kwansah, M., BA, SRN, ‡ D. Degbotse, MSc, ‡ and Jeffrey V. Lazarus, PhD, MIH, MA\*§. (2011) *Critical Interactions Between the Global Fund–Supported HIV Programs and the Health System in Ghana J Acquir Immune Defic Syndr Volume 57, Supplement 2, Augus*.
26. Rifat Ali Atun a, Nata Menabdeb, Katrin Saluvere c, Maris Jesse d, Jarno Habicht e. (2006) *Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation) Health Policy 79 (2006) 79–91*.
27. Atun R, M. N. I. R. C., . (2008) *Health systems and systems thinking, R. Atun & M. McKee (Eds.), Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America (pp. 121-140). Maidenhead: Open University Press, McGraw Hill Education, 2008*.
28. Bappenas. (2009) *Risalah Desentralisasi*, Jakarta.

29. Trisnantoro, L. (2009) *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan*, Yogyakarta, BPFPE.
30. Kepmenkes, (2008) *Pembiayaan Kesehatan*, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
31. Kepmenkes, (2010) *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*, Jakarta.
32. Kepmenkes, (2010) *Pedoman Pelayanan Kesehatan Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan*, Direktorat Bina Kesehatan Komunitas, Jakarta.
33. Sai Pothapregada, R. A. (2009) *Interactions between health systems and Global Fund-supported TB and HIV programmes*
34. The Global Fund to Fight AIDS, T. a. M. (2012) *Indonesia East Asia and Pasific*.
35. WHO, (Ed.) *Global Malaria Programme: Position Statement on ITNs*.
36. WHO. *Global Malaria Programme: Position Statement on ITNs*.
37. Njau, R. J. A., de Savigny, D., Gilson, L., Mwangeni, E., and Mosha, F. W. (2009) Implementation of an insecticide-treated net subsidy scheme under a public-private partnership for malaria control in Tanzania - challenges in implementation, *Malaria Journal* 8, 201-201.
38. Boggild, A. K. M. D. M., Page, A. V. M. D., Keystone, J. S. M. D. M., Morris, A. M. M. D. S. M., and Liles, W. C. M. D. P. (2009) Delay in diagnosis: malaria in a returning traveller, *Canadian Medical Association Journal* 180, 1129-1131.
39. Bell, D., and Barnwell, J. W. (2006) Ensuring quality and access for malaria diagnosis: how can it be achieved?, *Nature Reviews. Microbiology* 4, 682-695.
40. Uzochukwu, B. S. C., Obikeze, E. N., Onwujekwe, O. E., Onoka, C. A., and Griffiths, U. K. (2009) Cost-effectiveness analysis of rapid diagnostic test, microscopy and syndromic approach in the diagnosis of malaria in Nigeria: implications for scaling-up deployment of ACT, *Malaria Journal* 8, 265-265.
41. Batwala, V., Magnussen, P., and Nuwaha, F. (2010) Are rapid diagnostic tests more accurate in diagnosis of plasmodium falciparum malaria

- compared to microscopy at rural health centres?, *Malaria Journal* 9, 349-349.
42. Bronzan, R. N., McMorrow, M. L., and Kachur, S. P. (2008) Diagnosis of Malaria: Challenges for Clinicians in Endemic and Non-Endemic Regions, *Molecular Diagnosis & Therapy* 12, 299-306.
  43. Kepmenkes, (2007) *Kemenkes No, 44 Tahun 2007, tentang Pedoman Pengobatan Malaria*, Jakarta.
  44. Smith, D. L. (2006) Will A Global Subsidy Of New Antimalarials Delay The Emergence Of Resistance And Save Lives?, *Health Affairs* 25, 325-336.
  45. Nabudere, H., Upunda, G. L., and Juma, M. (2010) Policy brief on improving access to artemisinin-based combination therapies for malaria in the East African community, *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 26, 255-259.
  46. Kurth, F., B elard, S., Adegnika, A. A., Gaye, O., Kreamsner, P. G., and Ramharter, M. (2010) Do paediatric drug formulations of artemisinin combination therapies improve the treatment of children with malaria? A systematic review and meta-analysis, *The Lancet Infectious Diseases* 10, 125-132.
  47. Phommanivong, V., Thongkham, K., Deyer, G., Rene, J. P., and Barennes, H. (2010) An assessment of early diagnosis and treatment of malaria by village health volunteers in the Lao PDR, *Malaria Journal* 9, 347.
  48. Kalilani-Phiri, L. V., Lungu, D., and Coghlan, R. (2011) Knowledge and malaria treatment practices using artemisinin combination therapy (ACT) in Malawi: survey of health professionals, *Malaria Journal* 10, 279.
  49. Dye, T. D. V., Apondi, R., Lugada, E. S., Kahn, J. G., Smith, J., and Othoro, C. (2010) "Before we used to get sick all the time": perceptions of malaria and use of long-lasting insecticide-treated bed nets (LLINs) in a rural Kenyan community, *Malaria Journal* 9, 345-345.
  50. Githinji, S., Herbst, S., Kistemann, T., and Noor, A. M. (2010) Mosquito nets in a rural area of Western Kenya: ownership, use and quality, *Malaria Journal* 9, 250-250.
  51. Atieli, F. K., Munga, S. O., Ofulla, A. V., and Vulule, J. M. (2010) The effect of repeated washing of long-lasting insecticide-treated nets (LLINs) on the feeding success and survival rates of *Anopheles gambiae*, *Malaria Journal* 9, 304-304.

52. Atieli, F. K., Munga, S. O., Ofulla, A. V., and Vulule, J. M. (2010) Wash durability and optimal drying regimen of four brands of long-lasting insecticide-treated nets after repeated washing under tropical conditions, *Malaria Journal* 9, 248-248.
53. WHO, and UNICEF. (2010) *Buku Penuntut Hidup Sehat*, Kementerian Kesehatan, Edisi ke 4, Jakarta.
54. WHO. (2006) *Indoor residual spraying :Use of indoor residual spraying for scaling up global malaria control and elimination*, Global Malaria Programme.
55. Sissell, K. (2006) WHO Urges Expanded Indoor Spraying of DDT, *Chemical Week* 168, 56-56
56. Kepmenkes, (2007) *Pedoman Pemberantasan Vektor*, Direktorat Jenderal PP & PL, Jakarta.
57. Indonesia, K. K. R. (2011) *Buku Saku Eliminasi Malaria*, Direktur Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Jakarta.
58. Duarsa, A. B. S. (2007) *Peengaruh Perpaduan Berbagai Determinan di Tingkat Individu dan Determinan Di Tingkat Ekologi/Agregat Terhadap Kejadian Infeksi Malaria*, In *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok*.
59. R.A. ATUN, N. L.-C., F. DROBNIOWSKI, Y.A. SAMYSHKIN, R.J. COKER. (2004) *A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems Tuberculosis control as an illustrative example*, *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 2004; 14: 267–273.
60. Leo Agustino, S. S., M.Si, (Ed.) (2008) *Dasar - Dasar Kebijakan Publik*, Alfabeta, Bandung.
61. Muninjaya (2004 : 54 - 73) *Manajemen Kesehatan* Denpasar.
62. Handayani, D. T. W. (2001) Analisis Perencanaan Kesehatan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak Kalimantan Barat In *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok*.
63. Azwar, A. *Pengantar Adminstrasi Kesehatan*, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
64. Malayu, H. (2003) *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*, Bumi Aksara. Jakarta 2003 : 91-117.
65. Syafrawati. (2002) *Analisis Perencanaan Tahunan Kesehatan Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kota Depok*

Nama Responden :  
 Usia Responden :  
 Pendidikan Terakhir :  
 Jabatan :  
 Lamanya Bekerja :  
 Instansi / Dinas :

Saya *Alexander Takdare*, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan, berikut merupakan topic tugas akhir yang sedang saya lakukan adalah mengenai Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012.

Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja, Informasi yang Bapak/ibu berikan akan saya jaga kerahasiaannya. Bapak/ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama wawancara ini Bapak/ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

No.	Informan	Aspek	Pertanyaan
1	Sub Dit Pengendalian Malaria Kementerian Kesehatan ,Kepala Bidang dan Penanggung Jawab Program Malaria	Penatalaksanaan dan Pemerintah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana menurut bpk/ibu pelaksanaan Sistem Kesehatan di Indonesia?</li> <li>2. Apa yang bpk/ibu ketahui tentang kebijakan program malaria?</li> <li>3. Bagaimana dengan kebijakan program malaria oleh global fund?</li> <li>4. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tersebut? dan bagaimana perannya</li> <li>5. Bagaimana peran pihak pemerintah dalam program malaria?</li> <li>6. Bagaimana dengan peran global fund dalam program</li> </ol>

			<p>malaria?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan sistem kesehatan?</li> <li>8. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan global fund?</li> <li>9. Probing : kita ketahui bahwa malaria merupakan salah satu tujuan MDGs, untuk itu apa saja yang telah dilakukan pemerintah dalam program malaria?</li> <li>10. Probing : salah satu program pendanaan malaria adalah melalui <i>Global Fund</i> , apa saja yang telah dilakukan <i>global fund</i> dalam program malaria?</li> <li>11. Bagaimana menurut bapak/ibu dengan program malaria, jika program perbantuan global fund dihentikan</li> </ol>
		<b>Perencanaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut Bapak/ibu, bagaimana dengan situasi malaria di Indonesia sekarang?</li> <li>2. Bagaimana proses perencanaan program pengendalian malaria? Dan siapa yang terlibat dalam proses tersebut?</li> <li>3. Apa yang diatur oleh sistem kesehatan dalam perencanaan program malaria?</li> <li>4. Apa yang diatur oleh <i>global fund</i> dalam perencanaan program malaria?</li> <li>5. Apakah dalam perencanaannya, Sistem Kesehatan menyesuaikan dengan <i>Global Fund</i> atau sebaliknya ? jelaskan</li> <li>6. Bagaimana kerangka kerjanya? (probing : atau lembar kerja menggunakan kerangka yang baku)</li> <li>7. (Probing, kita ketahui bahwa wilayah <i>Global Fund</i> tersebar diseluruh Indonesia, terutama diwilayah Timur), menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaannya, apakah secara butter up atau top down? Jelaskan</li> <li>8. Menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaan yang baik untuk program ini?</li> <li>9. (Pada saat ini, untuk program malaria, masih mendapatkan bantuan dari <i>global fund</i>), bagaimana, jika <i>global fund</i> tidak memberikan bantuan lagi, apakah pengaruhnya terhadap sistem kesehatan kita terutama untuk perencanaannya?, jelaskan</li> </ol>
		<b>Pembiayaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut Bapak/ibu, sumber dana untuk program malaria, berasal dari mana saja? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui dana rutin? (probing: berapa persentasi dari</li> </ol>

			<p>dana kesehatan secara keseluruhan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</li> <li>4. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaan rutin?</li> <li>5. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i>?</li> <li>6. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari rutin dana tersebut?</li> <li>7. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</li> <li>8. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li> <li>9. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li> <li>10. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i>?</li> <li>11. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</li> <li>12. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i>? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</li> </ol>
--	--	--	--

		<p><b>Pelayanan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia sebagai perawatan dan pengobatan, dalam peningkatan program malaria?</li> <li>2. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia untuk laboratorium, dalam peningkatan program malaria?</li> <li>3. Bagaimana sistem rujukan untuk program tersebut?(probing: program bagaimana dan <i>global fund</i> bagaimana)</li> <li>4. Bagaimana sarana dan prasarana untuk perawatan dan pengobatan malaria?</li> <li>5. Bagaimana sarana dan prasarana untuk laboratorium? (probing: apa yang disiapkan oleh program dan apa yang disiapkan oleh <i>global fund</i>)</li> <li>6. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk perawatan dan pengobatan malaria?</li> <li>7. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk laboratorium?</li> <li>8. Apa saja peran pemerintah dalam pelayanan program malaria?</li> <li>9. Apa saja peran <i>global fund</i> dalam pelayanan program malaria?</li> <li>10. Bagaimana ketersediaan obat untuk program malaria? Probing : Apa yang disediakan oleh program dan apa yang disediakan oleh <i>global fund</i>)</li> <li>11. Bagaimana jika program global fund dihentikan terutama dari factor pelayanan?</li> </ol>
		<p><b>Akses Peningkat Layanan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam meningkatkan akses pelayanan, apa saja yang telah dilakukan untuk menunjang kegiatan tersebut, baik untuk masyarakat maupun petugasnya sendiri? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana peran pemerintah dalam meningkatkan akses layanan?</li> <li>3. Bagaimana peran <i>global fund</i> dalam meningkatkan akses layanan</li> <li>4. Dalam melaksanakan kegiatan program malaria apakah ada insentif yang di berikan? Jelaskan(probing, bagaimana kalau tidak ada)</li> <li>5. Bagaimana dengan kegiatan program yang dilakukan oleh <i>global fund</i>?</li> <li>6. Informasi apa yang ingin diperoleh dalam kegiatan program malaria?</li> </ol>

		<p><b>Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bagaimana bapak/ibu, mengkomunikasikan program malaria dengan instansi atau institusi terkait?</li> <li>8. Probing : dalam meningkatkan pelayanan khususnya program malaria, apa saja yang telah dilakukan? Jelaskan</li> <li>9. Program promosi apa saja yang telah dilakukan untuk malaria?</li> <li>10. Bagaimana apabila program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan terhadap peningkatan akses layanan?</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana dengan target dalam program malaria? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana dengan cakupan setiap tahunnya, apakah sudah sesuai dengan targetnya? Jelaskan</li> <li>3. Bagaimana dengan pelaporannya?</li> <li>4. Bagaimana proses pengumpulan dan pengolahan data malaria? Jelaskan</li> <li>5. Bagaimana analisis data malaria?</li> <li>6. Bagaimana sistem pelaporan data malaria ?</li> <li>7. Bagaimana sistem monitoring dan evaluasi program malaria? (probing : siapa saja yang terlibat)</li> <li>8. Berapa kali dilakukan kegiatan tersebut? Jelaskan</li> <li>9. Kendala apa saja yang sering dijumpai dalam program malaria?</li> <li>10. Bagaimana penyelesaian terhadap kendala tersebut?</li> <li>11. Apa pengaruhnya, jika program perbantuan globan fund ini dihentikan terutama dari factor monitoring dan evaluasi?</li> </ol>
--	--	---------------------------------------	---

Nama Responden :  
 Usia Responden :  
 Pendidikan Terakhir :  
 Jabatan :  
 Lamanya Bekerja :  
 Instansi / Dinas :

Saya *Alexander Takdare*, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan, berikut merupakan topic tugas akhir yang sedang saya lakukan adalah mengenai Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012.

Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja, Informasi yang Bapak/ibu berikan akan saya jaga kerahasiaannya. Bapak/ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama wawancara ini Bapak/ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

No.	Informan	Aspek	Pertanyaan
1	PR Globan Fund Kementerian Kesehatan, Propinsi Papua dan Kabupaten	Penatalaksanaan dan Pemerintah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa yang bpk/ibu ketahui tentang kebijakan program malaria?</li> <li>2. Bagaimana dengan kebijakan program malaria oleh <i>global fund</i>?</li> <li>3. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tersebut? dan bagaimana perannya</li> <li>4. Bagaimana dengan peran <i>global fund</i> dalam program malaria?</li> </ol>

			<p>5. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan <i>global fund</i>?</p> <p>6. Probing : salah satu program pendanaan malaria adalah melalui <i>Global Fund</i> , apa saja yang telah dilakukan <i>global fund</i> dalam program malaria?</p> <p>7. Bagaimana menurut bpk/ibu dengan program malaria,jika program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan</p>
		<b>Perencanaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, bagaimana dengan situasi malaria di Indonesia sekarang?</p> <p>2. Bagaimana proses perencanaan program pengendalian malaria? Dan siapa yang terlibat dalam proses tersebut?</p> <p>3. Apa yang diatur oleh <i>global fund</i> dalam perencanaan program malaria?</p> <p>4. Apakah dalam perencanaannya, Sistem Kesehatan menyesuaikan dengan <i>Global Fund</i> atau sebaliknya ? jelaskan</p> <p>5. Bagaimana kerangka kerjanya? (probing : atau lembar kerja menggunakan kerangka yang baku)</p> <p>6. (Probing, kita ketahui bahwa wilayah <i>Global Fund</i> tersebar diseluruh Indonesia, terutama diwilayah Timur), menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaannya, apakah secara butter up atau top down? Jelaskan</p> <p>7. Menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaan yang baik untuk program ini?</p> <p>8. (Pada saat ini,untuk program malaria, masih mendapatkan bantuan dari global fund), bagaimana, jika <i>global fund</i> tidak memberikan bantuan lagi, apakah pengaruhnya terhadap sistem kesehatan kita terutama untuk perencanaannya?,jelaskan</p>
		<b>Pembiayaan</b>	<p>1. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</p> <p>2. Bagaimana peruntukkannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i>?</p>

			<ol style="list-style-type: none"><li>3. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</li><li>4. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li><li>5. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li><li>6. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i>?</li><li>7. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</li><li>8. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i>? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</li></ol>
--	--	--	---



		<b>Monitoring dan Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Informasi apa yang ingin diperoleh dalam kegiatan program malaria?</li> <li>6. Bagaimana bapak/ibu, mengkomunikasikan program malaria dengan instansi atau institusi terkait?</li> <li>7. Probing : dalam meningkatkan pelayanan khususnya program malaria, apa saja yang telah dilakukan? Jelaskan</li> <li>8. Program promosi apa saja yang telah dilakukan untuk malaria?</li> <li>9. Bagaimana apabila program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan terhadap peningkatan akses layanan?</li> <li>1. Bagaimana dengan target dalam program malaria? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana dengan cakupan setiap tahunnya, apakah sudah sesuai dengan targetnya? Jelaskan</li> <li>3. Bagaimana dengan pelaporannya?</li> <li>4. Bagaimana proses pengumpulan dan pengolahan data malaria? Jelaskan</li> <li>5. Bagaimana analisis data malaria?</li> <li>6. Bagaimana sistem pelaporan data malaria ?</li> <li>7. Bagaimana sistem monitoring dan evaluasi program malaria? (probing : siapa saja yang terlibat)</li> <li>8. Berapa kali dilakukan kegiatan tersebut? Jelaskan</li> <li>9. Kendala apa saja yang sering dijumpai dalam program malaria?</li> <li>10. Bagaimana penyelesaian terhadap kendala tersebut?</li> <li>11. Apa pengaruhnya, jika program perbantuan <i>global fund</i> ini dihentikan terutama dari factor monitoring dan evaluasi?</li> </ol>
--	--	------------------------------------	---

Nama Responden :  
 Usia Responden :  
 Pendidikan Terakhir :  
 Jabatan :  
 Lamanya Bekerja :  
 Instansi / Dinas :

Saya *Alexander Takdare*, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan, berikut merupakan topic tugas akhir yang sedang saya lakukan adalah mengenai Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012.

Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja, Informasi yang Bapak/ibu berikan akan saya jaga kerahasiaanya. Bapak/ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama wawancara ini Bapak/ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

No.	Informan	Aspek	Pertanyaan
1	Bagian Keuangan Subdit Pengendalian Malaria	Pembiayaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurut Bapak/ibu, sumber dana untuk program malaria, berasal dari mana saja? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui dana rutin? (probing:berapa persentasi dari dana kesehatan secara keseluruhan)</li> <li>3. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</li> <li>4. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaan rutin?</li> <li>5. Bagaimana peruntukannya, yang melalui</li> </ol>

			<p>pendanaannya <i>global fund</i>?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari rutin dana tersebut?</li><li>7. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</li><li>8. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li><li>9. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li><li>10. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i>?</li><li>11. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</li><li>12. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i>? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</li></ol>
--	--	--	--

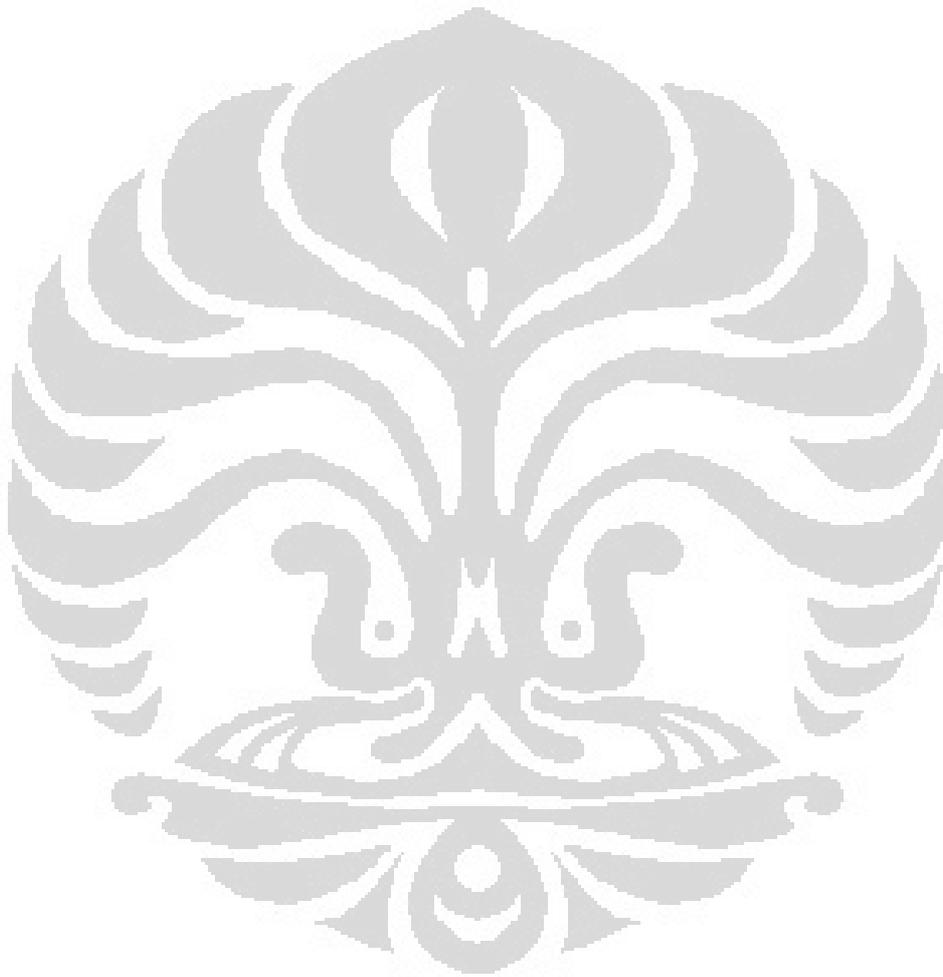
Nama Responden :  
 Usia Responden :  
 Pendidikan Terakhir :  
 Jabatan :  
 Lamanya Bekerja :  
 Instansi / Dinas :

Saya *Alexander Takdare*, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan, berikut merupakan topic tugas akhir yang sedang saya lakukan adalah mengenai Keterkaitan Kritis antara Komponen Sistem Kesehatan dengan *Global Fund* untuk Program Malaria di Kabupaten Kepulauan Yapen Propinsi Papua Tahun 2012.

Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja, Informasi yang Bapak/ibu berikan akan saya jaga kerahasiaannya. Bapak/ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama wawancara ini Bapak/ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

No.	Informan	Aspek	Pertanyaan
1	Bagian Keuangan <i>Global Fund</i> , Kementeri, Propinsi dan Kabupaten	Pembiayaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</li> <li>2. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaan rutin?</li> <li>3. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i>?</li> <li>4. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</li> <li>5. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</li> </ol>

			<p>6. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i>?</p> <p>7. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</p> <p>8. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i>? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</p>
--	--	--	--



Tabel : Matriks Hasil Wawancara dengan Penanggungjawab Program Malaria

No.	Aspek	Pertanyaan	Hasil Wawancara		
			P 1	P 2	P 3
	<b>Penatalayanan dan Pemerintah</b>	<p>1. Bagaimana menurut bpk/ibu pelaksanaan Sistem Kesehatan di Indonesia?</p> <p>2. Apa yang bpk/ibu ketahui tentang kebijakan program malaria?</p>	<p><i>Pelaksanaan Sistem Kesehatan di Indonesia masih banyak tantangannya, mulai dari sistem yang desentralisasi yang berpengaruh terhadap penetapan prioritas masing-masing daerah.</i></p> <p><i>Kebijakan program Malaria di Indonesia secara nasional adalah: 1) Diagnosa malaria harus terkonfirmasi mikroskop/uji reaksi cepat (RDT) → STOP Malaria Klinis ; 2) Pengobatan dengan Artemisinin based Combination Therapy (ACT) → STOP Klorokuin ; 3) Pencegahan penularan malaria dengan distribusi kelambu (LLIN) penyemprotan (IRS), repellent, larvasiding ; 4) Memperkuat desa siaga → pembentukan Posmaldes ; 5) Kemitraan melalui Forum Gebrak Malaria</i></p>	<p><i>Pelaksanaan sistem kesehatan di Indonesia sedang mencari bentuk untuk ,membuat sistem yang lebih baik. Tetap dengan tujuan pelayanan kesehatan mau mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera, contoh mengembangkan jampersaal, jamkesmas dan lain – lain.</i></p> <p><i>Kebijakan program malaria ada 5, yaitu :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Penemuan kasus/diagnose malaria harus konfirmasi laboratorium mikroskop/RDT</i></li> <li>• <i>Pengobatan menggunakan pedoman pengobatan malaria, gunaka ACT</i></li> <li>• <i>Penegakkan penularan malaria, distribusi kelambu, penyemprotan rumah, skrining bumil, pengobatan sesuai standar</i></li> <li>• <i>Kerja sama lintas sector/lintas program</i></li> </ul>	<p><i>Kalau sistem kesehatan di Indonesia itu termasuk sudah cukup bagus, kalau secara internasional tidak ketinggalan kalau sistemnya</i></p> <p><i>Kebijakan program malaria itu Papua yang mendasar bahwa kita harus berpihak pada masyarakat dengan memberikan pelayanan yang sebaik – baiknya sesuai dengan standar kita harus lengkapi, misalnya konfirmasi laboratorium 100 %</i></p>

				<p>dalam pengendalian vector malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberdayaan masyarakat untuk mencapai eliminasi</li> </ul>	
		<p>3. Bagaimana dengan kebijakan program malaria oleh global fund ?</p>	<p><i>Global Fund itu bukan pengambil atau penentu kebijakan. The Global Fund (TGF) hanyalah lembaga donor yang memberikan bantuan dana untuk mendukung pemerintah menjalankan program. Jadi kebijakannya mengikuti kebijakan program. Walaupun TGF mempunyai patron2 pendanaan (aturan penggunaannya).</i></p>	<p><i>Dengan bantuan dana global fund kebijakan program sudah berjalan meskipun masih banyak perlu ditingkatkan</i></p>	<p><i>Seharusnya selalu berada didalam program malaria untuk melengkapi program yang sudah ada</i></p>
		<p>4. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tersebut? dan bagaimana perannya</p>	<p><i>Jika maksudnya kebijakan penggunaan dana, maka ada Technical Working Group (TWG) malaria dan Country Coordinator Mechanism (CCM). Peran TWG sebagai salah satu tempat konsultasi terutama yang berhubungan dengan programatik, CCM sebagai penghubung dengan TGF pusat (genewa).</i></p>	<p><i>Yang terlibat dalam kebijakan adalah pemangku kebijakan, seperti kesehatan, dan juga lintas sector lainnya serta peran serta masyarakat tetapi peran ini belum optimal di Propinsi Papua.</i></p>	<p><i>Secara terstruktur, seperti halnya dengan dinas kesehatan, seperti kepala dinas kesehatan ke bawah jadi sama saja</i></p>
		<p>5. Bagaimana peran pihak pemerintah dalam program malaria?</p>	<p><i>Peran pemerintah (pusat) dalam program malaria adalah membuat kebijakan, aturan</i></p>	<p><i>Peran Pemerintah dalam program malaria, justru masih didominasi oleh</i></p>	<p><i>Pemerintah harus lebih kepada kebijakan, penyediaan dana yang</i></p>

			<i>(NSPK) dan menyediakan pendanaan sesuai dengan peraturan. Melakukan juga asistensi teknis serta advokasi ke pengambil kebijakan di daerah.</i>	<i>Pemerintah dengan penyediaan anggaran yang semakin meningkat.</i>	<i>terkait dengan program sehingga memudahkan pencapaian target</i>
		6. Bagaimana dengan peran global fund dalam program malaria?	<i>Peran Global Fund dalam program malaria adalah sebagai donor.</i>	<i>Peran GF malaria juga cukup baik, tetapi tidak mencakup ke seluruh Kabupaten (16 Kabupaten/Kota.</i>	<i>Kalau untuk global fund terutama dalam penyediaan dana</i>
		7. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan sistem kesehatan?	<i>Kebijakan program malaria sudah sesuai dengan subsistem dalam SKN, yaitu mulai dari pelayanan kesehatan bahwa semua kasus suspek harus dikonfirmasi dan diobati dengan obat yang sesuai standar, subsistem pembiayaan bahwa obat anti malaria diberikan secara gratis, subsistem SDM kesehatan maka program malaria melakukan pelatihan-pelatihan untuk tenaga kesehatan yang terlibat dalam program malaria (dokter, perawat, bidan, pengelola program, laboratorium, entomologi dll) walaupun secara berjenjang sesuai tupoksi, subsistem farmasi &amp; alkes bahwa obat malaria mengikuti kebijakan satu pintu melalui ditjen bina farmasi,</i>	<i>Pengaturan program sesuai Sistem Kesehatan, melaksanakan kebijakan yang dapat dirasakan oleh masyarakat.</i>	<i>Pada prinsipnya sama saja dengan program yang lain, yang ada di dinas kesehatan</i>

		<p>8. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan global fund?</p> <p>9. Probing : kita ketahui bahwa malaria merupakan salah satu tujuan MDGs, untuk itu apa saja yang</p>	<p><i>subsistem manajemen dan system informasi maka malaria juga mempunyai sistem surveilans dan informasi mulai dari puskesmas sampai pusat mengikuti sistem surveilans nasional, subsistem pemberdayaan masyarakat : malaria tidak bisa ditanggulangi oleh pemerintah bahkan sector kesehatan saja, sehingga perlu adanya peran lintas sector dan peran serta masyarakat yang sudah diwujudkan dengan adanya pos malaria desa, Participatory Learning and Action (PLA) di beberapa wilayah dan juga adanya malaria center sebagai inovasi daerah dalam menanggulangi malaria bersama lintas sector.</i></p> <p><i>Pengaturan program bukan berdasarkan global fund, namun mengikuti kebijakan nasional program pengendalian malaria.</i></p> <p><i>Dalam mencapai MDGs maka program malaria yang bertujuan mencapai eliminasi sudah banyak kegiatannya untuk mencapai MDGs. Fokus</i></p>	<p><i>GF hanya dana bantuan, sedangkan sistem tetap mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional</i></p> <p><i>Untuk mencapai target MDGs, upaya yang dilakukan : diharapkan eliminasi di Propinsi Papua</i></p>	<p><i>Aturannya tidak berdiri sendiri, dia tetap terkait dengan program malaria yang ada di dinas kesehatan, tetapi namanya bantuan dia tetap ada rambu – rambu tersendiri, terutama dari dananya</i></p> <p><i>Sebenarnya yang dilakukan pemerintah harusnya dari segi kebijakan dan bukan</i></p>
--	--	---	---	--	---

		<p>telah dilakukan pemerintah dalam program malaria?</p>	<p><i>intervensinya adalah</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Memperkuat Diagnosis cepat &amp; pengobatan yang tepat</i></li> <li>• <i>Mengembangkan QA untuk laboratorium mikroskop</i></li> <li>• <i>Penanganan KLB secara tepat</i></li> <li>• <i>Memperluas cakupan pelayanan dengan melibatkan seluruh faskes secara bertahap</i></li> <li>• <i>Memperkuat pengelolaan logistik ( OAM, RDT, LLINS)</i></li> <li>• <i>Memperkuat data surveilans dan menerapkan R/R berbasis elektronik</i></li> <li>• <i>Mengembangkan surveilens vektor termasuk resistensi insektisida</i></li> <li>• <i>Sentinel site untuk monitoring efikasi OAM dan resistensi</i></li> <li>• <i>Integrasi Malaria tmsk ke DTPK/PDBK, MTBS-M, KIA, Nelayan</i></li> <li>• <i>Mengembangkan surveilens migrasi pd daerah preeliminasi-Eliminasi</i></li> <li>• <i>Optimalisasi fungsi Posmaldes dan JMD/JML</i></li> <li>• <i>Menggalang Kemitraan dgn LSM, ormas, dan CSR</i></li> <li>• <i>Mendukung pengembangan Malaria Centre</i></li> <li>• <i>Pengembangan SDM</i></li> </ul>	<p><i>tercapai di tahun 2030, membuat pentahapan rencana strategis sampai tahun 2030, membuat Pergub malaria.</i></p>	<p><i>hanya tanggung jawab dinas kesehatan saja, tetapi semuanya harus terkait, baik pemerintah LSM, maupun masyarakat</i></p>
--	--	--	---	---	--

		<p>10. Probing : salah satu program pendanaan malaria adalah melalui <i>Global Fund</i> , apa saja yang telah dilakukan <i>global fund</i> dalam program malaria?</p>	<p><i>Global fund</i> membantu pendanaan malaria terutama untuk operasional sampai tingkat desa, pelatihan-pelatihan, penyediaan sebagian kelambu berinsektisida dan alat diagnosis. Sebagian besar pendanaan program malaria memang melalui <i>global fund</i>, karena pemerintah pusat tidak bisa (tidak boleh) mendanai kegiatan operasional di daerah dikarenakan sistem desentralisasi. Sedangkan pembiayaan local daerah untuk amalaria masih belum optimal.</p>	<p>Bantuan dana GF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insentif pengelola malaria di 16 Kab/Kota</li> <li>• Membiayai supervise</li> <li>• Membiaya cross checker malaria</li> <li>• Monev malaria</li> </ul>	<p>Kalau GF tidak keluar dari kebijakan program malaria secara nasional, karena sifatnya bantuan sehingga dia dipantau secara internasional dan dia mensport yang indikatornya gampang diukur</p>
		<p>11. Bagaimana menurut bpk/ibu dengan program malaria,jika program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan</p>	<p>Perlu adanya <i>exit strategy</i> agar pemerintah daerah mampu dan mau menyediakan dana. Jika ini tidak terjadi, memang agak mengkhawatirkan terutama untuk operasional di tingkat bawah.</p>	<p>Jika dihentikan GF malaria, kita harus menyiapkan <i>exit strategy</i> dengan mengalokasikan dana/anggaran baik APBD I maupun APBD II dan meningkatkan peran serta masyarakat.</p>	<p>Sudah saatnya Pemerintah Daerah mempersiapkan anggaran untuk program ini,tetapi juga untuk program yang lain</p>

	<b>Perencanaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, bagaimana dengan situasi malaria di Indonesia sekarang?</p> <p>2. Bagaimana proses perencanaan program pengendalian malaria? Dan siapa yang terlibat dalam proses tersebut?</p> <p>3. Apa yang diatur oleh sistem kesehatan dalam perencanaan program malaria?</p> <p>4. Apa yang diatur oleh global fund dalam perencanaan program malaria?</p> <p>5. Apakah dalam perencanaannya, Sistem Kesehatan menyesuaikan dengan <i>Global Fund</i> atau sebaliknya ? jelaskan</p>	<p><i>Situasi malaria di Indonesia sekarang dibanding puluhan tahun yang lalu sudah mengalami perbaikan, jumlah kasus cenderung menurun.</i></p> <p><i>Proses perencanaan dilakukan sedapat mungkin dengan data yang ada. Misalnya untuk perencanaan obat maka dilihat/mempertimbangkan jumlah kasus. Yang berperan adalah staff malaria, memberikan masukan kepada penanggungjawab perencanaan, dan juga masukan dari daerah</i></p> <p><i>Semua subsistem</i></p> <p><i>Global fund tidak mengatur perencanaan, namun programlah yang membuat perencanaan untuk penggunaan/mengajukan proposal kepada global fund.</i></p> <p><i>Global fund yang menyesuaikan.</i></p>	<p><i>Situasi malaria di Indonesia saat ini bervariasi diberbagai Propinsi ada yang sudah mencapai tahap eliminasi, ada yang masih sangat jauh untuk hal itu.</i></p> <p><i>Proses perencanaan program pengendalian malaria : sebelumnya hanya dipegang oleh Dinas Kesehatan, tetapi mulai awal 2012 sudah mulai melibatkan sector terkait seperti Bappeda, Pertanian, Peternakan, PU dan lain – lain.</i></p> <p><i>Perencanaan sesuai dengan pedoman Nasional</i></p> <p><i>Yang diatur oleh GF dalam perencanaan tersebut adalah perencanaan untuk 16 Kabupaten/Kota yang disport saja</i></p> <p><i>Pedoman Nasional gebrak malaria</i></p>	<p><i>Kalau dari segi cakupan kita akan mengembangkan, karena untuk mendekatkan pelayanan agar lebih mudah</i></p> <p><i>Dalam perencanaannya kita harus memperhatikan sampai di tingkat kabupaten dan kecamatan dan siapa saja terlibat sesuai dengan potensi dimana kita akan melakukan kegiatan itu, yaitu kabupaten dan kecamatan</i></p> <p><i>Lebih bekerja sama secara lintas sector</i></p> <p><i>Yang diatur oleh global fund adalah penunjang kegiatan di lapangan, seperti berupa logistik</i></p> <p><i>Saling menyesuaikan</i></p>
--	--------------------	---	---	---	---

		6. Bagaimana kerangka kerjanya? (probing : atau lembar kerja menggunakan kerangka yang baku)	<i>Workplannya disusun berdasarkan kebutuhan yang ada</i>	<i>Ada kebijakan, ada strategi Nasional</i>	<i>Mengacu pada kebijakan</i>
		7. (Probing, kita ketahui bahwa wilayah Global Fund tersebar diseluruh Indonesia, terutama diwilayah Timur), menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaannya, apakah secara butter up atau top down? Jelaskan	<i>Proses perencanaan penggunaan dana global fund kombinasi antara butter up dan top down</i>	<i>Seharusnya perencanaan yang baik itu secara butter up, karena dapat mewakili kebutuhan daerah masing-masing</i>	<i>Proses perencanaannya secara nasional top down</i>
		8. Menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaan yang baik untuk program ini?	<i>Berdasarkan analisa situasi dan hasil evaluasi, berdasarkan data yang akurat.</i>	<i>Proses perencanaan yang baik berbasis masalah yang ada dimasyarakat, sehingga kita menyatakan tindakan apa yang akan dilakukan</i>	<i>Bottom up</i>
		9. (Pada saat ini, untuk program malaria, masih mendapatkan bantuan dari <i>global fund</i> ), bagaimana, jika <i>global fund</i> tidak memberikan bantuan lagi, apakah pengaruhnya	<i>Pasti ada pengaruhnya jika sistem pembiayaan kesehatan masih seperti sekarang.</i>	<i>Kalau berhenti pada tahun 2015, mungkin kita harus menyiapkan lebih insentif, strategi apa yang harus kita tempuh terutama dalam penganggaran di 16 Kabupaten/Kota harus sudah</i>	<i>Akan menjadi berkurang, dan ada pengaruhnya negatif terutama yang di daerah - daerah</i>

		terhadap sistem kesehatan kita terutama untuk perencanaannya?, jelaskan		<i>kita mulai dari sekarang.</i>	
	<b>Pembiayaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, sumber dana untuk program malaria, berasal dari mana saja? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui dana rutin? (probing: berapa persentasi dari dana kesehatan secara keseluruhan)</p> <p>3. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</p> <p>4. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaan rutin?</p>	<p><i>Sumber dana : APBN, APBD, Donor luar negeri (WHO, UNICEF, GF).</i></p> <p><i>Tidak lebih dari 20 %</i></p> <p><i>Pada tahun 2011 sumber dana dari Global Fund adalah sebesar ...%.</i></p> <p><i>Pendanaan rutin APBN dan APBD serta Global Fund saling melengkapi untuk pelaksanaan program pengendalian malaria mulai dari penyusunan NSPK, Pengadaan logistic (obat, alat, bahan lab, kelambu, dll), asistensi teknis, operasional di</i></p>	<p><i>Sumber dana malaria : APBN, APBD I, APBD II, GF malaria dan Unicef</i></p> <p><i>Masih sangat kecil APBN + APBD &lt; 5 %</i></p> <p><i>Bantua GF ± 3 miliar per tahun</i></p> <p><i>Pendanaan rutin tahun 2012 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>logistic : RDT mikroskop, kelambu</i></li> <li>• <i>Cross cheker</i></li> <li>• <i>Bintek</i></li> <li>• <i>Pelatihan tenaga surveilliance</i></li> </ul>	<p><i>APBD, APBN dan donor – donor, tetapi untuk mencapai eliminasi itu berasal dari APBD</i></p> <p><i>Ada peningkatan tiap tahunnya, tetapi juga belum bisa memenuhi untuk program malaria sendiri</i></p> <p><i>Semakin mengecil tiap tahunnya</i></p> <p><i>Mendukung pelaksanaan program malaria, seperti pelatihan tenaga surveillance. Bintek promkes dan lain – lain</i></p>

			lapangan, KLB, monitoring dan evaluasi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promkes</li> </ul>	
	5. Bagaimana peruntukkannya, yang melalui pendanaannya global fund?	tidak bisa dibedakan kegiatannya, karena saling mengisi		Peruntukkan dana GF : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operasional</li> <li>• Insentif</li> <li>• Supervise</li> <li>• Monev</li> </ul>	Peruntukkan dana GF, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>operasional,</li> <li>insentive, supervise dan monev</li> </ul>
	6. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari rutin dana tersebut?	Mengajukan pengusulan melalui bagian perencanaan		Metode penganggaran rutin : mengacu pada anggaran tahun sebelumnya	Untuk mendapatkan dana berdasarkan rencana kegiatan program malaria, perlu diketahui bahwa untuk pembiayaan semuanya melalui satu pintu, jadi kita di program ketika ada kegiatan akan mengusulkan rencana kegiatan ke kepala dinas
	7. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari global fund?	Mengajukan proposal ke TGF melalui CCM		Metode penganggaran GF, melihat dari raking pencapaian kinerja	Kalau di GF sistem sudah diatur dari pusat
	8. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)	Untuk APBN pusat tidak dapat membagi dana langsung ke daerah untuk operasional, kecuali melalui mekanisme dekonsentrasi dan tugas perbantuan melalui bagian PI. Sedangkan untuk Global Fund, pembagian adalah berdasarkan usulan dari propinsi melalui		Pembagian dana ke daerah : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutin seperti logistic yang baru diturunkan</li> <li>• GF ke daerah insentif</li> </ul>	Kalau untuk yang rutin, kita biasanya mengadakan pelatihan di propinsi guna evaluasi, sedangkan untuk GF berdasarkan data dan kebutuhan masing – masing daerah

			<i>workplan dan direview disesuaikan dengan situasi (data yang ada).</i>		
		9. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)	<i>Pertanggungjawaban sesuai dengan peraturan menteri keuangan baik rutin maupun GF</i>	<i>Pertanggungjawaban untuk tahun 2011, anggaran yang sangat kecil turunnya awal triwulan IV, sehingga tidak dapat dipergunakan dengan baik. GF juga dana terlambat, kerangkanya sistem pertanggungjawaban sudah diatur</i>	<i>Pertanggungjawabannya kalau yang rutin mengikuti sistem penganggaran yang ada di daerah, sedangkan , kalau GF sudah ada mekanismenya tersendiri</i>
		10. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i> ?	<i>Dana dari GF sangat membantu pencapaian program di daerah.</i>	<i>Berpengaruh terhadap cakupan</i>	<i>Jelas sangat membantu sekali, terutama dari logistic dan segi pelaporan</i>
		11. Bagaimana peningkatan cakupan, dengan pembiayaan tersebut?	<i>Ada peningkatan upaya pengendalian yang berdampak menurunnya insidens malaria dalam 10 tahun terakhir.</i>	<i>Peningkatan cakupan masih belum sesuai dengan harapan</i>	<i>Ada perubahan dengan peningkatan cakupan</i>

		12. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i> ? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)	<i>Tentu berpengaruh, namun tetap harus disikapi dengan menyusun exit strategy.</i>	<i>Jika dihentikan, maka program malaria di 16 Kabupaten/Kota mungkin akan mengalami kemunduran</i>	<i>Jelas berpengaruh, terutama di daerah yang mendapat bantuan program malaria dari GF, dan yang harus dipikirkan apa yang dibiayai GF harus dilanjutkan</i>
	<b>Pelayanan</b>	1. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia sebagai perawatan dan pengobatan, dalam peningkatan program malaria?  2. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia untuk laboratorium, dalam peningkatan program malaria?	<i>Ketersediaan SDM memang menjadi salah satu kendala dalam pengendalian malaria. Apalagi kejadian malaria sebagian besar adalah di daerah remote atau yang memang akses terhadap yankes masih kurang.</i>  <i>Sama, disebabkan juga dengan turn over yang cukup tinggi di daerah</i>	<i>Ketersediaan SDM untuk menangani malaria juga sangat kurang, banyak Puskesmas yang tidak ada tenaga kesehatan</i>  <i>Demikian pula tenaga Laboratorium &lt; 50 % Puskesmas tidak tersedia tenaga laboratorium</i>	<i>Belum cukup, sehingga kita mengotrak dokter dan beberapa tenaga di unit pelayanan masih merangkap sebagai penanggungjawab program</i>  <i>Ada tenaga yang belum difungsikan sebagai mestinya</i>

		<p>3. Bagaimana sistem rujukan untuk program tersebut?(probing: program bagaimana dan <i>global fund</i> bagaimana)</p>	<p><i>Sudah ada sistem rujukan untuk malaria baik kasus maupun laboratorium, mulai dari puskesmas sampai RS, mengikuti sistem rujukan pada umumnya.</i></p>	<p><i>Untuk sistem rujukan baik rutin maupun GF, juga masih belum baik</i></p>	<p><i>Kalau untuk rujukan tidak dibedakan, sistemnya tetap mengikuti sistem rujukan yang ada diunit pelayanan</i></p>
		<p>4. Bagaimana sarana dan prasarana untuk perawatan dan pengobatan malaria?</p>	<p><i>Sarana dan prasarana untuk perawatan malaria mengikuti/terintegrasi dengan program pelayanan kesehatan di Indonesia, tidak ada RS khusus untuk malaria.</i></p>	<p><i>Sarana dan prasarana sedang dilengkapi</i></p>	<p><i>Untuk sarana dan prasarana, sudah tersedia diunit pelayanan, tetapi penyebarannya yang tidak merata dan kekurangannya sementara dilengkapi, terutama untuk daerah – daerah terpencil</i></p>
		<p>5. Bagaimana sarana dan prasarana untuk laboratorium? (probing: apa yang disiapkan oleh program dan apa yang disiapkan oleh <i>global fund</i>)</p>	<p><i>Sarana dan prasarana laboratorium malaria diupayakan melalui APBN/APBD dan donor (GF), tidak ada pemisahan/pembagian khusus. Saling melengkapi/menunjang.</i></p>	<p><i>Pengadaan RDT,mikroskop serta peralatan lain dilakukan. GF sudah tidak menyediakan logistic</i></p>	<p><i>untuk diagnostic malaria, seharusnya menggunakan mikroskop, tetapi dilapangan yang masih jauh dari unit pelayanan menggunakan RDT, sedangkan GF hanya menyiapkan sarana di daerah yang disport saja</i></p>

		<p>6. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk perawatan dan pengobatan malaria?</p>	<p><i>Perawatan malaria terintegrasi dengan sarana dan prasarana yang ada di fasilitas kesehatan. Untuk obat, maka disediakan penuh melalui APBN sejak tahun 2011. Ketersediaannya dipantau melalui sistem manajemen logistic.</i></p>	<p><i>Obat- obatan diadakan oleh APBN, APBD I, APBD II</i></p>	<p><i>itu biasanya tergantung daerah masing – masing dan pengadaannya merupakan bagian kefarmasian</i></p>
		<p>7. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk laboratorium?</p>	<p><i>Diadakan/disediakan melalui dana APBN, APBD dan donor. Ketersediaannya dipantau melalui sistem manajemen logistic.</i></p>	<p><i>Demikian pula untuk laboratorium</i></p>	<p><i>kita biasanya secara lintas program, jadi bukan hanya tanggungjawab bagian malaria saja tapi semuanya terkait, seperti pengadaan peralatan laboratorium merupakan tanggung jawab bagian sarana dan prasarana</i></p>
		<p>8. Apa saja peran pemerintah dalam pelayanan program malaria?</p>	<p><i>Menyediakan NSPK</i></p>	<p><i>Menyiapkan infrastruktur, SDM terlatih dan logistic</i></p>	<p><i>peran pemerintah lebih ke penyediaan infrastruktur dan tenaga kesehatan</i></p>
		<p>9. Apa saja peran <i>global fund</i> dalam pelayanan program malaria?</p>	<p><i>Membantu/menunjang program pemerintah.</i></p>	<p><i>Peran GF : insentif, cross cocker, supervise</i></p>	<p><i>lebih ke segi teknis yang mudah diukur, misalnya menyediakan logistic untuk program malaria</i></p>

		<p>10. Bagaimana ketersediaan obat untuk program malaria? Probing : Apa yang disediakan oleh program dan apa yang disediakan oleh <i>global fund</i>)</p> <p>11. Bagaimana jika program <i>global fund</i> dihentikan terutama dari factor pelayanan?</p>	<p><i>Sejak tahun 2011 obat diadakan penuh oleh pemerintah.</i></p> <p><i>Dari sisi pengobatan tidak begitu bermasalah, namun bantuan untuk penguatan SDM selama ini juga dibantu dengan GF maka harus disusun exit strategy untuk memenuhi semua melalui APBN dan APBD</i></p>	<p><i>Cukup tersedia obat malaria</i></p> <p><i>Tidak masalah</i></p>	<p><i>kalau untuk obat selalu dan harus tersedia, yang menjadi masalah adalah akses ke tempat pelayanan dan untuk penyediaan obat disediakan melalui APBN ataupun APBD</i></p> <p><i>Ada atau tidaknya GF pelayanan tetap berjalan</i></p>
--	--	---	---	---	--

	<p><b>Peningkatan Akses Pelayanan</b></p>	<p>1. Dalam meningkatkan akses pelayanan, apa saja yang telah dilakukan untuk menunjang kegiatan tersebut, baik untuk masyarakat maupun petugasnya sendiri? Jelaskan</p>	<p><i>Integrasi dengan program lain seperti DTPK, PDBK terutama di ditjen BUK. Selain itu melibatkan peran serta masyarakat melalui pembentukan pos malaria desa (posmaldes) di daerah yang sulit akses.</i></p>	<p><i>Untuk masyarakat : promosi kesehatan Untuk Fasyankes : memberikan pelatihan, penguatan latihan, penyediaan SDM</i></p>	<p><i>Untuk masyarakat kita selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik salah satunya dengan memberikan informasi – informasi yang mudah dipahami oleh masyarakat tentang malaria, sedangkan untuk petugas, dengan mengadakan pelatihan – pelatihan untuk meningkatkan kualitas dan pemberian insentif ataupun memberikan fasilitas yang memadai untuk petugas sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik</i></p>
	<p>2. Bagaimana peran pemerintah dalam meningkatkan akses layanan?</p>	<p><i>Pada prinsipnya sama yaitu adanya integrasi dengan program lain</i></p>	<p><i>Penyediaan sarana dan prasarana dan SDM berkualitas</i></p>	<p><i>Harus mendekati pelayanan kepada masyarakat dengan menyediakan sarana dan prasarana ataupun SDM yang berkualitas</i></p>	
	<p>3. Bagaimana peran <i>global fund</i> dalam meningkatkan akses layanan</p>	<p><i>Menunjang program pemerintah, terutama operasional posmaldes</i></p>	<p><i>Memantau kualitas layanan</i></p>	<p><i>Sebagai pendukung dalam program yang dilaksanakan oleh pemerintah</i></p>	
	<p>4. Dalam melaksanakan kegiatan program malaria apakah ada insentif yang diberikan? Jelaskan (probing, bagaimana kalau tidak</p>	<p><i>Ada, dari global fund</i></p>	<p><i>Insentif dari GF untuk pengelolaan program malaria di 16 Kabupaten/Kota, di program sendiri tidak ada insentif khusus</i></p>	<p><i>Kalau yang dana rutin tidak ada insentif, tetapi dari GF ada diberikan sebagai perangsang dalam bekerja</i></p>	

		ada)			
		5. Bagaimana dengan kegiatan program yang dilakukan oleh <i>global fund</i> ?	<i>Sesuai dengan kebijakan program.</i>	<i>GF merupakan pendukung dalam program</i>	<i>Antara GF dan pemerintah sebaiknya saling mendukung, sehingga pencapaian program akan lebih baik</i>
		6. Informasi apa yang ingin diperoleh dalam kegiatan program malaria?	<i>Informasi tentang epidemiologi penyakit malaria di Indonesia dan cakupan intervensi (pengobatan, kelambu, diagnosis)</i>	<i>Informasi yang diperoleh dari program malaria, besaran angka kesakitan dan kematian akibat malaria, berkomunikasi dengan instansi terkait lewat pertemuan koordinasi</i>	<i>Adanya penemuan kasus malaria, pengobatan dan pemberantas vektornya</i>
		7. Bagaimana bapak/ibu, mengkomunikasikan program malaria dengan instansi atau institusi terkait?	<i>Melalui advokasi, sosialisasi, pertemuan lintas program dan lintas sector, pertemuan monev, juga melalui website dan jaringan social.</i>	<i>Melalui pertemuan lintas sector maupun lintas program</i>	<i>Biasanya kita mengundang instansi terkait untuk pembahasan program malaria, karena program ini merupakan tanggung jawab semua pihak</i>
		8. Probing : dalam meningkatkan pelayanan khususnya program malaria, apa saja yang telah dilakukan? Jelaskan	<i>Penguatan SDM melalui pelatihan dan sosialisasi, advokasi, KIE.</i>	<i>Dalam meningkatkan pelayanan malaria : pelatihan, penyediaan logistic, quality control dan monev</i>	<i>Selain penemuan kasus, secara aktif pendekatan kepada masyarakat untuk mendapatkan informasi yang lebih tentang situasi malaria kemudian melakukan penyemprotan rumah</i>
		9. Program promosi apa saja yang telah dilakukan untuk malaria?	<i>Talkshow di media elektronik, website, flyer, media penyuluhan seperti poster, film, brosur, leaflet. Penyediaan</i>	<i>Promosi melalui media elektronik maupun media masa</i>	<i>Kita berupaya kerja sama dengan lintas sector, misalnya dengan PKK</i>

		10. Bagaimana apabila program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan terhadap peningkatan akses layanan?	<p><i>lembar balik.</i></p> <p><i>Dari segi pelayanan tidak begitu bermasalah, namun bantuan untuk penguatan dan operasional SDM selama ini juga dibantu dengan GF maka harus disusun exit strategy untuk memenuhi semua melalui APBN dan APBD</i></p>	Tidak masalah	<p><i>Tetap ada pengaruhnya karena GF masih memperhatikan peralatan yang telah diberikan, misalnya suku cadang dari mikroskop</i></p>
	<b>Monitoring dan Evaluasi</b>	<p>1. Bagaimana dengan target dalam program malaria? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana dengan cakupan setiap tahunnya, apakah sudah sesuai dengan targetnya? Jelaskan</p>	<p><i>Target program yang juga target MDGs adalah API (annual parasite incidence), saat ini sudah sesuai yang diinginkan (on the track)</i></p> <p><i>Cakupan pemeriksaan sediaan darah dan pengobatan menggunakan ACT meningkat dari tahun ke tahun walau belum mencapai 100 persen sesuai harapan. Begitu juga dengan cakupan penggunaan kelambu.</i></p>	<p><i>Target program eliminasi malaria 2030 dan menurunnya API setiap tahun</i></p> <p><i>Belum mencapai target</i></p>	<p><i>Menuju eliminasi 2030 dengan cara 80 % harus melalui pemeriksaan mikroskop tetapi dalam pelaksanaannya masih sulit</i></p> <p><i>Untuk cakupan masih belum sesuai dengan target, tetapi setiap tahunnya ada peningkatan</i></p>

		3. Bagaimana dengan pelaporannya?	<i>Pelaporan saat ini kelengkapannya baru sekitar 80 persen.</i>	<i>Pelaporan : belum semua Kabupaten membuat laporannya</i>	<i>Sebagian daerah sudah mulai baik</i>
		4. Bagaimana proses pengumpulan dan pengolahan data malaria? Jelaskan	<i>Sistem pelaporan berjenjang sesuai dengan sistem pelaporan nasional yang tercantum dalam Sistem Surveilans Nasional. Dari puskesmas/RS ke dinkes kab/kota lalu ke dinkes prov dan selanjutnya ke pusat. Pengolahan dilakukan di setiap jenjang sesuai tupoksi, seperti di puskesmas mengolah data untuk sistem kewaspadaan KLB, stratifikasi endemisitas desa.</i>	<i>Proses pengumpulan data dan pengolahan data adalah dari Pustu melapor ke Puskesmas dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan diteruskan ke Dinas Kesehatan Propinsi</i>	<i>Seharusnya dari kabupaten tiap bulannya harus masuk, tetapi biasanya mengalami keterlambatan bahkan ada beberapa kabupaten tidak mengirimkan laporannya, tetapi kita selalu memberikan feed back atas laporan tersebut</i>
		5. Bagaimana analisis data malaria?	<i>Analisis untuk melihat trend peningkatan kasus dan korelasi dengan intervensi yang dilakukan serta pembiayaan untuk perencanaan.</i>	<i>Analisis data malaria, baru dapat dibuat dari 16 Kabupaten/Kota yang dilayani GF</i>	<i>Analisa data dilakukan di Kabupaten untuk melihat trennya masing – masing daerah</i>
		6. Bagaimana sistem pelaporan data malaria ?	<i>Berdasarkan sistem pelaporan berjenjang dari tingkat bawah, seperti puskesmas, RS</i>	<i>Berdasarkan STP Puskesmas</i>	<i>Selalu mengikuti sistem pencatatan di puskesmas dan dilanjutkan ke dinas dan propinsi</i>

		<p>7. Bagaimana sistem monitoring dan evaluasi program malaria? (probing : siapa saja yang terlibat)</p>	<p><i>Monitoring dilakukan secara berjenjang dan berkala termasuk dengan mengirim umpan balik, mengadakan pertemuan monev. Yang terlibat adalah pengelola malaria, manajer di semua tingkatan.</i></p>	<p><i>Monev malaria dilakukan di 16 Kabupaten/Kota GF dan untuk daerah yang belum ,dilakukan oleh APBD untuk malaria</i></p>	<p><i>Biasanya diusahakan ke kabupaten bersama – sama dengan GF</i></p>
		<p>8. Berapa kali dilakukan kegiatan tersebut? Jelaskan</p>	<p><i>Untuk sistem pelaporan kasus bulanan, logistic triwulanan, dampak tahunan. Pertemuan monev dilakukan setia semester.</i></p>	<p><i>Monev GF 2 kali pertahun, sedangkan program 1 kali pertahun</i></p>	<p><i>Dalam setahun biasanya 1 – 2 kali</i></p>
		<p>9. Kendala apa saja yang sering dijumpai dalam program malaria?</p>	<p><i>Kendala : kelengkapan dan ketepatan belum optimal, alokasi anggaran untuk menunjang program belum maksimal, SDM masih belum optimal.</i></p>	<p><i>Kendalanya :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>SDM pengelola malaria sangat kurang dari segi kuantitas maupun kualitas</i></li> <li>• <i>Adanya bantuan luar negeri dengan target tersendiri kadang sudah menyatukan dengan target program</i></li> <li>• <i>Kecilnya anggaran rutin dan turunnya anggaran pada akhir tahun anggaran</i></li> </ul>	<p><i>Akses pelayanan di daerah – daerah terpencil yang masih sulit, SDM masih kurang dan masih kecilnya dana yang diberikan</i></p>
		<p>10. Bagaimana penyelesaian terhadap kendala tersebut?</p>	<p><i>Penyelesaian : advokasi, pelatihan, perbaikan sistem sesuai hasil evaluasi.</i></p>	<p><i>Penyelesaian kendala: Memperkuat sistem, meningkatkan kemampuan SDM Menyatukan BLN dengan</i></p>	<p><i>Tergantung daerah masing – masing, intinya permasalahan yang kami dapat,kita sampaikan ke kepala dinas di kabupaten</i></p>

		<p>11. Apa pengaruhnya, jika program perbantuan globan fund ini dihentikan terutama dari factor monitoring dan evaluasi?</p>	<p><i>Beberapa kegiatan seperti pertemuan monev nasional, operasional pengiriman dan pengolahan data masih dibantu oleh dana GF, sehingga jika dana GF berhenti dan belum ada alokasi dana dari daerah maka akan berpengaruh dalam sistem monevnya. Untuk itu perlu adanya exit strategy.</i></p>	<p><i>anggaran (APBN, APBD) dari sisi program</i></p> <p><i>Monev GF berhenti untuk saat ini, akan tidak dapat mengevaluasi kinerja terutama 16 Kabupaten/Kota yang difasilitasi GF.</i></p>	<p><i>Berarti tidak dapat mengevaluasi di daerah GF</i></p>
--	--	--	---	--	---

Tabel : Matriks Hasil Wawancara dengan Penanggung Jawab Program Malaria

No.	Aspek	Pertanyaan	Hasil Wawancara	
			P 4	P 5
	<b>Penatalaksanaan dan Pemerintah</b>	<p>1. Bagaimana menurut bpk/ibu pelaksanaan Sistem Kesehatan di Indonesia?</p> <p>2. Apa yang bpk/ibu ketahui tentang kebijakan program malaria?</p>	<p><i>Sistem kesehatan di Indonesia pada dasarnya baik, karena mengatur upaya-upaya kesehatan untuk seluruh Indonesia supaya target dan cakupan program yang mengatur pada upaya penurunan angka kesakitan dan angka kematian dapat dilaksanakan secara nasional dan dapat diukur.</i></p> <p><i>Kebijakan program malaria yaitu suatu alat atau ukuran sebagai pedoman untuk melaksanakan program malaria.</i></p>	<p><i>Sistem Kesehatan di Indonesia belum terlaksana secara optimal karena dipengaruhi oleh situasi masing – masing daerah.</i></p> <p><i>Kebijakan yang diarahkan pada pengendalian dan pemberantasan meliputi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Penyediaan &amp; pemanfaatan/integrasikan mikroskop yang tersedia dilapangan.</i></li> <li>• <i>Penyediaan Rapid Diagnostik Test (Dipstik) sebagai penunjang kegiatan mikroskopist.</i></li> <li>• <i>Pelatihan tenaga mikroskopist dan pemantapan kualitas pemeriksaan laboratorium.</i></li> <li>• <i>Penemuan dan pengobatan masal didaerah kasus tinggi secara teratur menggunakan obat anti malaria efektif a.l: Artemisinin Combination Therapy (ACT).</i></li> <li>• <i>Pencegahan dgn kelambu berinsektisida (LLITN).</i></li> <li>• <i>Pembentukan Posmaldes didaerah sulit.</i></li> </ul>

		<p>3. Bagaimana dengan kebijakan program malaria oleh global fund?</p> <p>4. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tersebut? dan bagaimana perannya</p> <p>5. Bagaimana peran pihak pemerintah dalam program malaria?</p> <p>6. Bagaimana dengan peran global fund dalam program malaria?</p> <p>7. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan sistem kesehatan?</p>	<p><i>Kebijakan program malaria oleh global fund, sangat bagus karena diawali melalui penelitian dan program yang dilaksanakan sesuai dengan urutan intervensi permasalahan malaria.</i></p> <p><i>Yang terlibat Dinas Kesehatan sebagai pelaksana program, Dinas Propinsi dan Kemenkes sebagai pengatur dana serta bintek</i></p> <p><i>Peran Pemda dalam program malaria menyediakan dana sering, setiap tahun selalu ada sering</i></p> <p><i>Peran GF dalam program malaria yaitu memberikan bantuan dana secara Cuma-Cuma, dengan catatan penggunaan dana secara rill cost.</i></p> <p><i>Pengaturan program, belum sesuai dengan sistem kesehatan, alokasi dana sangat minim, malaria yang menjadi penyakit tertinggi di Papua tidak mendapatkan alokasi dana yang sesuai.</i></p>	<p><i>Kebijakan pada GF sama dengan program malaria pada umumnya tetapi kebijakan GF lebih teraplikasi secara procedural dan kontinyu.</i></p> <p><i>Kepala Dinas, Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, kepala Seksi Pemberantasan dan pengendalian Penyakit, pengelola Program Malaria, urusan Logistik dan urusan Keuangan.</i></p> <p><i>Peran Pemerintah dalam program masih terfokus pada penyediaan Anggaran tetapi belum berperan dalam penataan program sesuai kebijakan program malaria.</i></p> <p><i>Peran GF dalam kebijakan program Malaria cukup besar karena mengacu pada target capaian cakupan Program Malaria dan juga lebih dipengaruhi oleh system pendanaan yang lebih terfokus pada program Malaria saja.</i></p> <p><i>Pengaturan program malaria sampai saat ini belum sesuai dengan system kesehatan nasional, disebabkan oleh tingkat kebutuhan di daerah. Secara procedural hampir mendekati tetapi penjangkauan program untuk terlaksana sampai pada daerah –</i></p>
--	--	--	--	--

		<p>8. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan <i>global fund</i>?</p> <p>9. Probing : kita ketahui bahwa malaria merupakan salah satu tujuan MDGs, untuk itu apa saja yang telah dilakukan pemerintah dalam program malaria?</p> <p>10. Probing : salah satu program pendanaan malaria adalah melalui <i>Global Fund</i> , apa saja yang telah dilakukan <i>global fund</i> dalam program malaria?</p> <p>11. Bagaimana menurut bpk/ibu dengan program malaria, jika program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan</p>	<p><i>Untuk global fund, pengaturan programnya jelas, setiap kegiatan harus diintervensi, sayangnya dana GF saat ini sudah berkurang</i></p> <p><i>Menyediakan dana sering Menyediakan tenaga kesehatan (analisis) disetiap puskesmas Menyediakan peralatan laboratorium disetiap puskesmas</i></p> <p><i>GF sebagai pendukung seperti untuk monev ataupun supervise ataupun untuk insentif</i></p> <p><i>Jika bantuan global fund dihentikan, harusnya Pemda mampu mengalokasikan dana untuk program malaria supaya tetap jalan upaya pemberantasan malaria</i></p>	<p><i>daerah sulit belum bisa tercapai.</i></p> <p><i>Yang dilakukan adalah penemuan dan pengobatan kasus malaria.</i></p> <p><i>Menyediakan sarana dan prasarana di setiap unit pelayanan kesehatan, tenaga</i> <i>Dan mengadakan pelatihan</i></p> <p><i>Penemuan dan Pengobatan, Screening Ibu hamil, Mass Blood Survei, Supervisi Puskesmas, supervisi Pustu dan Polinkam.</i></p> <p><i>Untuk saat ini akan berpengaruh terhadap kebijakan program malaria</i></p>
--	--	---	--	---

	<b>Perencanaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, bagaimana dengan situasi malaria di Indonesia sekarang?</p> <p>2. Bagaimana proses perencanaan program pengendalian malaria? Dan siapa yang terlibat dalam proses tersebut?</p> <p>3. Apa yang diatur oleh sistem kesehatan dalam perencanaan program malaria?</p> <p>4. Apa yang diatur oleh global fund dalam perencanaan program malaria?</p> <p>5. Apakah dalam perencanaannya, Sistem Kesehatan menyesuaikan dengan Global Fund atau sebaliknya ? jelaskan</p> <p>6. Bagaimana kerangka kerjanya? (probing : atau lembar kerja menggunakan</p>	<p><i>Situasi malaria di Indonesia sekarang,sebenarnya sudah mulai ada penurunan, untuk kabupaten sendiri kasus malaria masih cukup tinggi</i></p> <p><i>Perencanaan dilakukan oleh bagian program malaria dengan melihat data dan kondisi di setiap puskesmas dan melihat dari kegiatan tahun sebelumnya dan yang terlibat biasanya dari Dinas dan Bappeda</i></p> <p><i>Yang diatur dalam sistem kesehatan adalah lebih ke arah infrastruktur, SDM dan logistic</i></p> <p><i>Yang diatur GF adalah pendanaan dan sistem pencatatan dalam pelaporan harus akurat, tepat waktu dan dapat dipertanggungjawabkan</i></p> <p><i>Sebenarnya GF dalam program malaria menyesuaikan dengan sistem kesehatan</i></p> <p><i>Setiap tahun berjalan sesuai dengan perencanaan yang ada di DPA untuk dana Otsus, dan sesuai dengan</i></p>	<p><i>Mengalami penurunan</i></p> <p><i>Mengacu pada kebijakan program dan sesuai kondisi daerah. Yang terlibat : Pengelola Program malaria, kepala seksi dan dan kbid dengan memperhatikan perencanaan dari tingkat Puskesmas.</i></p> <p><i>Biasanya yang tidak diatur dalam GF, kita masukkan untuk dimasukkan di rutin ataupun misalnya yang dibiayai GF untuk 3puskesmas sisanya kita masukkan dirutin</i></p> <p><i>Sesuai dengan Work Plan, terutama untuk pencatatan dan pelaporan</i></p> <p><i>Mengacu pada kebijakan pencegahan dan pemberantasan program malaria</i></p> <p><i>Itu memang sudah baku</i></p>
--	--------------------	--	--	--

		kerangka yang baku)	<i>worlplan yang ada di GF</i>	
		<p>7. (Probing, kita ketahui bahwa wilayah Global Fund tersebar diseluruh Indonesia, terutama diwilayah Timur), menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaannya, apakah secara butter up atau top down? Jelaskan</p>	<p><i>Proses perencanaannya secara butter up bukan top down</i></p>	<p><i>Kalau untuk perencanaan yang rutin biasanya setiap program termasuk malaria membuat perencanaan sesuai dengan kebutuhan di puskesmas, sedangkan kalau perencanaan oleh GF biasanya secara top down</i></p>
		<p>8. Menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaan yang baik untuk program ini?</p>	<p><i>Perencanaan program malaria saat ini sudah bagus hanya tidak didukung dengan dana</i></p>	<p><i>Perencanaan yang baik; kebijakan program secara butter up, karena sesuai dengan kebutuhan di lapangan</i></p>
		<p>9. (Pada saat ini, untuk program malaria, masih mendapatkan bantuan dari global fund), bagaimana, jika global fund tidak memberikan bantuan lagi, apakah pengaruhnya terhadap sistem kesehatan kita terutama untuk perencanaannya?, jelaskan</p>	<p><i>Jelas berpengaruh jika GF menghentikan bantuan dana, karena Papua yang meliris malaria saja, tidak dapat mengalokasikan dana yang cukup untuk program malaria</i></p>	<p><i>Berpengaruh terhadap program pemberantasan malaria.</i></p>

	<b>Pembiayaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, sumber dana untuk program malaria, berasal dari mana saja? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui dana rutin? (probing:berapa persentasi dari dana kesehatan secara keseluruhan)</p> <p>3. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</p> <p>4. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaan rutin?</p> <p>5. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i>?</p> <p>6. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari rutin dana tersebut?</p> <p>7. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</p>	<p><i>Dari dana Otsus (dana Kabupaten), dari global fund, hanya dua sumber ini saja yang selama ini diperoleh</i></p> <p><i>Tahun 2011,Rp. 75.000.000,-, tahun 2012 75.000.000,- juga</i></p> <p><i>Dana dari GF cukup lumayan rata-rata 200.000.000,- sampai 300.000.000,- setiap tahun</i></p> <p><i>Dana rutin digunakan untuk penyemprotan rumah masyarakat, bintek program</i></p> <p><i>Dana GF, sudah jelas diperuntukkan sesuai worlplan triwulan, yaitu untuk MBS, insentif pengelola, insentif bidan,mikroskopis, pengelolaan malaria puskesmas dan administrasi kantor</i></p> <p><i>Berdasarkan perencanaan dari Dinkes setiap tahun yang diusulkan ke Bappeda</i></p> <p><i>Dana dari GF karena sudah jalan selama ini sehingga setiap tahunnya hanya menyusun rencana kerja saja disesuaikan dengan dana yang dibagi per Kabupaten oleh Propinsi</i></p>	<p><i>Global Found, DPA kabupaten</i></p> <p><i>1% dari DPA kabupaten</i></p> <p><i>Sekitar 15% – 20% dari dana DPA</i></p> <p><i>Digunakan dalam bentuk kegiatan ke Puskesmas</i></p> <p><i>Digunaka dalam bentuk kegiatan ditingkat Dinas Kesehatan, puskesmas,pustu dan polinkam</i></p> <p><i>Melalui usulan kegiatan</i></p> <p><i>Ditetapkan pada kwartal anggaran</i></p> <p><i>Melalui perencanaan distribusi anggaran. Mempertimbangkan kondisi geografis, luas wilayah, ketenagaan, tingkat kesulitan. Gunakan pada perencanaan dana rutin dan dana</i></p>
--	-------------------	--	--	---

		<p>8. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)</p> <p>9. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)</p> <p>10. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh global fund?</p> <p>11. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</p> <p>12. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh global fund? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</p>	<p><i>Karena bersifat kegiatan program, maka dana-dana dapat langsung diberikan kepada pelaksana program di masing-masing Puskesmas yang mendapatkan kegiatan</i></p> <p><i>Untuk rutin sesuai dengan ketentuan yang berlaku, SPT, SPPD, kwitansi dan hasil kegiatan (cakupan program), untuk GF sama dengan rutin</i></p> <p><i>Pengaruhnya sangat besar khususnya pada penemuan dan pengobatan malaria, pencegahan malaria (kelambu), screening ibu hamil an penggunaan obat malaria yang efektif</i></p> <p><i>Cakupan program lebih meningkat terutama penemuan dan pengobatan secara aktif (MBS)</i></p> <p><i>Sangat berpengaruh terhadap peningkatan cakupan program</i></p>	<p><i>Global Found.</i></p> <p><i>Pertanggung jawabannya secara terpisah. Sesuai prosedur dan sumber anggaran. Rutin kepada pemerintah daerah melalui bendahara rutin dan Global found melalui manajemen program GF malaria.</i></p> <p><i>Meringankan biaya transportasi petugas, meningkatkan penemuan kasus terutama pada daerah sulit (MBS), meningkatkan penggunaan OAM - ACT, menyiapkan ACT dan menyiapkan rapid test diagnostic.</i></p> <p><i>Terjadi perubahan pencapaian yang berarti</i></p> <p><i>Berpengaruh terhadap cakupan program</i></p> <p><i>Kalau dari segi pembiayaan, jelas berpengaruh karena dana pendukung akan berkurang untuk melaksanakan kegiatan</i></p>
--	--	--	---	--

	<b>Pelayanan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia sebagai perawatan dan pengobatan, dalam peningkatan program malaria?</li> <li>2. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia untuk laboratorium, dalam peningkatan program malaria?</li> <li>3. Bagaimana sistem rujukan untuk program tersebut?(probing: program bagaimana dan global fund bagaimana)</li> <li>4. Bagaimana sarana dan prasarana untuk perawatan dan pengobatan malaria?</li> <li>5. Bagaimana sarana dan prasarana untuk laboratorium? (probing: apa yang disiapkan oleh program dan apa yang disiapkan oleh global fund)</li> <li>6. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk perawatan dan pengobatan malaria?</li> </ol>	<p><i>Dibeberapa Puskesmas masih kekurangan tenaga khususnya tenaga analis</i></p> <p><i>Tenaga perawat sebenarnya sudah cukup tersedia hanya saja tidak betah di puskesmas</i></p> <p><i>Sistem rujukan sebenarnya baik rutin maupun global fund diharapkan berjalan, namun selama ini tidak berjalan dengan baik karena SDM Kesehatan kita di layanan kurang memahami</i></p> <p><i>Sarana dan Prasarana cukup tersedia</i></p> <p><i>Untuk prasarana lab. Dari GF menyediakan mikroskop dan laboratorium kit, yang rutin menyediakan kapas, alkohol, dan lain-lain</i></p> <p><i>Semua dihandel oleh bagian sarana dan prasarana kesehatan</i></p>	<p><i>Distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi belum merata pada puskesmas – puskesmas.</i></p> <p><i>SDM Laboratorium cukup tetapi tidak didistribusikan secara merata sehingga di 8 Puskesmas terjadi penumpukan dan di 4 puskesmas belum memiliki tenaga Laboratorium</i></p> <p><i>Terselenggara mengikuti mekanisme yang diatur oleh global Found</i></p> <p><i>Tersedia disetiap puskesmas dan jaringannya</i></p> <p><i>Belum tersedia di 4 puskesmas dari 12 puskesmas yang ada.</i></p> <p><i>Berlangsung secara berjenjang mulai dari Pustu/polindes ke puskesmas dan diteruskan ke dinas kesehatan.</i></p>
--	------------------	--	---	--

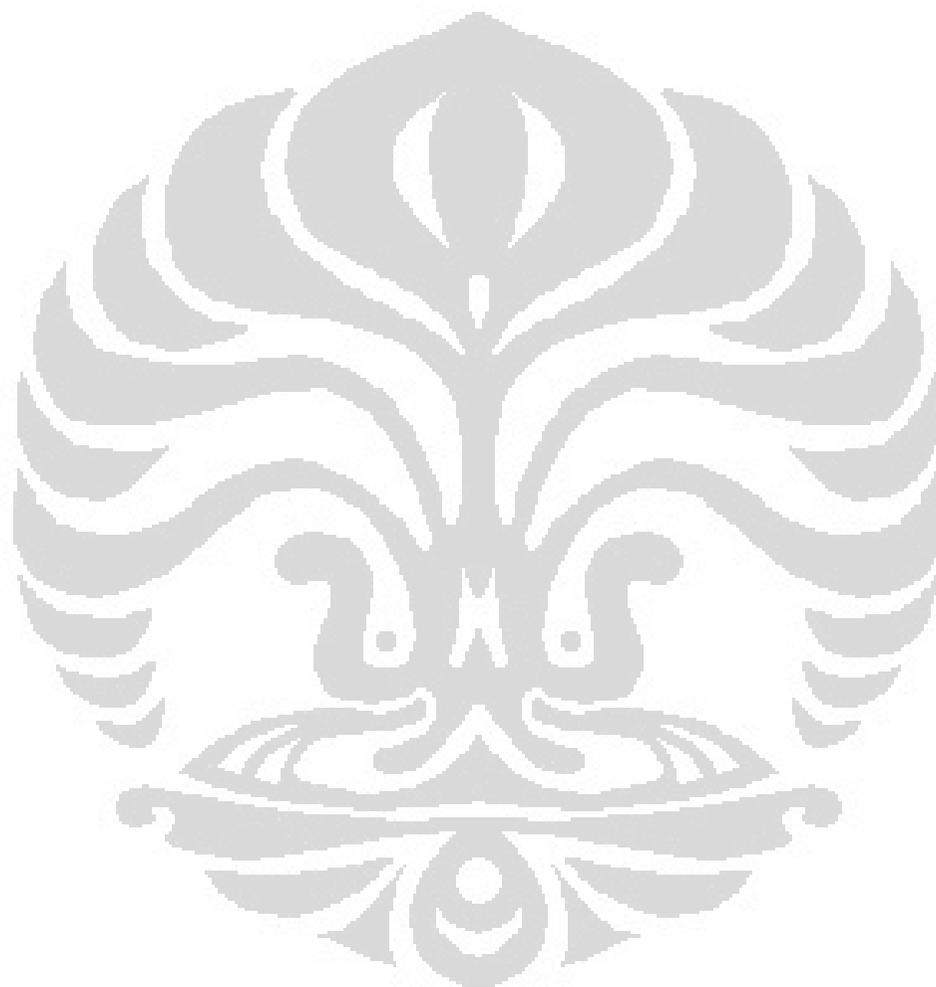
		<p>7. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk laboratorium?</p> <p>8. Apa saja peran pemerintah dalam pelayanan program malaria?</p> <p>9. Apa saja peran global fund dalam pelayanan program malaria?</p> <p>10. Bagaimana ketersediaan obat untuk program malaria? Probing : Apa yang disediakan oleh program dan apa yang disediakan oleh global fund)</p> <p>11. Bagaimana jika program global fund dihentikan terutama dari factor pelayanan?</p>	<p><i>Dilakukan secara lintas program, kami deprogram merencanakan kebutuhan sedangkan pengadaannya oleh bagian sarana dan prasarana</i></p> <p><i>Peran pemerintah menyediakan SDM, sarana – prasarana dan logistic, guna pelayanan masyarakat</i></p> <p><i>Bantuan dana untuk insentif petugas, terutama untuk pembuatan laporan</i></p> <p><i>Ketersediaan obat cukup tersedia, GF menyediakan obat arterakin\dorplex Rutin menyediakan kina, kloroquin, primaquin</i></p> <p><i>Sebelumnya juga kita tidak mendapatkan bantuan, tetapi pelayanan tetap jalan, dan sebaiknya pemerintah daerah harus lebih focus terhadap program malaria</i></p>	<p><i>Tersedia dan disesuaikan dengan kondisi pada stock yang ada.</i></p> <p><i>Penganggaran, penyediaan alat dan bahan serta obat – obatan.</i></p> <p><i>Membantu dalam penyediaan operasional di lapangan, menyediakan insentif untuk pembuatan laporan</i></p> <p><i>Obat merupakan hal yang sangat vital, untuk itu pemerintah selalu menyediakan dalam jumlah yang cukup dan apabila terjadi kekurangan akan didukung buffer stok dari propinsi</i></p> <p><i>Tidak terlalu bermasalah, karena pelayanan di unit pelayanan harus tetap berjalan sebagaimana mestinya, bukan berarti tidak ada bantuan terus pelayanan juga tidak berjalan, jelas yang dirugikan adalah masyarakat</i></p>
--	--	--	---	--

<p><b>Peningkatan Akses Pelayanan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam meningkatkan akses pelayanan, apa saja yang telah dilakukan untuk menunjang kegiatan tersebut, baik untuk masyarakat maupun petugasnya sendiri? Jelaskan</li> <li>2. Bagaimana peran pemerintah dalam meningkatkan akses layanan?</li> <li>3. Bagaimana peran <i>global fund</i> dalam meningkatkan akses layanan</li> <li>4. Dalam melaksanakan kegiatan program malaria apakah ada insentif yang di berikan? Jelaskan(probing, bagaimana kalau tidak ada)</li> <li>5. Bagaimana dengan kegiatan program yang dilakukan oleh global fund?</li> <li>6. Informasi apa yang ingin diperoleh dalam kegiatan program malaria?</li> </ol>	<p><i>Menyediakan Upk-Upk di daerah terpencil, menyediakan peralatan dan obat – obatan, menyediakan perumahan bagi petugas kesehatan, menyediakan insentif untuk petugas lab., pengelola malaria dan bidan desa (dari GF)</i></p> <p><i>Menyediakan sarana pelayanan, menyediakan dana untuk program malaria</i></p> <p><i>Sebagai pendukung program malaria di daerah</i></p> <p><i>Kalau dari dana rutin tidak ada insentif karena sudah diberikan insentif dari GF</i></p> <p><i>Mendukung pelaksanaan program malaria di daerah</i></p> <p><i>Informasi tentang kebiasaan penduduk di malam hari, kebiasaan menggunakan kelambu, kebiasaan menggunakan pelindung dan jumlah atau besaran kasus malaria berdasarkan kelompok umur, kebiasaan patuh minum obat atau tidak</i></p>	<p><i>Menyediakan unit – unit pelayanan sampai ke daerah terpencil, termasuk sarana dan prasarana</i></p> <p><i>Lebih ke penyediaan dana dan sarana pelayanan</i></p> <p><i>GF menyediakan logistic dan dana untuk kegiatan</i></p> <p><i>Kalau dari GF ada, biasanya untuk pengelola program untuk pembuatan laporan</i></p> <p><i>GF sebagai pendukung dalam melakukan program malaria</i></p> <p><i>Diharapkan dengan adanya program malaria ini, dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat</i></p>
---	--	---	--

		<p>7. Bagaimana bapak/ibu, mengkomunikasikan program malaria dengan instansi atau institusi terkait?</p> <p>8. Probing : dalam meningkatkan pelayanan khususnya program malaria, apa saja yang telah dilakukan? Jelaskan</p> <p>9. Program promosi apa saja yang telah dilakukan untuk malaria?</p> <p>10. Bagaimana apabila program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan terhadap peningkatan akses layanan?</p>	<p><i>Melalui PWS tingkat Puskesmas ataupun tingkat Kabupaten dan Rakerkes</i></p> <p><i>Dengan melakukan peningkatan SDM melalui pelatihan – pelatihan, melakukan monev ke tiap puskesmas</i></p> <p><i>Penyuluhan – penyuluhan ke masyarakat melalui media ataupun dengan penyebaran informasi dengan pan flat</i></p> <p><i>Tidak masalah, karena merupakan tanggung jawab Pemda</i></p>	<p><i>Dengan melakukan pertemuan PWS atau Rakerkes di tingkat kabupaten</i></p> <p><i>Yang sudah dilakukan dengan pembagian kelambu ke masyarakat, MBS, penyemprotan rumah, pengobatan penderita, pelatihan dan monev</i></p> <p><i>Penyebaran pan flat tentang malaria, penyuluhan melalui media</i></p> <p><i>Tidak masalah, karena pelayanan akan tetap berjalan</i></p>
--	--	---	---	---

	<b>Monitoring dan Evaluasi</b>	<p>1. Bagaimana dengan target dalam program malaria? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana dengan cakupan setiap tahunnya, apakah sudah sesuai dengan targetnya? Jelaskan</p> <p>3. Bagaimana dengan pelaporannya?</p> <p>4. Bagaimana proses pengumpulan dan pengolahan data malaria? Jelaskan</p> <p>5. Bagaimana analisis data malaria?</p> <p>6. Bagaimana sistem pelaporan data malaria ?</p> <p>7. Bagaimana sistem monitoring dan evaluasi program malaria? (probing : siapa saja yang terlibat)</p>	<p><i>Untuk target sendiri khusus di kabupaten yapen masih jauh dari harapan</i></p> <p><i>Belum sesuai dengan yang di targetkan</i></p> <p><i>Pelaporannya sudah mulai baik, meskipun tiap bulannya agak terlambat, tetapi paling tidak ada laporan yang masuk tiap bulannya</i></p> <p><i>Pengumpulan data dilakukan dari Pustu kemudian pengolahannya dilakukan di puskesmas</i></p> <p><i>Analisa data dilakukan di Kabupaten</i></p> <p><i>Sistem pelaporan menyesuaikan sistem pencatatan terpadu di Puskesmas</i></p> <p><i>Dilakukan dengan turun langsung ke unit pelayanan dan monev yang terlibat, kepala Dinas, Kabid PMK, Kasie P3, pengelola program dan staf PMK ataupun bersama program lain</i></p>	<p><i>Memang belum bisa mencapai target yang diinginkan, karena kita merupakan daerah endemis</i></p> <p><i>Kalau di Kabupaten belum</i></p> <p><i>Untuk laporan dari puskesmas lancar, meskipun ada beberapa puskesmas yang terlambat setiap bulannya</i></p> <p><i>Biasanya dari pustu atau dari posmaldes ke puskesmas kemudian di rekap dan dikirim ke dinas</i></p> <p><i>Untuk analisa data dilakukan di dinas</i></p> <p><i>Sistem pelaporan berdasarkan laporan dari pustu, posmaldes dan RS</i></p> <p><i>Dilakukan secara terpadu dengan program lain berupa bintek ke puskesmas ataupun pada saat PWS tingkat Kabupaten</i></p>
--	--------------------------------	--	--	--

		<p>8. Berapa kali dilakukan kegiatan tersebut? Jelaskan</p> <p>9. Kendala apa saja yang sering dijumpai dalam program malaria?</p> <p>10. Bagaimana penyelesaian terhadap kendala tersebut?</p> <p>11. program perbantuan globan fund ini dihentikan terutama dari factor monitoring dan evaluasi?</p>	<p><i>Monev, dilakukan 3 – 6 bulan sekali sesuai dengan tersedianya dana monev</i></p> <p><i>Biaya yang kurang, petugas di Puskesmas yang sering tinggalkan tempat, Dana selalu terlambat cair (rutin dan GF), kesadaran masyarakat untuk mencegah malaria</i></p> <p><i>Dibawa dalam rapat tingkat dinas kesehatan</i></p> <p><i>Tidak masalah, karena dilakukan secara lintas program</i></p>	<p><i>Biasanya 3 - 4 kali dalam setahun</i></p> <p><i>Ada beberapa puskesmas yang pengelola programnya merangkap dengan program lain, seringnya petugas tidak berada di tempat tugas</i></p> <p><i>Membuat teguran baik lisan maupun tertulis</i></p> <p><i>Tidak masalah karena pembuatan laporan di unit pelayanan merupakan kegiatan rutin</i></p>
--	--	--	---	---



Tabel : Matriks Hasil Wawancara Globan Fund

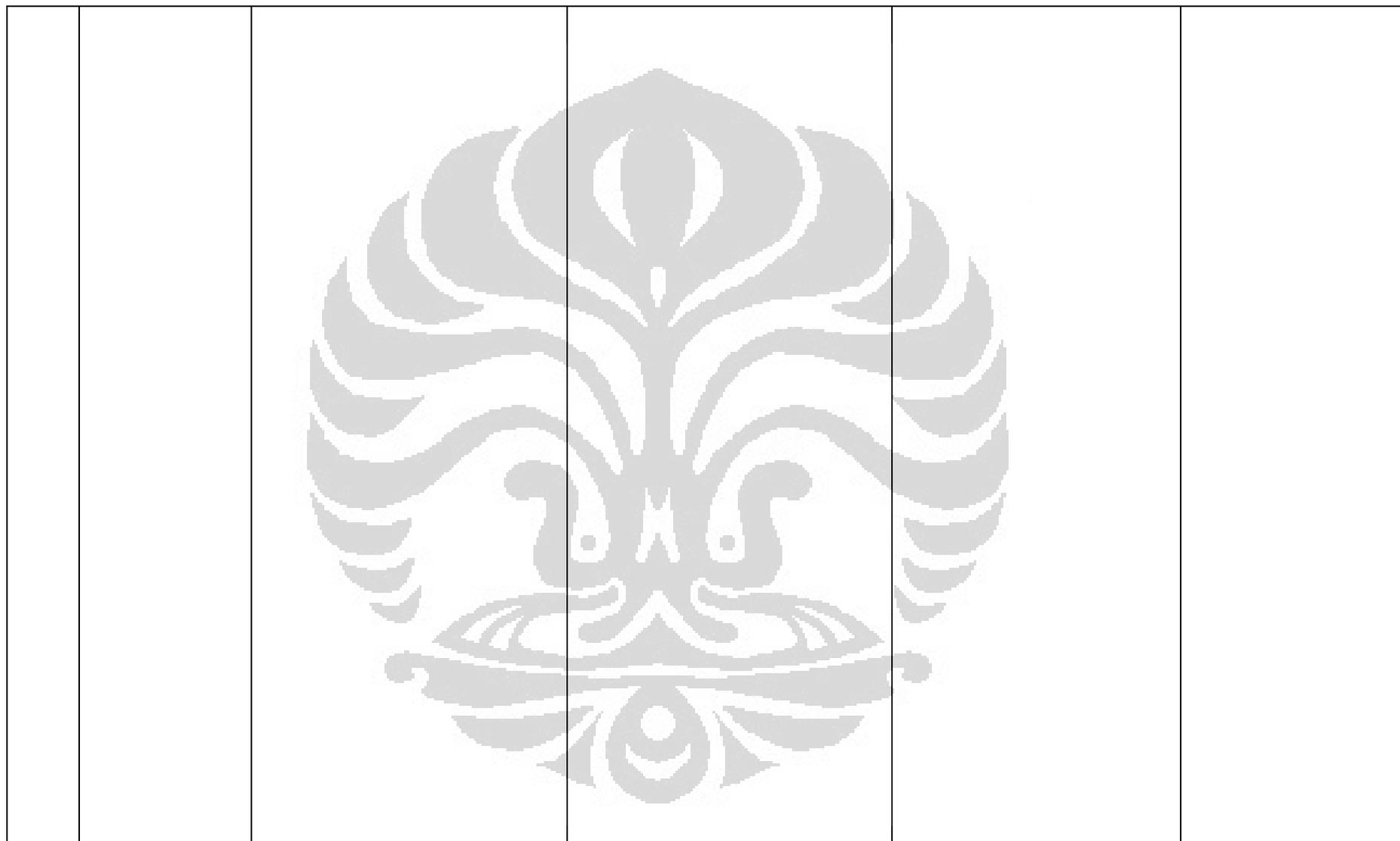
No.	Aspek	Pertanyaan	Hasil Wawancara		
			G 1	G 2	G3
	<b>Penatalaksanaan dan Pemerintah</b>	<p>1. Apa yang bpk/ibu ketahui tentang kebijakan program malaria?</p> <p>2. Bagaimana dengan kebijakan program malaria oleh globan fund?</p>	<p><i>Pada prinsipnya GF ini hanya salah satu sumber dana, tapi sifatnya substitusi dari sumber utama program, sifatnya hanya dana pendamping</i></p> <p><i>Global fund tidak membuat kebijakan lagi, mengikuti kebijakan yang sudah ada</i></p>	<p><i>Prinsipnya kebijakan program malaria untuk menuju eliminasi 2030</i></p> <p><i>Globan Fund menyesuaikan dengan kebijakan secara Nasional</i></p>	<p><i>Kebijakan program malaria adalah; penemuan dan pengobatan penderita, memutuskan rantai penularan, monitoring dan evaluasi.</i></p> <p><i>Kebijakan GF adalah ; diagnosa malaria terkonfirmasi Laboratorium/RDT, Pengobatan menggunakan ACT, Tindakan preventif dengan kelambu, IRS dan repelent, kerjasama dengan Pemerintah dan Lembaga Sosial, Pemberdayaan masyarakat.</i></p>

		<p>3. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tersebut? dan bagaimana perannya</p> <p>4. Bagaimana dengan peran global fund dalam program malaria?</p> <p>5. Bagaimana pengaturan program malaria yang sesuai dengan global fund?</p> <p>6. Probing : salah satu program pendanaan malaria adalah melalui <i>Global Fund</i> , apa saja</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yang pertama adalah pihak program sendiri yaitu pemerintah,</li> <li>▪ yang kedua adalah CCM lewat TWG (<i>time woking group</i>) kita</li> <li>▪ yang ketiga terkait dengan LFE (<i>local fund egency</i>)</li> <li>▪ yang ke empat baru <i>Global Fund Genewanya</i></li> </ul> <p>sifatnya untuk intensifikasi pelaksanaan program malaria</p> <p>Prinsipnya yang utama GF yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akan menunjang pendanaan yang langsung berdampak terhadap masyarakat</li> <li>• Dalam rangka pembinaan atau pemberdayaan sumber daya manusianya sehingga kegiatan GF ini lebih banyak mengarah penemuan penderita yang langsung ke masyarakat</li> <li>• Pengendalian vector salah satunya adalah distribusi kelambu</li> </ul> <p>Seperti tadi ya,bahwa lebih ke intensifikasi program, seperti logistic, RDT ataupun penemuan -</p>	<p>Secara organisasi yang berperan itu mulai dari Puskesmas Pembantu, Puskesmas, RS dan Dinas Kesehatan sifatnya hanya membantu dan menyuplai dari segi logistic</p> <p>Mendukung operasioanal dari kegiatan di lapangan,misalnya logistic : kelambu, RDT dan insentif untuk petugas</p> <p>Prinsipnya GF hanya mendukung saja, sedangkan kegiatannya dilaksanakan oleh unit pelayanan kesehatan pemerintah</p> <p>Dalam hal ini mendukung dana dan logistik</p> <p>Selama ini GF mendukung dalam hal logistic, seperti kelambu,RDT , Obat – obatan</p>	<p>Yang terlibat adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang PMK, dan Staf GF yang terdiri dari M&amp;E, Staf Administrasi, FA</p> <p>Untuk kegiatan operasioanal di lapangan</p> <p>Menurut GF Monitoring Evaluasi- Penyusunan rencana kegiatan – pelaksanaan – monitoring dan evaluasi – Intervensi</p> <p>Penemuan dan pengobatan , Distribusi kelambu, Penendalian</p>
--	--	--	---	---	---

		yang telah dilakukan <i>global fund</i> dalam program malaria?	<i>penemuan penderita</i>	<i>termasuk pelatihan terhadap petugas</i>	<i>vektor, Monitoring dan evaluasi, peningkatan sumber daya (SDM/SDA)</i>
		7. Bagaimana menurut bpk/ibu dengan program malaria, jika program perbantuan global fund dihentikan	<i>Kalau mendadak akan membuat "kolep" karena memang sementara ini operasional – operasional di lapangan masih banyak ditunjang oleh GF malaria, tetapi jika secara bertahap sambil menggali sumber daya yang lain tidak akan masalah karena kontribusi dari GF semakin lama semakin kecil</i>	<i>Akan mengalami kemunduran lagi, karena pemerintah tidak siap</i>	<i>Tidak ada pengaruh bila semua sub Program P2-Malaria mendapat dukungan yang positif dari pemerintah daerah.</i>

	<b>Perencanaan</b>	<p>1. Menurut Bapak/ibu, bagaimana dengan situasi malaria di Indonesia sekarang?</p> <p>2. Bagaimana proses perencanaan program pengendalian malaria? Dan siapa yang terlibat dalam proses tersebut?</p> <p>3. Apa yang diatur oleh global fund dalam perencanaan program malaria?</p>	<p><i>Dengan adanya GF trennya kasus menurun</i></p> <p><i>Yang diatur dalam perencanaan program malaria : Sebetulnya data – data malaria sendiri diharapkan butter up dari daerah setelah itu dalam perencanaan ini dilakukan oleh tim pusat, biasanya ada tim konsultan atau tim ahli lainnya yang nanti akan konsultasi dengan GF dalam hal ini dibantu oleh local funding agency setelah ini nanti selesai rencana ini diturunkan ke propinsi dan kabupaten</i></p> <p><i>Global fund lebih ke arah perbantuan guna menunjang logistic, missal untuk penemuan penderita</i></p>	<p><i>Kalau di Papua trennya meningkat bukan berarti kasusnya meningkat, tetapi sistemnya sudah mulai bagus, sehingga API sudah mulai bagus</i></p> <p><i>Prinsipnya GF dibuat berdasarkan perencanaan 5 tahun yang lalu dan dibuat oleh Kemenkes, jadi otomatis itu merupakan kebutuhan program yang telah dibuat Kemenkes, sehingga sisanya maksudnya kegiatan yang tidak didanai</i></p> <p><i>Kemenkes membuat acuan bahwa kita harus menurunkan API untuk eliminasi malaria sampai 2030 kegiatannya apa saja, setelah itu pemerintah propinsi rencana program di tingkat propinsi dan sifatnya hanya membuat pelatihan dan bantuan logistic untuk Kabupaten, sedangkan Kabupaten harus membuat perencanaan operasional dan dana</i></p>	<p><i>Penyakit malaria masih menduduki peringkat teratas dan merupakan penyebab kematian bagi kelompok resiko tinggi terutama wilayah Timur Indonesia.</i></p> <p><i>Direncanakan berdasarkan input laporan dari puskesmas, yang terlibat dalam proses tersebut adalah semua kepala puskesmas, penanggungjawab program di kabupaten, kepala bidang dan kepala dinas.</i></p> <p><i>Arah dan kebijakan program serta pendanaan.</i></p>
--	--------------------	--	---	--	--

		<p>4. Apakah dalam perencanaannya, Sistem Kesehatan menyesuaikan dengan <i>Global Fund</i> atau sebaliknya ? jelaskan</p> <p>5. Bagaimana kerangka kerjanya? (probing : atau lembar kerja menggunakan kerangka yang baku)</p> <p>6. (Probing, kita ketahui bahwa wilayah <i>Global Fund</i> tersebar diseluruh Indonesia, terutama diwilayah Timur), menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaannya, apakah secara <i>butter up</i> atau <i>top down</i>? Jelaskan</p> <p>7. Menurut Bapak/ibu, bagaimana proses perencanaan yang baik untuk program ini?</p> <p>8. (Pada saat ini, untuk program malaria, masih mendapatkan bantuan dari <i>global fund</i>), bagaimana, jika <i>global fund</i> tidak memberikan bantuan lagi, apakah pengaruhnya terhadap sistem kesehatan kita terutama untuk perencanaannya?, jelaskan</p>	<p><i>GF ini karena hanya penunjang justru GF yang harus menyesuaikan dengan sistem kesehatan, walaupun dalam pelaksanaan ada penyesuaian – penyesuaian</i></p> <p><i>GF sudah mempunyai mekanisme tersendiri dalam perencanaan</i></p> <p><i>Sebenarnya tetap saja berasal dari daerah atau butter up seperti endiminitas walaupun dalam perencanaannya dilakukan oleh tim dipusat berdasarkan data dari daerah</i></p> <p><i>Sebenarnya secara bottom up</i></p> <p><i>Bagaimanapun kita menyadari walaupun bagaimana pelan - pelan dengan kondisi Indonesia yang meningkat, sehingga proporsi dana untuk Indonesia semakin lama semakin menurun</i>  <i>Mencari sumber lain sehingga kebutuhan program malaria ini akan terpenuhi ini yang kita sebut dengan exit strategi</i></p>	<p><i>GF harusnya dibuat berdasarkan aturan pemerintah, baik oleh APBN maupun APBD</i></p> <p><i>Sudah terstruktur</i></p> <p><i>Kalau di GF proses perencanaan secara Top down,</i></p> <p><i>Seharusnya secara bottom up, masalahnya GF mempunyai aturan sendiri dan sistemnya harus cepat, sehingga kalau dibuat dari bawah ke atas akan sangat lama</i></p> <p><i>Kalau bantuan GF dihentikan mestinya kalau dana pemerintah cukup, posisi GF digantikan oleh pemerintah, sehingga program tetap bisa berjalan</i></p>	<p><i>Sebaliknya yang mana GF menyesuaikan dengan sistem kesehatan</i></p> <p><i>Menggunakan kerangka kerja baku</i></p> <p><i>Programnya mengacu dari hasil kerja kabupaten kota tetapi perencanaannya keuangannya diatur dari pusat sesuai rating yang dicapai jadi menggunakan “Bottom up”</i></p> <p><i>Bottom Up</i></p> <p><i>Tidak ada pengaruh, bila apa yang dilakukan oleh GF secara perlahan direncanakan oleh daerah sehingga terus berlanjut.</i></p>
--	--	---	---	--	--



	<b>Pembiayaan</b>	<p>1. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i>?</p> <p>2. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i>?</p> <p>3. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari <i>global fund</i>?</p>	<p><i>Secara teoritis dulu hampir 100 % setelah itu ada kontribusi 10 % dan sekarang ini diharapkan 60% % saja dan 40 % diluar dari GF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Untuk operasional yang langsung berdampak kepada masyarakat yang salah satunya penemuan pengobatan penderita</i></li> <li>• <i>Pengendalian vector yang juga berdampak kepada masyarakat, seperti distribusi kelambu dan penyemprotan rumah</i></li> <li>• <i>Untuk penyehatan sumber daya seperti pelatihan – pelatihan, monitoring evaluasi yang sifatnya untuk mengevaluasi program</i></li> <li>• <i>Penyiapan logistic untuk penunjang operasioanal</i></li> </ul> <p><i>Pada prinsipnya kita membuat proposal yang telah disusun berdasarkan perencanaan tadi kemudian kita kirim ke GF kemudian disana juga dibahas oleh Tim apabila ada perbaikan, biasanya ada penyesuaian atau direvisi oleh local fund agency apabila genewa sudah setuju maka nanti akan ada green agreemend antara antara GF dan Pemerintah Indonesia dalam hal ini direktur P2B2</i></p>	<p><i>Semakin lama semakin turun sampai bulan maret 2013</i></p> <p><i>Untuk pengadaan logistic itu dari pusat, pelatihan - pelatihan tenaga, MBS dan untuk pelaporan</i></p> <p><i>Biasanya itu sudah langsung dari pusat sesuai dengan perencanaan yang dibuat</i></p>	<p><i>Semakin mengecil tiap tahunnya</i></p> <p><i>GF lebih ke logistic dan insentif untuk petugas</i></p> <p><i>Biasanya sudah langsung dari propinsi sesuai dengan green yang telah diberikan</i></p>
--	-------------------	--	---	--	---

		<p>4. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</p> <p>5. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang <i>global fund</i> bagaimana)</p> <p>6. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh <i>global fund</i>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kita harus sesuai dengan <i>world plan</i> yang telah disusun</li> <li>• Kita juga menggunakan peraturan – peraturan yang berlaku di Pemerintah seperti peraturan Menteri Keuangan dan peraturan lain yang disetujui oleh donor, misalnya untuk kegiatan operasional seperti perjalanan kita menggunakan peraturan Menteri Keuangan</li> </ul> <p>Karena proporsinya masih cukup tinggi, maka pengaruhnya untuk intensifikasi bagaimana kita secara intensif menemukan kasus – kasus malaria sehingga penurunan endemisitasnya lebih optimal</p> <p>Melakukan integrasi antara malaria dan kesehatan ibu bagaimana caranya agar ibu hamil tidak tertular malaria dengan meningkatkan kunjungan bumil ke petugas KIA dan melakukan sekrening dan pemberian kelambu</p> <p>Kalau di Papua integrasi dengan imunisasi tujuannya supaya bayi yang memperoleh imunisasi lengkap itu meningkat tapi disatu pihak bayi tersebut kita berikan kelambu supaya terlindungi malaria</p>	<p>Berdasarkan kemampuan Kabupaten seperti jumlah Puskesmasnya berapa, jumlah tenaga berapa, tergantung jumlah dana di GFnya dan berdasarkan penyerapan dana dari Kabupaten</p> <p>Jadi Kabupaten membuat pertanggungjawaban, kemudian dikirim ke Propinsi</p> <p>Sangat bagus, kita liat saja sistem pelaporan di daerah GF cukup bagus, sedangkan di daerah yang bukan GF tidak pernah masuk</p>	<p>Semuanya tersistem, ada yang ke kabupaten juga</p> <p>Mengikuti rambu-rambu keuangan daerah, kalau GF sudah ada mekanismenya tersendiri</p> <p>Sangat besar, terutama peningkatan cakupan</p>
--	--	--	---	--	--

		<p>7. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?</p>	<p><i>Peningkatan cakupan dengan intensifikasi yang pasti meningkat dan dampaknya terjadi penurunan endemisitas</i></p>	<p><i>Dapat menurunkan kasus malaria dan cakupannya semakin membaik</i></p>	<p><i>Dengan adanya GF cakupan semakin membaik</i></p>
		<p>8. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh <i>global fund</i>? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)</p>	<p><i>Kalau secara langsung akan berpengaruh, harus secara bertahap</i></p>	<p><i>Harusnya daerah yang menanggung</i></p>	<p><i>Itu yang harus dipikirkan, apa yang dibiayai GF, harus dilanjutkan</i></p>

	<b>Pelayanan</b>	<p>1. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia sebagai perawatan dan pengobatan, dalam peningkatan program malaria?</p> <p>2. Bagaimana ketersediaan sumber daya manusia untuk laboratorium, dalam peningkatan program malaria?</p> <p>3. Bagaimana sistem rujukan untuk program tersebut?(probing: program bagaimana dan global fund bagaimana)</p> <p>4. Bagaimana sarana dan prasarana untuk perawatan dan pengobatan malaria?</p> <p>5. Bagaimana sarana dan prasarana untuk laboratorium? (probing: apa yang disiapkan oleh program dan apa yang disiapkan oleh global fund)</p>	<p><i>Biasanya kita mencari informasi ke daerah sebenarnya berapa tenaga yang diperlukan dan bersedia ada di lapangan itu yang perlu diinventarisir dan dilakukan penyiapan dengan pelatihan-pelatihan dan pembinaan rutin</i></p> <p><i>Kalau untuk ketersediaan tenaganya, itu lebih ke daerah masing – masing, kami menunjang dari segi peningkatan kualitas, seperti pelatihan</i></p> <p><i>GF sudah tidak menyiapkan dana untuk rujukan</i></p> <p><i>Sebenarnya untuk perawatan dan pengobatan sudah tersedia di daerah, jadi kami melengkapi kebutuhan yang kurang, itupun tidak secara keseluruhan</i></p> <p><i>Kita lebih ke penemuan kasus,dengan menyiapkan tenaganya, baik tenaga mikroskopis atau perawat, lebih banyak ke pelayanan kesehatan dasar</i></p>	<p><i>Masih kurang dan biasanya petugas program sering pindah tempat tugas</i></p> <p><i>Belum semua tempat ada tenaga analisisnya terutama daerah – daerah terpencil</i></p> <p><i>Pada prinsipnya mengikutin sistem rujukan yang sudah diatur di unit pelayanan</i></p> <p><i>GF tidak mungkin bisa memenuhi semua daerah unit pelayanan, GF hanya membantu daerah GF saja, untuk itu apabila terjadi kekurangan daerah yang harus memenuhinya karena merupakan tanggung jawab bersama</i></p> <p><i>GF menyediakan mikroskop, giemsa lakitnya RDT tapi juga tidak cukup, itu hanya dua kali pengadaan sekarang sudah tidak ada , jadi mulai tahun lalu sudah tidak ada, mulai tahun ini</i></p>	<p><i>Penyebarannya yang tidak merata dan seringnya pergantian pengelola di puskesmas</i></p> <p><i>Untuk wilayah terpencil, serimgnya petugas meninggalkan tempat tugas,sehingga terjadi kekurangan untuk tenaga laboratorium</i></p> <p><i>GF dan Rutin sama menggunakan prosedur baku.</i></p> <p><i>Sarana dan prasarana untuk itu selalu tersedia dalam jumlah yang cukup</i></p> <p><i>Cukup; Program menyiapkan untuk preventif (Pengendalian vektor), GF menyiapkan untuk tindakan Kuratif.</i></p>
--	------------------	---	---	--	---

				rencananya dari APBN tapi tetap kurang saja, misalnya yang kita butuhkan sekitar 100.000 RDT tapi yang datang sekitar 40.000 RDT	
		6. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk perawatan dan pengobatan malaria?	<i>Pada prinsipnya GF sebagai penunjang program malaria, sehingga apa yang disiapkan oleh GF pun terbatas, kalau sampai pada perawatan itu lebih merupakan tanggung jawab program</i>	<i>Biasanya disediakan melalui dana APBN ataupun APBD</i>	<i>Pengadaannya rutin dan persediaan cukup</i>
		7. Bagaimana dengan pengadaan dan persediaan untuk laboratorium?	<i>Seperti diawal, GF menyediakan peralatan laboratorium seperti : mikroskop, giemsa, ataupun RDT</i>	<i>Apabila yang tidak disediakan oleh GF ataupun masih kurang akan disediakan oleh Kabupaten</i>	<i>Pengadaan disesuaikan dengan permintaan dan Selalu tersedia di Kabupaten</i>
		8. Apa saja peran <i>global fund</i> dalam pelayanan program malaria?	<i>GF sifatnya sebagai intensifikasi dalam program malaria</i>	<i>GF sebagai pendukung dalam pelayanan, terutama dari segi logistik</i>	<i>GF memberikan dukungan berupa dana pembantuan</i>
		9. Bagaimana ketersediaan obat untuk program malaria? Probing : Apa yang disediakan oleh program dan apa yang disediakan oleh <i>global fund</i> ?	<i>Kalau obat diawal iya, tetapi sekarang sudah tidak lagi, sekarang dari Pemerintah</i>	<i>GF tidak menyediakan obat ditanggung boleh APBN dan APBD Kabupaten</i>	<i>Program menyiapkan obat dan kekurangannya ditunjang oleh Global Fund.</i>
		10. Bagaimana jika program <i>global fund</i> dihentikan terutama dari factor pelayanan?	<i>Tidak masalah</i>	<i>Kalau dari segi pelayanan tidak masalah, cuma yang masalah dari segi laporannya</i>	<i>Tidak ada pengaruhnya</i>

	<p><b>Akses Peningkat Layanan</b></p>	<p>1. Dalam meningkatkan akses pelayanan, apa saja yang telah dilakukan untuk menunjang kegiatan tersebut, baik untuk masyarakat maupun petugasnya sendiri? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana peran <i>global fund</i> dalam meningkatkan akses layanan</p> <p>3. Dalam melaksanakan kegiatan program malaria apakah ada insentif yang di berikan? Jelaskan (probing, bagaimana kalau tidak ada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalau dari segi prosesnya, selain puskesmas kita mengarah ke Pustu dilengkapi sarannya untuk menegakkan dignostiknya dengan RDT</li> <li>• Lewat bidan desa kita lengkapi dengan RDT juga</li> <li>• Diluar unit pelayanan termasuk bidan desa, dengan MBS</li> </ul> <p><i>GF lebih kearah sebagai pendukung dalam melaksanakan pelayanan kesehatan</i></p> <p><i>Ada ya, mulai dari tingkat dinas sampai puskesmas mulai dari petugas malaria, petugas mikroskopis dan bidan koordinator di puskesmas serta bidan desa</i></p>	<p>Melalui MBS dengan penemuan langsung penderita malaria di lapangan ataupun kampung – kampung dan mengadakan pelatihan-pelatihan untuk petugas dilapangan baik untuk perawat maupun tenaga analis</p> <p>Peran GF salah satunya adalah menyiapkan tenaga terlatih untuk program malaria, selain itu juga memberikan dukungan dalam operasional dilapangan</p> <p>Biasanya untuk pengelola program di lapangan, kalau mengirimkan laporan akan diberikan Rp. 100.000, mikroskopis dan bidan koordinator puskesmas Rp. 100.000 dan untuk kabupaten ada 4 yang diberikan insentif oleh GF</p>	<p>Kalau untuk masyarakat kita selalu memberikan pelayanan yang prima, misalnya dengan penemuan langsung penderita malaria melalui MBS, ataupun adanya penyemprotan rumah untuk memutuskan rantai penularan, sedangkan kalau untuk petugas Menyiapkan SDM, melalui pelatihan - pelatihan dan Sumber Daya Peralatan</p> <p>Menyiapkan Peralatan dan Finansial</p> <p>Ada, Bila tidak ada untuk daerah sulit akan akan berpengaruh terhadap laporan</p>
--	---------------------------------------	---	---	--	---

		<p>4. Bagaimana dengan kegiatan program yang dilakukan oleh <i>global fund</i>?</p> <p>5. Informasi apa yang ingin diperoleh dalam kegiatan program malaria?</p> <p>6. Bagaimana bapak/ibu, mengkomunikasikan program malaria dengan instansi atau institusi terkait?</p>	<p><i>Diawal kita hanya insentifkasi dipuskesmas dan diluar unit pelayanan (MBS) kemudian diperluas menyediakan sarana di pustu dan bidan desa</i></p> <p><i>Informasi yang diperlukan adalah :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ketersediaan tenaga berarti berhubungan dengan puskesmas dan pustu, tetapi ada daerah yang jauh dari puskesmas, jauh dari jangkauan pustu ataupun bidan desa, yang kita perlukan sebenarnya lokasi – lokasi endemisitasnya</i></li> <li>• <i>Daerah – daerah endemis</i></li> <li>• <i>Daerah yang dicurigai endemisyang disebabkan akses ke wilayah tersebut tertutup</i></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diawal itu ada kegiatan advokasi secara khusus memang dibiayai oleh GF, sehingga seluruh lintas sector dan lintas program bisa mengetahui ini, salah satu harapannya supaya bisa berpartisipasi aktif dalam menunjang program malaria juuga bergerak di tupoksinya masing – masing tetapi dapat berdampak terhadap malaria misalnya dinas perikanan menyediakan ikan tetapi dapat berdampak terhadap penurunan</i></li> </ul>	<p><i>Sudah berjalan sesuai yang direncanakan</i></p> <p><i>Intinya berapa APInya, berapa cakupan pengobatannya, obat yang diberikan apa dan ada penurunan kasus tidak</i></p> <p><i>Kalau di level pusat ada, tapi kalau di level propinsi kita baru mau bentuk malaria center</i></p>	<p><i>Terlaksana dengan baik</i></p> <p><i>Cakupan penderita yang ditemukan melalui konfirmasi laboratorium dan diobati dengan ACT, Pengendalian dan pemberantasan vektor untuk menurunkan angka kesakitan.</i></p> <p><i>Memalui pertemuan-pertemuan resmi pada setiap kesempatan dan menggunakan media informasi yang tersedia.</i></p>
--	--	---	---	---	---

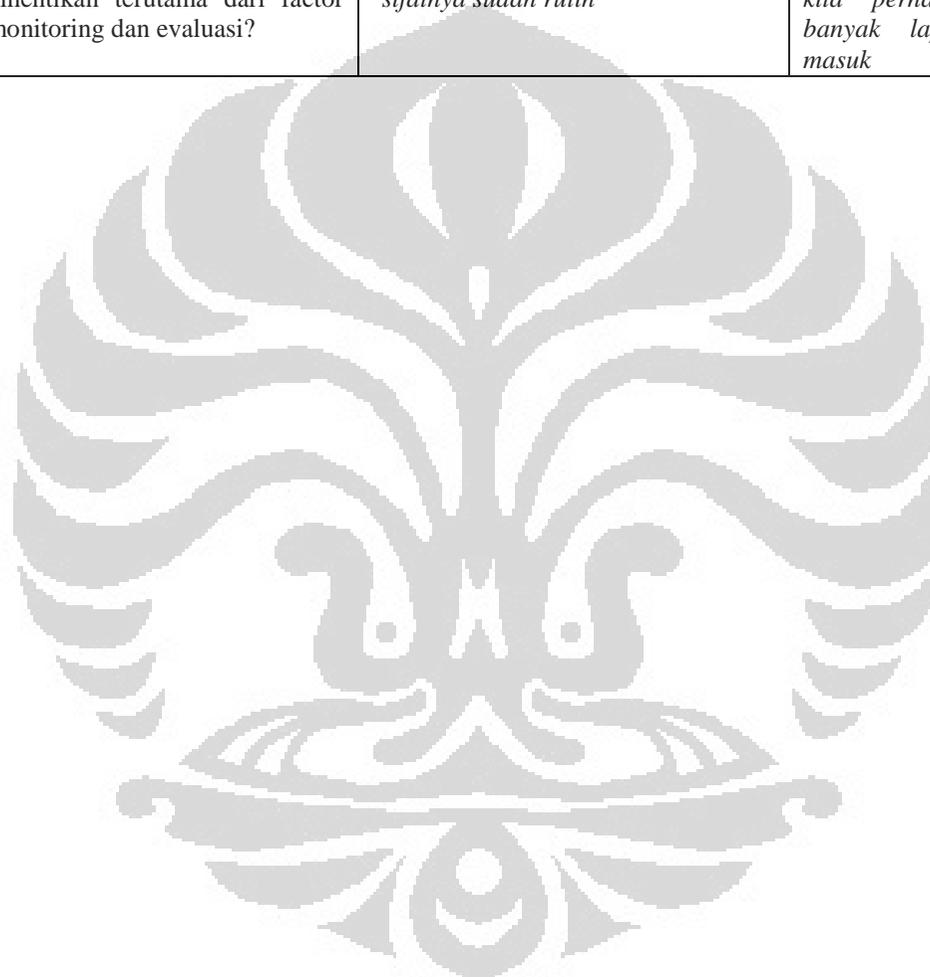
			<p><i>jentik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Melakukan survey dinamika penularan, sehingga mengetahui mitra – mitra mana saja yang sangat berperan</i></li> </ul>		
		7. Probing : dalam meningkatkan pelayanan khususnya program malaria, apa saja yang telah dilakukan? Jelaskan	<p><i>Seperti diawal disampaikan, yaitu penemuan kasus dan pengobatan, pembagian kelambu, pelatihan-pelatihan ataupun pemberian insentif</i></p>	<p><i>Yang telah dilakukan lebih ke logistic, pelatihan dan insentif</i></p>	<p><i>Pembinaan petugas, penemuan dan pengobatan, menyiapkan SDM dan SDA.</i></p>
		8. Program promosi apa saja yang telah dilakukan untuk malaria?	<p><i>Memang ada tapi sifatnya paling penyediaan sarana misalnya bahan – bahan promosi itu ada , kalau secara khusus memang tidak ada,</i></p>	<p><i>Untuk promosi relative kurang artinya dulu ada membuat iklan – iklan di media masa, tapi sekarang tidak ada lain dan sudah diambil alih program</i></p>	<p><i>promosi yang dilakukan adalah “GEBRAK MALARIA”</i></p>
		9. Bagaimana apabila program perbantuan <i>global fund</i> dihentikan terhadap peningkatan akses layanan?	<p><i>Harus ada exit strategi</i></p>	<p><i>Tidak masalah, karena di puskesmas sifatnya hanya mengumpulkan laporan dan memberikan sistem pengobatan yang baru</i></p>	<p><i>Tidak ada pengaruh, bila secara berlabnjut direncanakan oleh daerah apa yang dilakukan oleh GF.</i></p>

	<b>Monitoring dan Evaluasi</b>	<p>1. Bagaimana dengan target dalam program malaria? Jelaskan</p> <p>2. Bagaimana dengan cakupan setiap tahunnya, apakah sudah sesuai dengan targetnya? Jelaskan</p> <p>3. Bagaimana dengan pelaporannya?</p>	<p><i>Untuk target jangka panjangnya eliminasi 2030, tetapi untuk MDGs ada penurunan sampai 2015 dalam target jangka pendek, GF juga membuat target yang sifatnya ke dampak tersebut yaitu indicator output dengan penemuan kasus, pengobatan distribusi kelambu yang semuanya mengarah ke dampak yang diharapkan</i></p> <p><i>Relative cukup baik, rating kita AI, AI artinya cakupan kita rata – rata sudah di atas 90 % terutama ada 2 indikator utama yaitu pengobatan ACT dan kelambu, pada umumnya sudah di atas 100 % dari target GF</i></p> <p><i>Pelaporan itu dari puskesmas ke kabupaten setiap tanggal 5 terus tanggal 10 dari kabupaten ke propinsi dan untuk 6 daerah termasuk papua, laporan yang ditujukan ke propinsi itu ada tembusan ke pusat sehingga kita bisa membantu menganalisis, memonitor jika ada kelemahan – kelemahan di propinsi, kemudian setiap tanggal 15 dari propinsi ke pusat dan pusat akan membuat umpan balik pada tanggal 20 - 30 dari pusat ke kabupaten dan diharapkan dari propinsi membuat umpan balik ke kabupaten</i></p>	<p><i>Targetnya belum tercapai, karena salah satunya menurunkan angka kematian sampai 50 % itu masih susah</i></p> <p><i>Cakupan meningkat tajam, tapi laporan kematian yang susah</i></p> <p><i>Prinsipnya dari pustu ke puskesmas kemudian ke Dinas, dari RS ke Dinas direkap dan dikirim ke Propinsi</i></p>	<p><i>Menurunkan angka kesakitan melalui penemuan dan pengobatan penderita.</i></p> <p><i>Belum karena setiap UPK tidak melaporkan kegiatannya secara rutin sehingga berpengaruh pada angka cakupan.</i></p> <p><i>Dilakukan secara rutin perbulan, Triwulan</i></p>
--	--------------------------------	---	---	---	--

		4. Bagaimana proses pengumpulan dan pengolahan data malaria? Jelaskan	<i>Itu dari Pustu, bidan desa dan direkap di puskesmas</i>	<i>Pengumpulan dan pengolahannya, kita kumpulkan dari bidan desa, Pustu dan diolah dipuskesmas, selain itu juga dari RS</i>	<i>Dikumpulkan dan diolah berdasarkan puskesmas</i>
		5. Bagaimana analisis data malaria?	<i>Analisis data malariannya itu dilakukan oleh bagian analisis data</i>	<i>Analisisnya dilakukan ditingkat kabupaten, untuk mengetahui out put dari program malaria</i>	<i>Analisisnya berdasarkan waktu, tempat dan orang</i>
		6. Bagaimana sistem pelaporan data malaria ?	<i>Sistem pelaporannya berdasarkan laporan puskesmas</i>	<i>Menggunakan laporan rutin dari puskesmas</i>	<i>Bulanan, dan triwulanan serta tahunan</i>
		7. Bagaimana sistem monitoring dan evaluasi program malaria? (probing : siapa saja yang terlibat)	<i>Kalau untuk GF mengenai data, itu petugas juru imunisasi menyampaikan laporannya pembagian kelambu menyampaikan koordinator imunisasi di puskesmas, kalau bidan desa menyampaikan koordinator bidan puskesmas kemudian akan diambil oleh petugas survailens yang dilanjutkan ke tingkat kabupaten</i>	<i>Dasarnya monev yaitu dari laporan kemudian dianalisa, kalau ada yang tidak tercapai seperti laporan tidak masuk, cakupannya sedikit berarti kita akan turun ke daerah tersebut</i>	<i>Semua staf GF dan serta staf Kesehatan yang dinilai bisa melakukan kegiatan monev.</i>
		8. Berapa kali dilakukan kegiatan tersebut? Jelaskan	<i>6 bulan sekali itu kita ada pertemuan ada monev maeting, sehingga ada yng belum tercapai bisa disampaikan, kalau yang monev rutin tiap bulan</i>	<i>Tergantung keadaan di daerah, kalau memang tidak bagus sekali, kita akan sering ke sana, tetapi kalau tidak biasanya kita tidak datangi cukup kita lihat dari datanya kemudian disesuaikan dengan laporan keuangan</i>	<i>Rencananya per-bulan namun disesuaikan dengan ketersediaan pembiayaan.</i>

		<p>9. Kendala apa saja yang sering dijumpai dalam program malaria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salah satunya dari ketenagaan, sering yang sudah dilatih terjadi mobilitas, pindah dan sebagainya</li> <li>• Dari segi logistiknya, misalnya reagent diharapkan kalau terjadi kekurangan dari daerah bisa membantu</li> <li>• Dari segi dana kalau penyerapannya rendah, maka dropingnya akan dikurangi atau penyerapannya kurang optimal</li> <li>• Dari segi program metik, indicator-indikator output kalau capaian rendah akan berpengaruh terhadap perencanaan ke depan</li> <li>• Dari segi wilayah yang jauh, misalnya disaat penularan situasi alamnya tidak mendukung</li> </ul>	<p>Biasanya laporan tidak ada, kemudian petugas merangkap karena jumlah tenaga masih terbatas</p>	<p>Keterbatasan tenaga, keterisolan daerah, iklim dan cuaca.</p>
		<p>10. Bagaimana penyelesaian terhadap kendala tersebut?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalau dari segi tenaga, kita arahkan ke job training, sehingga tidak terjadi kekosongan tenaga pengelola Kalau daerah bisa menyediakan dari APBD</li> <li>• Kalau dari segi dana dan Logistiknya kita harapkan adanya kontribusi daerah ataupun pengoptimalkan dana BOK</li> </ul>	<p>Biasanya kita sampaikan untuk kepala bidangnya kita beritahu masalahnya kemudian kita buat surat resmi, bisanya ada yang berubah dan ada yang tidak berubah</p>	<p>Untuk ketenagaan diusulkan kepada pemerintah daerah, untuk daerah yang sulit dan jauh dipadukan secara lintas program, sedangkan untuk iklim dan cuaca merupakan fenomena alam yang harus disesuaikan</p>

		11. Apa pengaruhnya, jika program perbantuan global fund ini dihentikan terutama dari factor monitoring dan evaluasi?	<i>Sebenarnya tidak terlalu bermasalah, karena pelaporan ini sifatnya sudah rutin</i>	<i>Kemungkinan akan bermasalah terutama dari laporannya, dulu kita pernah dihentikan dan banyak laporan yang tidak masuk</i>	<i>Tidak ada pengaruh bila secara bertahap direncanakan.</i>
--	--	---	---	--	--



Tabel : Matrik Hasil Wawancara dengan Bagian Keuangan Globan Fund

No	Aspek	Pertanyaan	Hasil Wawancara		
			G 4	G 5	G 6
		1. Bagaimana besaran dana untuk program malaria, melalui <i>global fund</i> ?	<i>Besaran yang diberikan sangat membantu kegiatan malaria di Indonesia</i>	<i>Sekitar 5 m untuk 16 Kabupaten</i>	<i>Berdasarkan work plan program GF Kabupaten Kepulauan Yapen dan besaran dananya tidak menentu setiap periode atau kuartal</i>
		2. Bagaimana peruntukannya, yang melalui pendanaannya <i>global fund</i> ?	<i>60 % untuk peralatan kesehatan dan 40 % pembiayaan rutin untuk kegiatan</i>	<i>MBS, untuk supervise, cross cek slide dan logistic</i>	<i>Peruntukannya sudah diatur dalam perencanaan setiap periode</i>
		3. Bagaimana metode untuk mendapatkan dana yang berasal dari rutin dana tersebut?	<i>Mengajukan proposal ke GF di Genewa</i>	<i>Biasanya langsung dari pusat sesuai dengan greennya dan sudah ditentukan dari pusat</i>	<i>Setiap memasuki periode berikutnya dari propinsi mengundang manager dan M &amp; E mengikuti monev untuk mempresentasikan hasil cakupan kegiatan dan realisasi dengan budget anggaran sebelumnya setelah itu barulah dibuat permintaan dana untuk periode yang baru untuk kabupaten setelah disahkan dibuat dalam bentuk worl plan</i>

		<p>4. Bagaimana pembagian dananya untuk yang ke daerah? dan atas dasar apa pembagian tersebut, jelaskan (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)</p> <p>5. Bagaimana pertanggungjawabannya? (probing : untuk yang rutin bagaimana dan yang global fund bagaimana)</p> <p>6. Apa pengaruhnya pendanaan yang diberikan oleh global fund?</p>	<p><i>Pembagian ke daerah berdasarkan rencana kegiatan atau work plan</i></p> <p><i>Pertanggungjawabannya, mereka minta laporan setiap 6 bulan sekali yang dinamakan dengan laporan PUDR (progress up date and this recques) untuk melihat kemajuan program disamping itu juga laporan penggunaan dana, laporan – laporan ini akan diperiksa oleh lembaga audit yang ditunjuk oleh GF</i></p> <p><i>Sangat membantu sekali, terjadi penurunan kasus</i></p>	<p><i>Sesuai dengan kebutuhan daerahnya dan data malaria</i></p> <p><i>Masing – masing daerah mempertanggungjawabkannya kemudian dikirim ke propinsi sebagai laporan untuk cross cek</i></p> <p><i>Pengaruhnya sangat besar terutama untuk masyarakat, seperti pembagian kelambu</i></p>	<p><i>Pembagian dana ke Puskesmas atas dasar laporan rutin Puskesmas atau STP</i></p> <p><i>Pertanggungjawaban dibuat setiap bulan dan setiap triwulan/periode dibuat analisis varian untuk mengetahui budget yang diberikan GF dengan realisasi anggaran yang dipakai dalam kegiatan, misalnya : Laporan sumber dan penggunaan dana, Buku bank, Rekonsiliasi saldo bank, Rekening Koran, dll</i></p> <p><i>Sangat berpengaruh dalam mendukung pelaksanaan kegiatan pemberantasan penyakit malaria, dengan adanya dana dari GF dapat memacu atau memberikan motivasi bagi para petugas di lapangan</i></p>
--	--	---	---	--	--

		7. Bagaimana peningkatan cakupan, sehubungan dengan pembiayaan tersebut?	<i>Adanya peningkatan</i>	<i>Cakupannya dengan adanya global fund m,eningkat</i>	<i>Adanya peningkatan cakupan</i>
		8. Bagaimana jika pembiayaan ini dihentikan oleh global fund? (probing : pengaruhnya untuk pembiayaan program malaria)	<i>Setiap daerah harus menyediakan exit strategi yaitu alokasi khusus untuk penanganan malaria</i>	<i>Kita selalu berusaha setiap tahunnya apa yang didanai oleh GF sudah harus dimasukkan ke program dan itu sudah ada diprogram</i>	<i>Akan berpengaruh pada pembiayaan program malaria karena pembiayaan dari GF untuk dana yang diransang menunjang kegiatan pemberantasan malaria</i>