

LAMPIRAN – Peraturan Gubernur Aceh

Nomor : 40 Tahun 2010

Tanggal : 27 Juli 2010

15 Sya'ban 1431

PEDOMAN ELIMINASI MALARIA ACEH

**I. Pendahuluan**

**I.1. Latar Belakang**

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di didunia. Angka kejadian malaria dilaporkan sekitar 500 juta orang dengan kematian 1 juta orang setiap tahun, terutama di Afrika. Di Indonesia terdapat 424 Kabupaten endemis malaria dari 576 Kabupaten yang ada, diperkirakan 45 % penduduk Indonesia berisiko tertular malaria. Terdapat sekitar 15 juta kasus malaria dengan 38.000 kematian setiap tahunnya (SKRT, 2001).

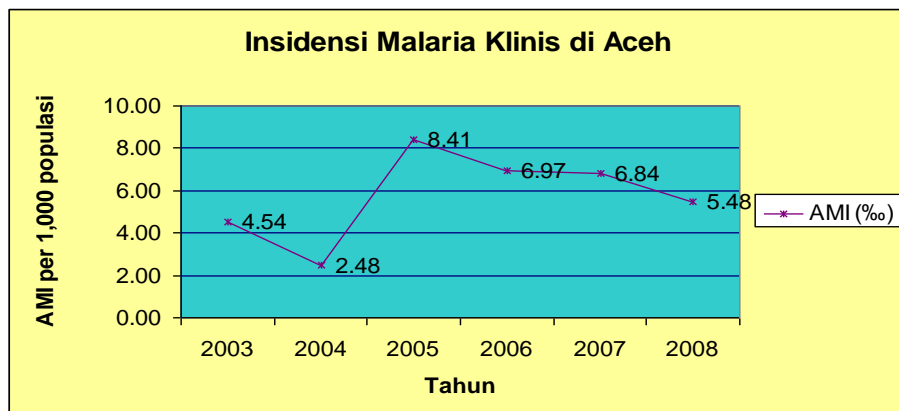
Berkenaan dengan keluarnya SK Menteri Kesehatan RI Nomor: 293/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia. Menjadikan program eliminasi malaria adalah resmi program pemerintah Indonesia dan berlaku untuk seluruh wilayah Negara Indonesia. Dimana Aceh ditargetkan dapat mencapai tahap eliminasi pada tahun 2015 secara keseluruhan di semua kabupaten/kota.

**I.2. Distribusi Malaria di Provinsi Aceh**

Malaria telah ditemukan di Provinsi Aceh dibanyak daerah, walaupun tidak ada catatan pasti kapan pertama kalinya kasus malaria dijumpai di Provinsi paling barat Indonesia ini. Sebelum bencana alam tsunami pada tanggal 26 Desember 2004, angka insidensi (jumlah kasus klinis malaria/1,000 penduduk (AMI) yang dilaporkan sebanyak 4,54 ‰ (Thn 2003) dan 2,48 ‰ (Thn 2004 Laporan Departemen Kesehatan RI). Setelah tsunami meningkat menjadi 8,41 ‰ (Thn 2005), 6,97 ‰ (Thn 2006), 6,84 ‰ (Thn 2007).

Begitu pula Kejadian Luar Biasa (KLB) Malaria yang beberapa kali dilaporkan terjadi karena akses ke tempat – tempat pelayanan kesehatan yang buruk selama masa konflik. Dimana malaria lebih banyak terdistribusi di daerah – daerah konflik.

**Grafik 1. Insidensi Kasus Malaria Klinis Provinsi Aceh 2004 - 2008**



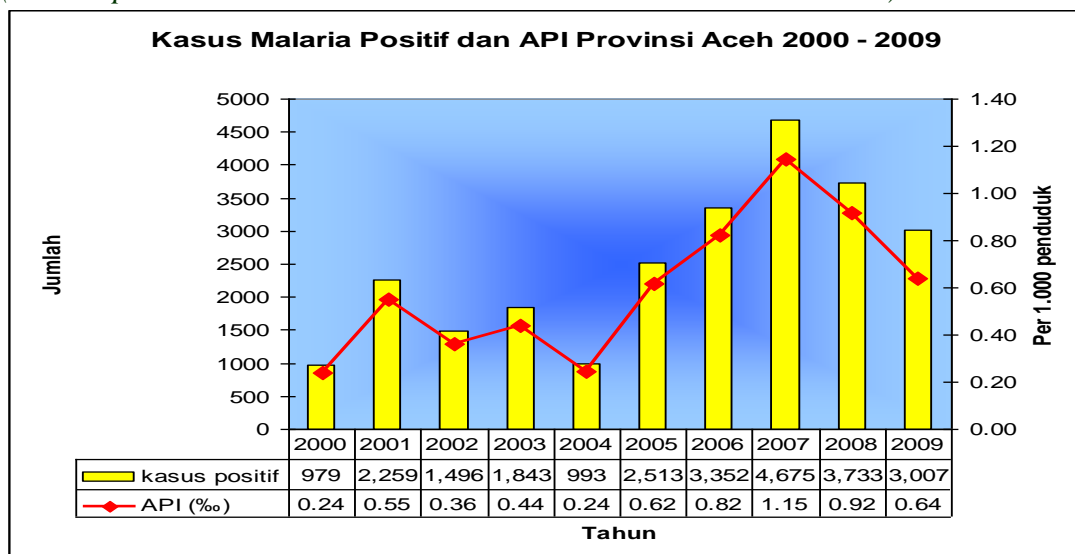
Rendahnya angka insidensi malaria klinis Provinsi Aceh tahun 2003 dan 2004, disebabkan belum intensifnya kasus malaria dilaporkan dari pusat – pusat kesehatan pemerintah. Didukung pula oleh situasi Provinsi Aceh yang sedang dalam masa darurat militer, sehingga banyak kasus malaria yang tidak dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

Pada akhir tahun 2004, terjadi gempa bumi yang diikuti oleh tsunami, yang menyebabkan lebih dari 200.000 jiwa meninggal dunia dan lebih dari 1 juta penduduk Provinsi Aceh kehilangan tempat tinggal. Bencana tsunami menghancurkan desa, kota, jalan, dan jembatan sepanjang kurang lebih 105 mil dengan ketinggian 33 kaki diatas permukaan laut.

Tsunami menimbulkan perubahan lingkungan yang dramatis, kerusakan pada banyak bibir pantai yang menimbulkan terjadinya pencampuran antara air tawar dengan air asin yang terperangkap di daratan, menjadikannya sebagai tempat perindukan nyamuk yang ideal, terutama untuk Nyamuk Anopheles perantara penyakit Malaria. (WHO progress report, 2006)

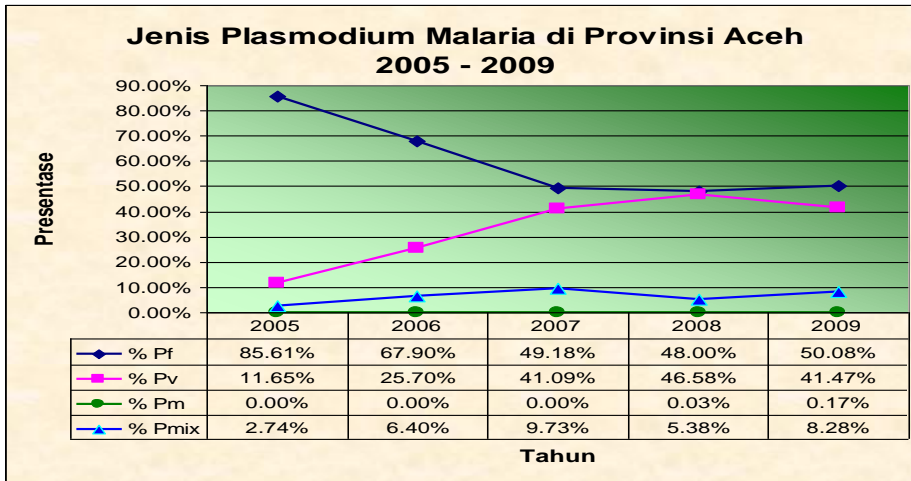
Dilihat dari Gambar 2 dan 3 dimana angka positif kasus malaria semakin tahun menunjukkan peningkatan yang signifikan, hal ini disebabkan kegiatan pengendalian malaria yang dilaksanakan secara intensif sejak tahun 2005 oleh Dinas Kesehatan Aceh/Kabupaten/Kota, dengan bantuan beberapa lembaga internasional seperti WHO, UNICEF, GFATM, Palang Merah Amerika, Mentor Initiative, Merlin, World Vision International, dan lembaga nasional maupun lokal seperti Palang Merah Indonesia, Yayasan Sambinoe, dan lain – lain.

**Grafik 2. Jumlah kasus positif Malaria dan API 2000 – 2009 di Provinsi Aceh**  
(data Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Provinsi Aceh)



Distribusi plasmodium pada kasus positif malaria di Provinsi Aceh yang terbanyak adalah Plasmodium Falciparum dan Plasmodium Vivax. Sementara Plasmodium Malariae atau Plasmodium Ovale, sejauh ini tidak ditemukan di Provinsi Aceh. Menurut WHO adanya penanganan kasus yang intensif, Plasmodium Falsiparum terbukti lebih cepat diturunkan bahkan dihilangkan daripada Plasmodium Vivax, hal ini terbukti di Provinsi Aceh, dimana persentase Plasmodium Falsiparum terus menurun dari 85.6% tahun 2005 menjadi 48.0% tahun 2008.

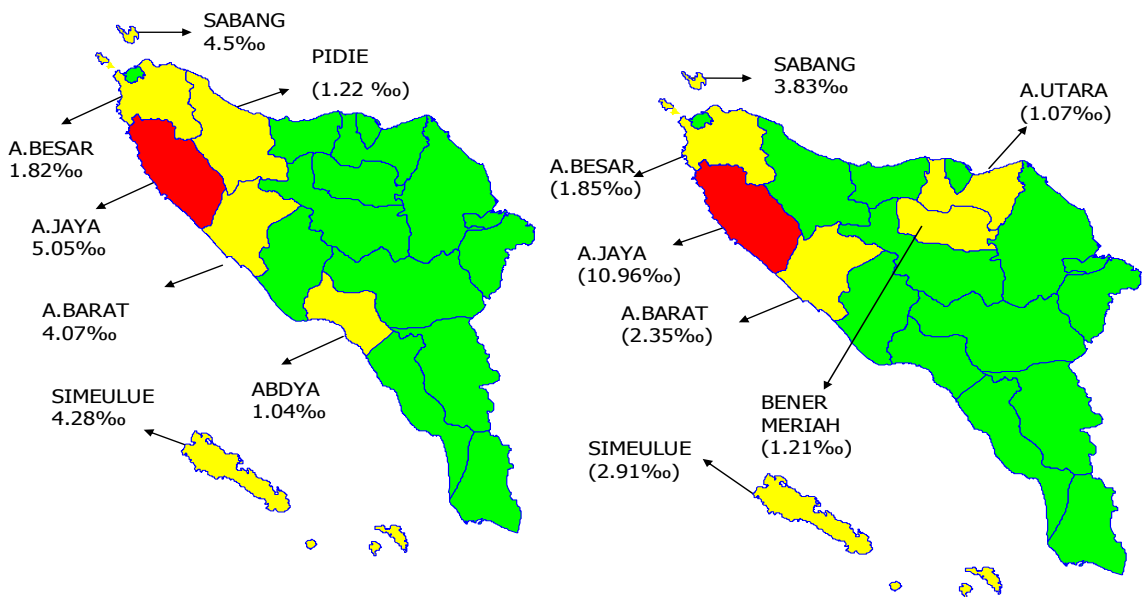
**Grafik 3. Proporsi Plasmodium di Provinsi Aceh 2005 - 2008**



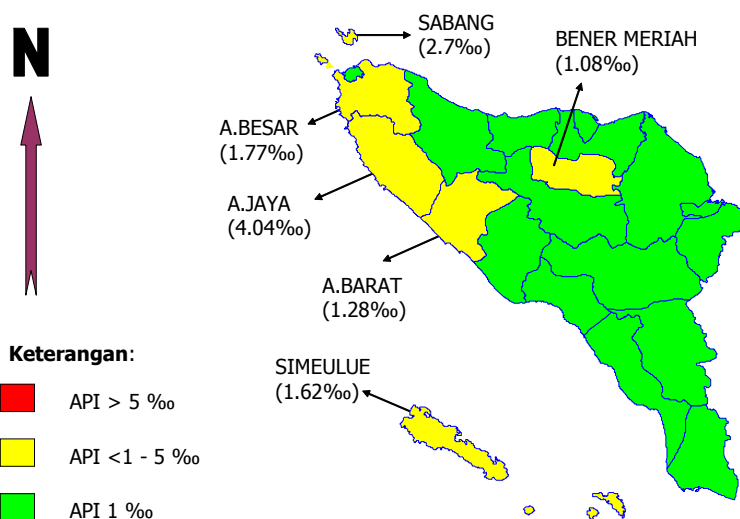
**Gambar. 1 Peta Stratifikasi Insidensi Malaria per Kab/kota 2007 – 2009**

**Stratifikasi insidensi malaria per kab/kota  
2007 (data Dinkes Aceh)**

**Stratifikasi insidensi malaria per Kab/Kota  
2008 (Data Dinkes Prov. Aceh)**



**Stratifikasi insidensi malaria per Kabupaten/Kota  
(Data rutin Dinkes Prov. Aceh 2009)**



Banyaknya kasus malaria di Aceh antara lain disebabkan oleh banyak tempat perindukan nyamuk pasca Tsunami (perubahan lingkungan). Terjadi percampuran masyarakat dari daerah endemis dengan tidak endemis yang memiliki imunitas berbeda; pengungsian, berakhirnya konflik GAM dengan TNI.

Berdasarkan peta diatas, tingkat penularan malaria dibagi menjadi tiga kriteria, yaitu tinggi (High Case Incidence = HCI), sedang (Medium Case Incidence = MCI) dan rendah (Low Case Incidence = LCI). Daerah dengan tingkat penularan tinggi yang pada tahun 2007 dan 2008 terdapat di Aceh Jaya, pada tahun 2009 Aceh Jaya mengalami penurunan kasus. Tingkat penularan sedang adalah Kota Sabang, Aceh Besar, Aceh Barat, Bener Meriah, Aceh Jaya dan Simeulue. Sisanya Banda Aceh, Pidie, Pidie Jaya, Bireun, Aceh Utara, Lhokseumawe, Aceh Timur, Langsa, Aceh Tamiang, Aceh Tengah, Gayo Lues, Aceh Tenggara, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Subussalam, Aceh Singkil merupakan daerah dengan penularan rendah.

Berdasarkan kriteria diatas, Pemerintah Aceh merencanakan fase – fase menuju Eliminasi malaria menjadi tiga kelompok kabupaten/kota dengan tujuan akhir sebagai berikut:

**Tabel. 1. Fase Eliminasi Malaria Provinsi Aceh**

Periode (Tahun)	Kegiatan/Operasional (Outcome)		
	Endemis Tinggi	Endemis Sedang	Endemis Rendah
Tahun I 2009	Fase intensifikasi pengendalian		Fase pre-eliminasi
	100% kasus malaria terkonfirmasi pemeriksaan laboratorium. Pemetaan kasus per desa		
Tahun II 2010	Fase pre-eliminasi		
Tahun III 2011	Fase pre-eliminasi	Fase pre - eliminasi selesai	
Tahun IV 2012	Fase pre – eliminasi selesai		Memasuki fase eliminasi (Tidak kasus penularan setempat, API < 1 %)
Tahun V 2013	Memasuki fase eliminasi (Tidak kasus penularan setempat, API < 1 %)		
Tahun VI 2014			<b>Pemeriksaan Tim Independen Eliminasi Malaria untuk Kab/Kota</b>
Tahun VII 2015	<b>Pemeriksaan Tim Independen Eliminasi Malaria Seluruh Provinsi</b>		
Tahun VIII 2016			

Dinas Kesehatan Aceh akan terus meningkatkan kegiatan pengendalian malaria dengan berbagai dukungan pembinaan kabupaten/ kota untuk menuju eliminasi malaria di Aceh tahun 2015.

Vektor penyebab malaria adalah Anopheles betina. Di Provinsi Aceh terdapat beberapa jenis Anopheles yang berpotensi sebagai vektor malaria seperti: *An. Sundaicus*, *An. Subpictus*, *An. Barbirostris*, *An. hyrcanus grp*, *An. Maculates*, *An. Aconitus*, *An. Sinensis*, *An. Dirus*.

### I.3. Geografi dan Kependudukan

Provinsi Aceh merupakan Provinsi yang terletak antara 2<sup>0</sup> - 6<sup>0</sup> LU dan 95<sup>0</sup> -98<sup>0</sup> BT. Temperatur rata – rata 25<sup>0</sup> Celcius, dengan kelembaban rata – rata 85%, curah hujan rata – rata setiap tahun berkisar 3,0 – 245,9 mm.

Secara geografis, Aceh berbatasan sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Selat Malaka; sebelah selatan dengan Provinsi Sumatera Utara; sebelah timur dengan Selat Malaka; dan sebelah barat dengan Samudera Indonesia. Luas Provinsi Aceh kurang lebih 58,375.63 km<sup>2</sup>, terdiri dari 23 Kabupaten/Kota, 257 Kecamatan, 6.219 desa.

Jumlah penduduk provinsi Aceh tahun 2007 sebesar 4.222.251 jiwa.

Jumlah penduduk laki – laki 2.094.746 dan perempuan 2.127.505.

Distribusi usia penduduk Provinsi Aceh sangat dominan pada usia produktif, disusul kemudian oleh usia pra sekolah, usia sekolah dan balita. Selanjutnya sebagian kecil adalah usia lanjut (usila)

### I.4. Sarana Prasana

Sarana prasarana fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta sangat penting peranannya bagi tersedianya pelayanan kesehatan yang prima dan berkualitas bagi masyarakat. Data Dinas Kesehatan Aceh tahun 2008 menunjukkan Puskesmas berjumlah 288 buah yang tersebar di 23 Kab/Kota, dengan jumlah RS pemerintah

21 buah dan RS swasta sebanyak 16 buah, dimana yang terbanyak di Lhokseumawe yang diikuti oleh Banda Aceh.

**Tabel. 2. Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta (data 2007 dan 2008)**

No	Kabupaten/ Kota	Penduduk (SK GUB: 140/183/06)	Puskesmas		Pustu	Polind es	Rumah Sakit Pemerintah			Rumah Sakit
			Rawat Inap	Non Rawat Inap			Pemer intah	POLRI	TNI	Swasta
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Banda Aceh	222,374	0	10	14	2	3	1	1	4
2	Sabang	27,395	3	3	9	10	1	0	1	0
3	Aceh Besar	296,541	11	14	65	266	1	0	0	0
4	Pidie	401,436	7	17	64	513	1	0	0	0
5	Aceh Utara	471,555	13	11	81	300	1	0	0	1
6	Lhokseumawe	181,665	0	5	12	0	0	0	1	7
7	Bireun	351,835	5	12	37	227	1	0	0	0
8	Aceh Timur	333,822	5	16	71	143	0	0	0	0
9	Langsa	129,426	1	3	7	50	1	0	0	2
10	Aceh Tamiang	230,770	2	8	41	158	1	0	0	1
11	Aceh Barat	176,586	3	9	34	14	1	0	1	0
12	Aceh Jaya	83,467	4	4	28	25	0	0	0	0
13	Nagan Raya	123,384	4	6	40	29	1	0	0	0
14	Aceh Tenggara	173,487	6	8	40	6	1	0	0	0
15	Gayo Lues	109,856	1	11	31	16	1	0	0	1
16	Simeulue	73,683	1	7	87	18	1	0	0	0
17	Aceh Singkil	91,470	3	7	26	30	1	0	0	0
18	Aceh Selatan	197,380	6	12	35	85	1	0	0	0
19	Aceh Barat Daya	117,734	3	7	23	112	1	0	0	0
20	Aceh Tengah	145,149	5	8	47	114	1	0	0	0
21	Bener Meriah	117,421	4	5	33	70	1	0	0	0
22	Pidie Jaya	109,638	3	6	23	42	1	0	0	0
23	Subulussalam	56,177	1	4	38	0	0	0	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>4,222,251</b>	<b>91</b>	<b>193</b>	<b>886</b>	<b>2.230</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

### I.5. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan elemen terpenting dalam peningkatan pelayanan kesehatan di Provinsi Aceh, kualitas dan kemampuan tenaga kesehatan menjadi faktor utama yang harus mendapat perhatian khusus dari pemerintah dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang prima bagi seluruh masyarakat.

Begitu pula dengan tenaga kesehatan yang memegang peranan penting dalam program eliminasi malaria seperti Petugas pengelola program malaria atau lebih dikenal Wasor Malaria baik di tingkat Provinsi maupun Kab/Kota harus tersedia minimal 1 orang yang bertindak sebagai manajer dan penanggung jawab program malaria di daerah kerjanya. Demikian pula dengan petugas mikroskopis malaria baik di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas antara ketersediaan dan kebutuhan masih sangat jauh.

**Tabel 3. Tenaga Kesehatan**

No	Jenis Tenaga	Kebutu han	Ada	Rasio Saat Ini   Rasio Ideal	
				Per 100.000 Population	
1.	Dokter Umum	1.031	667	16	24
2.	Dokter Spesialis	253	180	4,3	6
3.	Dokter Gigi	465	260	6,2	11
4.	Bidan	1.689	1.365	32,3	40
5.	Apoteker	380	40	1	9
6.	Bidan Desa	6.107	3.617	1 : 1,6 desa	1 : 1 desa
7.	Perawat	6.672	2.997	63	158
8.	Pengelola Program Malaria di Kab/Kota dan Provinsi	24	17	1 : 1 Kab/Prov	0,7 : 1 Kab/Prov
9.	Mikroskopis Malaria di Puskesmas+Kab+Provinsi	354	175	1 : 1 Puskesmas	0,5 : 1 Puskesmas
10.	Asisten Entomologis tingkat Puskesmas	288	0	1 : 1 Puskesmas	0 : 1 Puskesmas

Permasalahan lain yang perlu diperhatikan adalah distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata antara Kabupaten/Kota satu dengan yang lainnya. Untuk petugas entomologis Kab/Kota umumnya merupakan petugas pengelola malaria di tingkat Kab/Kota, hanya beberapa Kab/Kota seperti Gayo Lues, Aceh Tengah yang memiliki tenaga entomologis secara khusus, tetapi keduanya sudah tidak lagi bertugas sebagai entomologis karena pindah tugas ke bidang atau daerah lain.

**Tabel 4. Tenaga Kesehatan Di Puskesmas (data 2007)**

No	Kab/Kota	Dr	Drg	SKM	Bidan	Ahli Gizi	Sanitarian	Penyul Kes	Perawat	Perawat Gigi	Apt	Ass. Apt	Analisis/Laborat	Total
1	Aceh selatan	21	2	10	178	10	11	0	109	0	3	0	8	352
2	Aceh Timur	14	4	6	115	15	18	0	162	0	1	0	12	347
3	Langsa	14	4	4	98	0	8	0	63	0	0	0	1	192
4	Bireun	27	4	3	125	11	18	0	225	0	0	0	2	415
5	Gayo Lues	10	0	3	47	0	0	0	39	0	0	0	3	102
6	Aceh Barat Daya	18	0	4	123	8	5	6	60	0	4	0	4	232
7	Aceh Tamiang	7	1	3	95	6	5	0	94	0	13	0	1	225
8	Bener Meriah	15	1	4	52	3	3	6	77	0	1	0	8	170
9	Aceh Tenggara	21	2	11	192	8	12	0	108	0	0	0	7	361
10	Nagan Raya	5	0	1	60	1	2	0	70	0	0	0	3	142
11	Lhokseumawe	15	23	0	164	11	5	0	63	0	2	0	0	283
12	Aceh Jaya	22	2	17	58	10	17	5	54			7	6	198
13	Aceh Besar	22	4	14	227	43	50		122		36		23	541
14	Aceh Utara	30	5	22	127	12	28	0	164		27		20	435
15	Banda Aceh	21	7	6	73	7	9		44	23		24	20	234
16	Aceh Barat	9	1	6	71	15	18	0	146		17		16	299
17	Simuelue	9	0	2	36	7	8	0	46		0		5	113
18	Sabang	5	0	2	30	3	9	0	45		0		7	101
19	Pidie*													0
20	Aceh Singkil*													0
21	Aceh Tengah*													0
	<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>60</b>	<b>118</b>	<b>1,871</b>	<b>170</b>	<b>226</b>	<b>17</b>	<b>1,691</b>	<b>23</b>	<b>104</b>	<b>31</b>	<b>146</b>	<b>4,742</b>

\* Kabupaten tidak mengirimkan data

**Tabel 5. Distribusi Tenaga Malaria Per Kabupaten/Kota**

Kab/Kota	Pengelola Malaria		Entomologis Kab/Kota	Asisten Entomologis Puskesmas	Mikroskopis (Terlatih)	
	Terlatih	Tidak terlatih			SMAK/AAK	Paramedis
Sabang	1	0	0	0	8	6
Banda Aceh	1	0	0	0	7	0
Aceh Besar	1	0	1	0	15	3
Pidie	1	0	0	0	4	12
Bireun	1	0	1	0	8	0
Aceh Tengah	1	0	0	0	6	2
Bener Meriah	1	0	1	0	10	0
Aceh Utara	1	0	1	0	9	0
Lhokseumawe	0	1	1	0	4	0
Aceh Timur	1	0	1	0	6	1
Langsa	0	1	0	0	5	0
Aceh Tamiang	0	1	1	0	7	3
Aceh Tenggara	1	0	1	0	6	0
Gayo Lues	0	1	0	0	4	2
Aceh Jaya	1	0	1	0	4	0
Aceh Barat	1	0	1	0	11	0
Nagan Raya	1	0	1	0	3	0
Aceh Barat Daya	0	1	1	0	5	0
Aceh Selatan	0	1	1	0	5	0
Aceh Singkil	1	0	1	0	3	1
Simeuleu	1	0	1	0	6	2
Pidie Jaya	0	1	0	0	3	0
Subussalam	0	1	0	0	1	0

Provinsi ACEH	2	0	1	0	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>143</b>	<b>32</b>

(Sumber data: Verifikasi data dari Dinas Kab/Kota 2008)

### 1.6. Sumber Dana dan Sumber Daya yang Ada

Program pengendalian malaria Provinsi Aceh telah didanai selama beberapa tahun oleh berbagai pemerintah baik pusat maupun daerah; lembaga donor seperti WHO, UNICEF, GFATM; LSM tingkat nasional maupun internasional seperti Mentor Initiative, World Vision International, Save The Children, CRS, Merlin, dan Palang Merah Indonesia dengan dukungan Palang Merah Amerika,

**Tabel 6. Pembiayaan malaria 5 tahun terakhir, dari berbagai sumber.**

Sumber	2005	2006	2007	2008
APBN			112,081,000	0
APBD I			196,520,000	523,700,000
APBD II			598,816,000	731,695,000
UNICEF	53,403,680,452	1,391,425,480	4,934,434,812	1,221,925,600
GFATM			715,024,750	251,540,000
Mentor Initiative***)	25,943,588,668	14,271,463,200	14,271,463,200	6,440,000,000
World Vision International***)				171,860,000
Merlin*)	920,000,000	2,484,000,000	1,380,000,000	0
WHO	690,000,000			0
Surf aid*)	170,108,000			0
CRS*)	225,354,000			0
<b>TOTAL</b>	<b>81,352,731,120</b>	<b>18,146,888,680</b>	<b>22,208,339,762</b>	<b>9,340,720,600</b>

\*) Dana dikelola sendiri

\*\*) Dana dalam bentuk dolar, estimasi 1 \$ = Rp 10,000

### 1.7. Pengertian

ACT (Artemisinin Combined Therapy) : obat anti malaria jenis terbaru yang direkomendasikan WHO.

Advokasi : upaya persuasif yang sistematis dan terorganisir mencakup penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi untuk melancarkan aksi dengan target terjadinya perubahan kebijakan melalui penggalangan dari berbagai pihak.

API (Annual Parasite Incidence) : angka kesakitan per 1000 penduduk dalam satu tahun yang diperoleh dari jumlah sediaan positif dibandingkan dengan jumlah penduduk yang dinyatakan dalam ‰ (permil)

AMI (Annual Malaria Incidence) : angka kesakitan malaria klinis per 1000 penduduk dalam satu tahun yang dinyatakan dalam ‰ (permil)

CBO (Community Based Organization) : Organisasi berbasis masyarakat

Daerah fokus : sebuah satuan wilayah administratif yang mempunyai situasi sebagai daerah malaria saat ini atau sebelumnya, dan terdapat faktor – faktor epidemiologi penting yang dapat menularkan malaria secara terus menerus atau intermiten.

Eliminasi Malaria : menghentikan penularan setempat malaria dalam satu wilayah geografis tertentu.

Eradikasi/Pembasmian Malaria : mengurangi secara permanen/tetap sampai tidak ada infeksi baru akibat parasit Malaria diseluruh dunia. Berarti membasmi parasit malaria.

Endemis	:	daerah yang selama tiga tahun berturut-turut mengalami kasus malaria.
FBO (Faith Based Organization)	:	Organisasi berbasis keagamaan
GIS (Geography Information System)	:	sistem informasi yang menampilkan data secara peta geografis.
Genotipe parasit	:	keadaan genetik dari parasit, genotipe juga dapat merujuk pada keadaan genetik suatu <a href="#">lokus</a> maupun keseluruhan bahan genetik yang dibawa oleh <a href="#">kromosom (genom)</a> .
High Case Incidence (HCI)	:	daerah dengan Annual Parasite Incidence (API) lebih dari 5 ‰
IRS (Indoor Residual Spraying)	:	penyemprotan dinding rumah menggunakan bahan insektisida yang aman bagi manusia untuk memutus mata rantai penularan nyamuk malaria.
Kasus impor	:	kasus yang berasal dari luar wilayah
Kasus indigenus	:	kasus yang berasal dari penularan wilayah setempat
LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat)	:	sebuah <a href="#">organisasi</a> yang didirikan oleh perorangan ataupun sekelompok orang yang secara sukarela yang memberikan pelayanan kepada <a href="#">masyarakat</a> umum tanpa bertujuan untuk memperoleh keuntungan dari kegiatannya.
Low Case Incidence (LCI)	:	daerah dengan angka Annual Parasite Incidence (API) kurang dari 1 ‰
Medium Case Incidence (MCI)	:	daerah dengan angka Annual Parasite Incidence (API) 1 - 5 ‰
Pemberantasan Malaria	:	mengurangi beban penyakit sampai pada tingkat dimana tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat.
Surveilans	:	suatu rangkaian proses pengamatan terus menerus secara sistematis dan berkesinambungan melalui pengumpulan, analisa, interpretasi dan diseminasi data kesehatan dalam upaya untuk memantau suatu peristiwa kesehatan agar dapat dilakukan tindakan penanggulangan yang efektif dan efisien.
Surveilans migrasi	:	kegiatan pengambilan sediaan darah orang – orang yang menunjukkan gejala malaria klinis yang baru datang dari daerah endemis malaria dalam rangka mencegah masuknya kasus impor.
Slide Positivity Rate (SPR)	:	SPR adalah persentase dari spesimen atau sediaan darah yang positif dari seluruh spesimen atau sediaan darah yang diambil dan diperiksa secara laboratorium/mikroskopist.
RDT (Rapid Diagnosis Test)	:	suatu alat pemeriksaan/diagnosis penyakit secara cepat

## II. Eliminasi Malaria

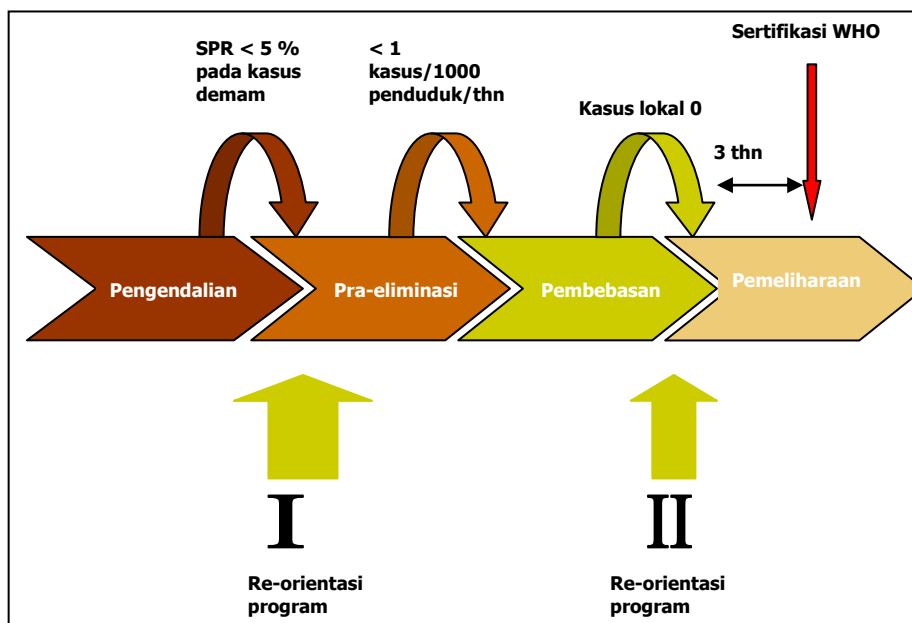
Eliminasi malaria adalah suatu kegiatan menghentikan penularan setempat dalam satu wilayah geografis tertentu dan merupakan kelanjutan dari program pengendalian malaria yang berhasil dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan karena malaria. Hal ini berarti tidak ada kasus baru melalui penularan setempat (indigenous), tetapi kasus *import* dapat tetap ada, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan untuk mengatasinya.

Tujuan program eliminasi ini adalah untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dalam lingkungan yang terbebas dari penularan malaria. Sebagai bagian penting persyaratan program eliminasi, harus teridentifikasi dan terpetakan tempat – tempat penularan malaria dari tingkat desa sampai nasional. Daerah ini menjadi target untuk dibebaskan dari penularan setempat dengan jalan menurunkan kapasitas vektor dan kontak antara vektor dengan manusia.

Ada dua kegiatan re-orientasi yang sangat penting untuk menyamakan persepsi tentang tujuan program pengendalian menuju eliminasi malaria antara petugas kesehatan dan lintas sektor terkait. Seperti pada gambar 7 di bawah, tahap pertama re-orientasi yaitu ketika memasuki fase pra-eliminasi dimana cakupan intervensi program pengendalian malaria yang efektif sudah tinggi dan disertai dengan pembangunan sosial ekonomi sehingga penurunan penularan dapat menjangkau sampai ke wilayah perifer yang merupakan daerah fokus. Pada tahap ini cakupan pemeriksaan diagnosis malaria terkonfirmasi dan pelayanan kesehatan sudah mencapai kualitas yang baik didukung dengan sistem pelaporan dan surveillans yang baik pula. Hal tersebut diikuti oleh program – program lain yang juga bertujuan menurunkan penularan malaria secara luas.

Kegiatan re-orientasi kedua dimulai ketika penularan malaria setempat sudah mendekati nol, dan parasit malaria yang didapat dari kasus impor harus ditangani dengan serius dan bekerja sama dengan daerah lain atau bahkan negara lain dimana kasus itu berasal. Pada saat ini surveillans migrasi menjadi sangat penting dilakukan. Kegiatan – kegiatan pengendalian vektor digunakan untuk mencegah kejadian luar biasa setempat dan meminimalkan tempat – tempat perindukan vektor. Hal ini berguna untuk mencegah terjadinya infeksi malaria yang meluas ke masyarakat.

**Gambar. 2 Fase – fase program malaria dan rangkaian perjalanan menuju Eliminasi malaria**



Sertifikasi Bebas Malaria dari WHO akan diberikan pada negara yang selama tiga tahun berturut – turut terbukti tidak mempunyai kasus penularan setempat. Untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota, penilaian akan dilakukan oleh tim penilai dari provinsi dan pusat.

### II.1. Prioritas dari program eliminasi malaria adalah:

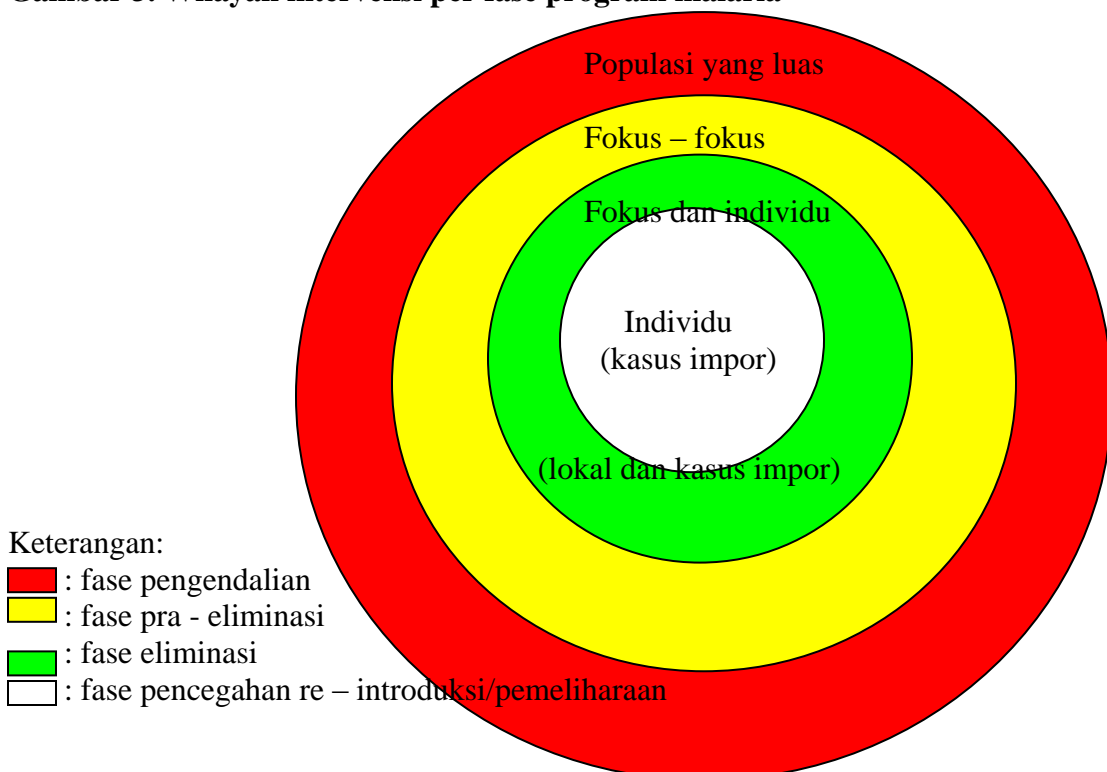
- a. Mengidentifikasi dan mengobati penderita malaria dan seluruh masyarakat yang mempunyai parasit di dalam darahnya, termasuk yang terdapat gametosit Plasmodium di dalam tubuhnya, dengan memastikan penderita tersebut tidak menjadi sumber penularan sesegera mungkin.
- b. Menurunkan kontak antara manusia dengan vektor (Nyamuk Anopheles) dan kapasitas vektor sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi baru.

### II.2. Syarat – syarat eliminasi malaria

1. Terdapatnya data berdasarkan bukti untuk mengukur pencapaian program pengendalian malaria.
2. Terdapat bukti yang cukup untuk melakukan program eliminasi melalui peningkatan intervensi yang terencana.
3. Tanggung jawab manajemen yang jelas termasuk kewenangan dan upaya penanggulangannya, termasuk otoritas desentralisasi dan pelaksanaan regulasi dan disiplin terukur.
4. Sistem yang efektif untuk menjamin koordinasi antara pemerintah, swasta, organisasi kemasyarakatan, termasuk melaksanakan program lintas daerah/negara.
5. Menjalinkan kerjasama lintas sektor yang intensif.
6. Pelatihan yang adekuat pada seluruh tenaga kesehatan sebelum dan selama melaksanakan kegiatan disertai dengan monitoring dan supervisi yang berkualitas.
7. Advokasi, mobilisasi sosial, penyuluhan kesehatan dan perubahan perilaku yang berkelanjutan.
8. Eksistensi rencana monitoring, evaluasi dan pengamatan yang dapat mengukur kemajuan program secara tepat termasuk penilaian secara independen.
9. Pembiayaan jangka panjang yang terprediksi dan berkelanjutan untuk membiayai kegiatan yang sudah direncanakan dan yang tak terduga.
10. Adanya sistem kewaspadaan yang efektif untuk mencegah penularan kembali malaria.

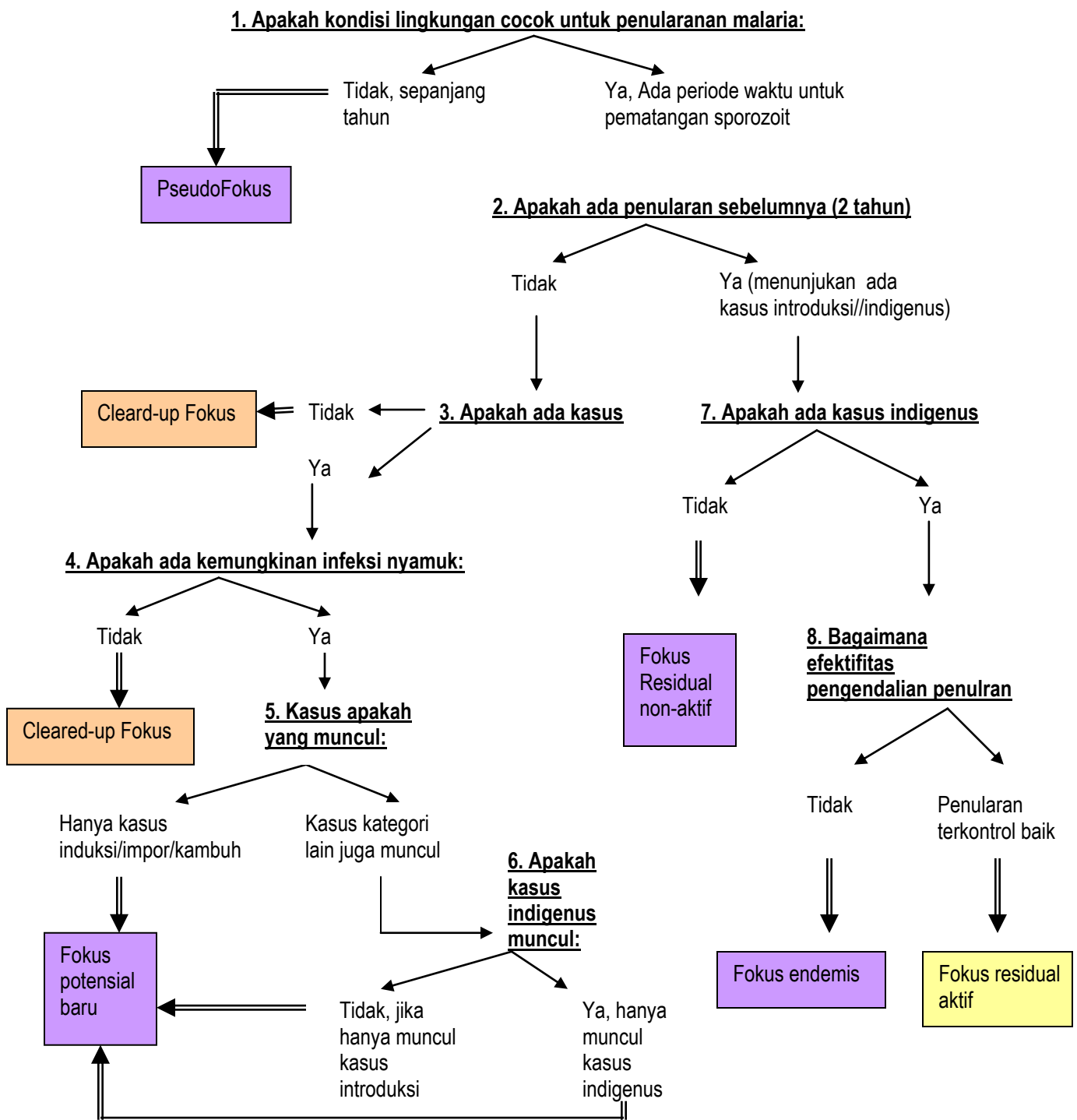
Program eliminasi malaria dilaksanakan secara bertahap dan merupakan hasil dari program pengendalian yang intensif dengan cakupan program yang luas, pengendalian vektor serta manajemen kasus yang efektif. Gambar 8 berikut menunjukkan daerah operasional intervensi setiap tahap program yang semakin menyempit.

**Gambar 3. Wilayah intervensi per fase program malaria**



Berdasarkan daerah intervensi program malaria yang berbeda – beda untuk setiap fasenya, dapat disimpulkan bahwa tujuan eliminasi malaria merupakan kegiatan yang efektif dari segi pembiayaan maupun hasil bagi kesehatan masyarakat. Apabila sudah mencapai fase eliminasi, pembiayaan tetap diperlukan untuk memelihara kemampuan petugas kesehatan dalam memeriksa dan mencegah meluasnya kasus malaria yang disebabkan oleh kasus impor.

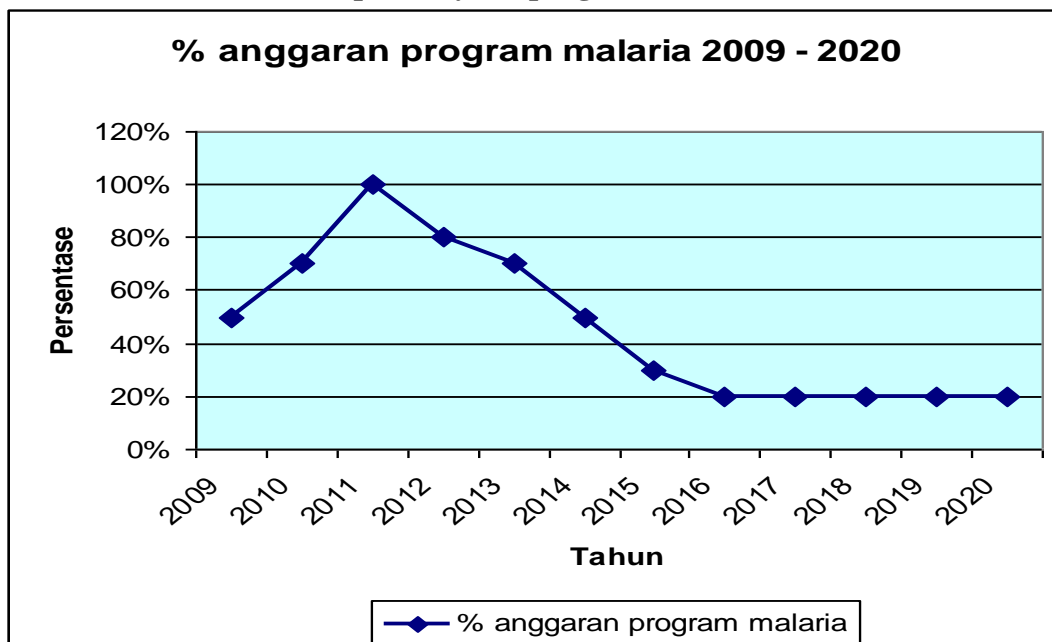
Apabila suatu daerah sudah memasuki fase pra-eliminasi, maka sesuai gambar diatas yang menjadi wilayah intervensi adalah fokus – fokus. Berikut pengelompokan fokus berdasarkan kriteria WHO adalah sebagai berikut:



Untuk mengoperasionalkan klasifikasi fokus di Provinsi Aceh, maka fokus dibagi menjadi 4 kriteria:

Kunci klasifikasi FOKUS		Definisi operasional
<b>A</b>	ada kasus malaria yang terjadi karena penularan setempat, pengendalian malaria/kontrol kurang efektif	<b>Tidak ada penularan setempat:</b> tidak ditemukan kasus malaria indigenous selama 3 tahun berturut-turut
<b>B</b>	Ada kasus malaria yang terjadi karena penularan setempat, pengendalian malaria/kontrol yang baik	<b>Kontrol yang baik :</b> $\geq 90\%$ konfirmasi dengan mikroskop; $\geq 90\%$ ACT + Primaquine untuk kasus terkonfirmasi positif; Cakupan penggunaan kelambu atau IRS $\geq 80\%$ ; Sensitivity & Specificity Mikroskopis $\geq 80\%$ ; $\geq 90\%$ kasus dilakukan PE
<b>C</b>	Tidak ada kasus malaria karena penularan setempat, ada kasus import	
<b>D</b>	Tidak ada kasus malaria karena penularan setempat, tidak ada kasus malaria import	<b>Kasus import :</b> kasus malaria terkonfirmasi yang setelah dilakukan PE terbukti berasal dari luar daerah fokus.

Grafik 4. Pola kebutuhan pembiayaan program malaria.



### III. TUJUAN, VISI, MISI, NILAI

#### III.1. Tujuan

##### A. Tujuan Umum

1. Terwujudnya masyarakat Provinsi Aceh yang sehat dalam lingkungan yang terbebas dari malaria pada tahun 2015 secara bertahap sesuai prosedur, standar, norma dan mekanisme yang berlaku;
2. Terwujudnya strategi operasional dalam rangka penyusunan program/kegiatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan cakupan dan kualitas pelaksanaan program bebas malaria.

##### B. Tujuan Khusus

1. Menurunkan 50 % jumlah desa **High Case Incidence (HCI)**: (“desa yang memiliki  $\geq 5$  kasus positif malaria per 1000 penduduk beresiko”)

- pada kabupaten/kota endemis tinggi, dibanding 2007 pada akhir tahun 2010.
2. Seluruh desa di Provinsi Aceh bebas HCI pada akhir 2011.
  3. Seluruh desa di Provinsi Aceh bebas penularan kasus malaria lokal/setempat pada akhir 2012
  4. Seluruh desa di Provinsi Aceh adalah *Low Case Incidence* (LCI) : (“desa yang memiliki  $\geq 5$  kasus positif malaria per 1000 penduduk beresiko”), *Slide Positive Rate* (SPR)  $< 5\%$  pada akhir 2012
  5. Bebas kasus malaria *Plasmodium. falciparum* setempat (*indigenous*) pada daerah endemis sedang pada tahun 2011-2012
  6. Bebas kasus malaria *Plasmodium .vivax* setempat (*indigenous*) pada daerah endemis rendah pada tahun 2011-2012
  7. Seluruh kabupaten/kota mempertahankan angka kesakitan malaria  $< 1$  kasus per 1000 penduduk pada tahun 2013 – 2015.
  8. Seluruh kabupaten/kota mengupayakan angka kematian akibat malaria 0 (nol) dan tidak ada penularan setempat (fokus aktif menjadi nol) pada tahun 2015.

### III.2. Visi

Aceh Bebas Malaria 2015.

### III.3. Misi

Perencanaan dan implementasi program eliminasi malaria secara komprehensif di seluruh Aceh.

### III.4. Nilai – nilai

1. Humanitas
 

Setiap individu memiliki hak untuk hidup di lingkungan yang sehat, dan program eliminasi malaria yang dilaksanakan harus berkualitas dan berdasarkan kebutuhan masyarakat sesuai dengan *universal declaration of human right* (UDHR 1948) dan konvensi Montevideo 1973.
2. Kemitraan dan pemberdayaan
 

Setiap kegiatan eliminasi malaria harus membangun kemitraan dengan lintas program, lintas sektor serta membangun partisipasi individu, keluarga dan masyarakat.
3. Keadilan dan keselarasan
 

Nilai ini termasuk menjamin perlindungan bagi seluruh rakyat Aceh, terutama kelompok resiko tinggi dan pada daerah terpencil, tertinggal, kepulauan, perbatasan.
4. Berkualitas dan bermanfaat
 

Pelaksanaan program eliminasi malaria, bertujuan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Pelaksanaannya harus dapat dipertanggungjawabkan, efektif dan efisien sesuai standar professional dan proporsional serta taat pada peraturan perundang-undangan. Manfaat dari program eliminasi malaria dapat mensejahterakan masyarakat serta menjamin kesehatan penduduk antar wilayah.
5. Berdasarkan nilai – nilai islami
 

Setiap kegiatan program eliminasi malaria mencerminkan nilai – nilai budaya islami.

## IV. STRATEGI

### IV. 1. Umum:

1. Meningkatkan upaya promosi kesehatan dalam eliminasi malaria.
2. Pengendalian faktor risiko lingkungan terhadap eliminasi malaria.
3. Penguatan komitmen politis terhadap eliminasi malaria.

#### IV. 2. Khusus:

- (1) Mengelola program malaria di tingkat kebijakan.
  - a. Koordinasi dan pengelolaan program eliminasi malaria yang direncanakan baik dari anggaran pemerintah maupun bantuan internasional, nasional dan lokal.
  - b. Pembentukan tim koordinasi eliminasi tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota yang terdiri lintas sektoral.
  - c. Pembentukan tim penilai eliminasi malaria tingkat provinsi
  - d. Meningkatkan pembiayaan dalam upaya eliminasi malaria.
  - e. Membangun jejaring kerjasama antar kabupaten, provinsi, dan negara bertetangga.
  - f. Pembuatan peraturan daerah
  
- (2) Menjamin dan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan malaria yang berkualitas dan terintegrasi bagi seluruh penduduk Aceh.
  - a. Penyediaan pelayanan kesehatan kepada kelompok resiko tinggi dan miskin, serta masyarakat di daerah terpencil.
  - b. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, dimana setiap penderita demam harus diperiksa sediaan darah malaria menggunakan mikroskop.
  - c. Setiap penderita positif harus dilakukan investigasi kasus, penyelidikan epidemiologi dan survei kontak.
  - d. Pengawasan mobilitas penduduk yang datang dan pergi ke daerah endemis.
  - e. Setiap kasus positif malaria harus diobati dengan ACT + Primakuin (manajemen kasus dan pengobatan lengkap di lampiran).
  - f. Obat malaria tidak boleh dijual bebas, dan pembatasan distribusi obat malaria hanya pada pusat pelayanan kesehatan milik pemerintah.
  - g. Setiap darah donor harus di skrining malaria.
  - h. Praktek swasta yang menemukan penderita gejala klinis malaria harus merujuk ke unit pelayanan kesehatan terdekat (puskesmas atau rumah sakit).
  - i. Pembentukan tim investigasi kasus di tingkat kecamatan yang diketuai oleh kepala Puskesmas, pembentukan tim penyuluh dari tingkat kabupaten - kecamatan.
  - j. Pemberitahuan silang (*Cross notification*) kasus malaria di tanda tangani oleh Kepala Daerah (bentuknya surat ke negara atau daerah tetangga bila ada kasus positif impor).
  - k. Monitoring evaluasi dan sistem informasi.
  - l. Pengendalian vektor dan manajemen lingkungan.
  - m. Cakupan penuh dgn penyemprotan dinding rumah (IRS) utk semua fokus aktif (cakupan >85%)
  - n. Penguatan sistem surveilans kasus dan vektor.
  - o. Penguatan sistem database.
  
- (3) Meningkatkan partisipasi masyarakat, LSM dan organisasi lainnya dalam rangka mendukung peningkatan kemampuan masyarakat dalam eliminasi malaria.
  - a. Meningkatkan kesadaran, dan partisipasi masyarakat dalam mendukung program eliminasi malaria, baik pada pencegahan, surveilans, maupun pengendalian vektor dan tempat perindukan nyamuk.
  - b. Penggunaan tenaga sukarela dari masyarakat sebagai Juru Malaria Desa/Juru Malaria Lingkungan dengan tugas melakukan pencarian kasus, pengambilan darah, pengawasan minum obat. Tim investigasi melakukan survei kontak dan klasifikasi kasus.

- (4) Menjamin tersedianya sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang mendukung program eliminasi malaria secara efektif dan efisien.
- a. Melaksanakan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang sesuai standar dan kompetensi.
  - b. Adanya kualifikasi dan sistem kendali mutu bagi tenaga mikroskopis, entomologis, epidemiologis dan medis.

Bagi para pemegang kebijakan, pertanyaan – pertanyaan penting mengenai pembiayaan program eliminasi malaria seperti a) Perluasan tanggung jawab pemerintah daerah; b) Hal – hal apa yang didanai; c) Berapa; d) Sumber dana; e) Hal – hal apa yang sudah teranggarkan; f) Bagaimana mekanisme penganggaran; g) Bagaimana cara menjamin efisiensi anggaran.

### IV. 3. Langkah-Langkah

1. Tahap Pemberantasan
  - (A). Hasil yang harus dicapai sampai akhir 2010:
    - i. Penguatan sistem diagnosis laboratorium malaria di seluruh fasilitas kesehatan primer dan sekunder baik pemerintah maupun swasta.
    - ii. Penguatan sistem pengobatan malaria sesuai protokol nasional.
    - iii. Berdasarkan pencatatan dan pelaporan, setiap kabupaten membuat pemetaan stratifikasi malaria per desa dengan sistim stratifikasi HCI (API > 5%), MCI (API 1 - 5 %), dan LCI (API < 1%).
    - iv. Provinsi memiliki peta stratifikasi setiap kabupaten.
    - v. Berdasarkan peta stratifikasi, desa-desa HCI dan MCI di setiap kabupaten dilakukan penanganan malaria secara intensif (IRS untuk HCI, kelambu untuk HCI dan MCI, MFS, vector kontrol).
    - vi. Pemetaan vektor dan tempat perindukan vektor malaria tersedia untuk setiap kabupaten.
  - (B). Kebutuhan program untuk mencapai hasil:
    - i. Kelengkapan alat diagnosis pada pelayanan kesehatan primer dan sekunder, pemerintah maupun swasta, termasuk ketersediaan reagen secara berkesinambungan
    - ii. Ketersediaan ACT dan obat malaria lainnya di setiap pelayanan kesehatan primer dan sekunder, pemerintah maupun swasta
    - iii. Tersedianya petugas mikroskopis terlatih.
    - iv. Berjalannya sistim kendali mutu/*Quality Control* dan Jaminan kualitas/*Quality Assurance* mikroskopis (termasuk layanan pemerintah dan swasta).
    - v. Tersedianya protap penanganan malaria di pelayanan primer, protap rujukan, dan protap penanganan malaria berat
    - vi. Pencatatan dan pelaporan yang meliputi pelayanan pemerintah dan swasta.
    - vii. Intervensi intensif desa-desa HCI dan MCI
    - viii. Tersedianya tenaga entomologi terlatih di setiap kabupaten.
    - ix. Tersedianya alat entomologi di setiap kabupaten.
    - x. Surveillans pasif.
  - (C). Kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan:
    - i. Pelatihan menggunakan RDT bagi seluruh tenaga kesehatan di pelayanan Pustu/Polindes/pelayanan primer lain tanpa

- mikroskopis baik pemerintah maupun swasta.
- ii. Pelatihan mikroskopis bagi seluruh petugas mikroskopis Puskesmas, RS dan kabupaten (baik pelatihan dasar maupun pelatihan penyegaran setiap 6 bulan).
  - iii. Pelatihan tatalaksana kasus untuk seluruh tenaga kesehatan dan dokter.
  - iv. Pengobatan dengan obat anti malaria standar. (ACT+ primakuin): untuk semua kasus (falciparum dan non falciparum)).
  - v. Supervisi kendali mutu mikroskopis setiap 6 bulan ke Puskesmas endemis tinggi.
  - vi. Penyemprotan rumah pada daerah berisiko (desa HCI dan MCI), dengan cakupan yang tinggi (> 80%).
  - vii. Pelatihan manajemen program bagi seluruh Penanggungjawab malaria Kabupaten
  - viii. Pelatihan kemampuan monitoring dan evaluasi bagi seluruh Penanggungjawab malaria Puskesmas.
  - ix. Pembuatan peta stratifikasi per desa.
  - x. Orientasi seluruh petugas kesehatan dan masyarakat mengenai program pra – eliminasi.
  - xi. Pembentukan forum kemitraan gebrak malaria tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.
  - xii. Pembentukan tim penilai eliminasi malaria tingkat Provinsi.
  - xiii. Pelatihan entomologi bagi petugas kabupaten/Kota.
  - xiv. Survey entomologi untuk membuat peta vektor dan perindukan di setiap kabupaten
  - xv. Evaluasi pencapaian tahap pemberantasan per kabupaten dan perencanaan memasuki tahap pra-eliminasi.

(D). Indikator program:

- i. API Provinsi < 5 %.
- ii. % API Kabupaten/Kota yang <5 %.
- iii. SPR Provinsi < 5 %.
- iv. % kasus demam (suspek malaria) diperiksa laboratorium (RDT atau mikroskop).
- v. % kasus malaria positif diobati dengan terapi radikal.
- vi. % supervisi kendali mutu dilakukan oleh *gold standard*.
- vii. % rumah yang mendapat IRS di desa HCI dan MCI.
- viii. Proporsi tempat perindukan nyamuk potensial yang dilaporkan dan dilakukan kegiatan pengendalian vektor/ manajemen lingkungan terpadu.

2. Tahap Pra – eliminasi

(A). Hasil yang harus dicapai sampai akhir 2012:

- i. Setiap kasus malaria di Aceh dikonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskopis di Puskesmas dan RS; pemeriksaan dengan RDT di Pustu/Polindes/Bidan Desa, baik di pelayanan pemerintah maupun swasta.
- ii. Setiap kasus malaria positif terkonfirmasi laboratorium diobati radikal sesuai protokol nasional.
- iii. Setiap kasus malaria dinotifikasi, dilakukan penyelidikan investigasi epidemiologi, dan diregister ke dalam sistem data dan informasi.
- iv. Sistem data dan informasi eliminasi malaria dioperasikan termasuk sistem informasi geografis pada daerah fokus, kasus, vektor, isolasi parasit, dan kegiatan.

(B). Kebutuhan program untuk mencapai hasil:

- i. Melanjutkan kebutuhan program tahap pemberantasan.

- ii. Penyelidikan epidemiologi, dan investigasi kasus individu dan pengawasan lanjutan kasus individu sampai hari ke 28 untuk *Plasmodium falsiparum* dan hari ke 90 untuk *Plasmodium vivax*.
- iii. Penguatan sistem surveilan pasif, aktif dan migrasi.
- iv. Juru malaria desa/gampong terlatih tersedia di seluruh desa LCI.
- v. Kegiatan surveilans entomologi dan pengendalian vektor yang terfokus dan terpadu.
- vi. Sistem data dan informasi eliminasi malaria tersedia dan digunakan untuk pencatatan dan pelaporan.
- vii. Stratifikasi ulang per desa dan pemetaan vektor untuk membuat klasifikasi daerah fokus malaria.
- viii. Tersedianya peraturan daerah yang mengatur program eliminasi malaria.
- ix. Tersedianya peraturan pengawasan peredaran obat malaria.
- x. Tersedianya perjanjian lintas batas/ lintas negara.
- xi. Tersedianya kebijakan mengenai pemeriksaan dan pengobatan malaria gratis.

(C). Kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan:

- i. Pelatihan epidemiologi dan investigasi kasus bagi petugas puskesmas, dan kabupaten/kota.
- ii. Pelatihan surveilans aktif, migrasi dan pengoperasian sistem data dan informasi.
- iii. Melaksanakan penyelidikan epidemiologi bagi seluruh kasus positif.
- iv. Pemantauan lanjutan kasus malaria positif pada hari pertama, hari ke empat, hari ke tujuh, hari ke empatbelas, hari ke dua puluh satu, hari ke dua puluh delapan untuk *Plasmodium falsiparum* dan ditambahkan hari ke sembilan puluh untuk *Plasmodium vivax*
- v. Penanggulangan daerah fokus dengan penyemprotan/IRS, pembagian kelambu, pengendalian tempat perindukan nyamuk.
- vi. Mengatur dan mengawasi peredaran penjualan obat malaria selain ACT (klorokuin, fansidar) di warung-warung obat.
- vii. Penyebarluasan informasi dan penggerakan masyarakat dalam program eliminasi.
- viii. Evaluasi pencapaian tahap pra eliminasi dan perencanaan memasuki tahap eliminasi

(D). Indikator program:

- i. API Provinsi < 1 ‰.
- ii. % API Kabupaten/Kota yang <1 ‰.
- iii. SPR Provinsi < 5 %.
- iv. ABER > 10%
- v. % kasus demam (suspek malaria) diperiksa laboratorium (RDT atau mikroskop).
- vi. % kasus malaria positif diobati dengan terapi radikal.
- vii. % supervisi kendali mutu dilakukan oleh *gold standard*.
- viii. % daerah fokus yang ditanggulangi.
- ix. % penderita demam yang ditemukan secara aktif oleh Juru Malaria Desa/Gampong.
- x. % kasus malaria positif yang dilakukan penyelidikan epidemiologi dan survei kontak.
- xi. % kasus malaria positif yang diobati dan dilakukan pengawasan lanjutan sesuai prosedur tetap.
- xii. % pelaporan malaria sudah menggunakan sistem data dan

informasi eliminasi malaria.

Tahap Eliminasi:

(A). Hasil yang harus dicapai sampai akhir 2015:

Menghilangkan daerah fokus aktif dan menghentikan penularan setempat di satu wilayah, minimal kabupaten/kota, sehingga pada akhir tahap tersebut kasus penularan setempat (indigenous) nol (tidak ditemukan lagi).

(B). Kebutuhan program untuk mencapai hasil:

- i. Melanjutkan kebutuhan program tahap pra-eliminasi.
- ii. Setiap kasus malaria positif diperiksa genotip parasit.
- iii. Tersedianya sistem kewaspadaan dini pencegahan munculnya penularan malaria disebabkan oleh kasus impor.

(C). Kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan:

- i. Melanjutkan kegiatan – kegiatan tahap pra-eliminasi.
- ii. Pemeriksaan genotip parasit pada seluruh kasus positif malaria.
- iii. Pelatihan sistem kewaspadaan dini.
- iv. Pelaksanaan surveilan aktif melalui juru malaria desa/gampong.
- v. Pengawasan ketat surveilans migrasi untuk mencegah munculnya penularan malaria dari kasus impor.
- vi. Penanggulangan fokus dan individu dengan kasus malaria positif.
- vii. Penyebarluasan informasi dan penggerakan masyarakat dalam tahap pemerliharaan.
- viii. Memfungsikan Tim Monitoring Eliminasi Malaria di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- ix. Evaluasi pencapaian tahap eliminasi per kabupaten/kota, dan perencanaan persiapan tahap pemeliharaan serta pengajuan sertifikasi kepada tim penilai tingkat provinsi dan tingkat nasional.

(D). Indikator program:

Seluruh indikator program tahap pra – eliminasi, ditambah spesifik untuk eliminasi sebagai berikut:

- i. API Provinsi < 1 ‰.
- ii. API seluruh kabupaten/kota <1 ‰.
- iii. % kasus malaria yang berasal dari penularan setempat
- iv. % kasus malaria impor.
- v. % kasus malaria yang dilakukan genotipe.
- vi. Seluruh kabupaten/kota mempersiapkan laporan dan surat pengajuan sertifikasi eliminasi malaria ke tingkat provinsi dan nasional.

4. Tahap Pemeliharaan

- a. Bertujuan untuk mencegah munculnya kembali kasus dengan penularan setempat.
- b. Sasaran intervensi kegiatan dalam Tahap Pemeliharaan adalah individu kasus positif, khususnya kasus impor.
- c. Kegiatan tahap pemeliharaan dimulai setelah kabupaten/kota dan provinsi berhasil mendapatkan sertifikasi eliminasi malaria dari tingkat nasional, yang diatur dengan peraturan kemudian.

#### **IV. 4. Tugas Pemerintah Provinsi/Pemerintah Kabupaten/Kota, Lintas Sektor dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Nasional dan Internasional**

##### **A. Tugas Pemerintah Provinsi**

1. Menyusun strategi eliminasi malaria yang sesuai dengan program nasional sebagai penjabaran dari kebijakan daerah dan Qanun Bidang Kesehatan.
2. Melakukan sosialisasi, koordinasi dan advokasi kepada pemerintah kabupaten/kota, serta instansi/sector terkait dalam hal kebijakan Eliminasi malaria.
3. Membentuk tim eliminasi malaria yang bertugas melakukan integrasi dan sinkronisasi program/kegiatan dengan instansi/sector terkait.
4. Menggerakkan potensi sumber daya dalam mendukung pelaksanaan program eliminasi secara sinergis, baik yang berasal dari dalam negeri maupun luar negeri sesuai ketentuan perundangan.
5. Membina, dan mengawasi program eliminasi malaria dalam Provinsi Aceh.
6. Sosialisasi dan menggerakkan potensi sector swasta, LSM/NGO, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, dan organisasi lain yang terkait.
7. Bersama pemerintah kabupaten/kota melakukan peningkatan kemampuan sumber daya manusia dalam eliminasi malaria.
8. Bersama pemerintah kabupaten/kota menyediakan dan mendistribusikan sarana/prasarana dalam upaya eliminasi malaria, termasuk penanggulangan KLB, dampak bencana dan pengungsian..
9. Melaksanakan Sistem Kewaspadaan Dini, serta mengembangkan jejaring Surveilans Epidemiologi dan Sistem Informasi Malaria.
10. Melaksanakan pemantauan efikasi obat dan resistensi vektor.
11. Melaksanakan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pencapaian status eliminasi serta laporan epidemiologi malaria setiap 3 bulan dan tahunan dengan melibatkan semua unsur terkait.
12. Menyampaikan laporan tahunan tentang pelaksanaan dan pencapaian program eliminasi malaria di Provinsi Aceh kepada Menteri Kesehatan RI.

##### **B. Tugas Pemerintah Kabupaten/Kota:**

1. Menyusun strategi operasional eliminasi malaria yang sesuai dengan kebijakan nasional.
2. Melakukan sosialisasi, dan koordinasi kepada pemerintah kecamatan dan desa, serta instansi/sector terkait dalam hal kebijakan eliminasi malaria.
3. Membentuk tim eliminasi malaria yang bertugas melakukan integrasi dan sinkronisasi program/kegiatan dengan instansi/sector terkait.
4. Menggerakkan potensi sumber daya dalam mendukung pelaksanaan program eliminasi secara sinergis, baik yang berasal dari dalam negeri maupun luar negeri sesuai ketentuan perundangan.
5. Membina, dan mengawasi program eliminasi malaria dalam wilayah kabupaten/kota.
6. Sosialisasi dan menggerakkan potensi sector swasta, LSM/NGO, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, dan organisasi lain yang terkait.
7. Bersama Pemerintah Provinsi melakukan peningkatan kemampuan sumber daya manusia dalam eliminasi malaria.
8. Bersama Pemerintah Provinsi menyediakan dan mendistribusikan sarana/prasarana dalam upaya eliminasi malaria, termasuk penanggulangan KLB, dampak bencana dan pengungsian..
9. Melaksanakan Sistem Kewaspadaan Dini, serta mengembangkan jejaring Surveilans Epidemiologi dan Sistem Informasi Malaria.

10. Melaksanakan pemantauan efikasi obat dan resistensi vektor.
11. Melaksanakan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pencapaian status eliminasi serta laporan epidemiologi malaria setiap 3 bulan dan tahunan.
12. Menyampaikan laporan tahunan tentang pelaksanaan dan pencapaian program eliminasi malaria di kabupaten/kota kepada Gubernur Aceh.

C. Tugas Lintas Sektor

Dalam upaya eliminasi malaria, lintas sektor memegang peran yang sangat penting. Karena permasalahan malaria sangat erat kaitannya dengan lingkungan dan perilaku masyarakat. Berikut ini bagan peran dari lintas sektor dalam mendukung program Eliminasi malaria.

#### D. Tugas Sektor Swasta, LSM dan Donor

Sektor swasta, LSM, CBO, FBO, lembaga donor, Organisasi Profesi dan Organisasi kemasyarakatan lainnya berperan sebagai mitra pemerintah melalui forum Gebrak Malaria dalam mendukung secara aktif pelaksanaan upaya eliminasi malaria termasuk proses perencanaan dan evaluasinya.

Peran sektor swasta, *civil society* dan lembaga donor dalam upaya eliminasi malaria dilaksanakan dengan mengedepankan unsur-unsur kemitraan, kesetaraan, komunikasi, akuntabilitas, dan transparansi yang diatur dengan perjanjian kerjasama/Nota Kesepahaman (Memorandum of Understanding) dan Nota Kesepakatan (Memorandum of Agreement).

Dalam operasional pelaksanaan kegiatannya disesuaikan dengan visi, misi, tugas/fungsi, dan kemampuan dari sektor terkait, swasta, *civil society* serta lembaga donor yang bersangkutan disesuaikan dengan upaya eliminasi malaria.

#### E. Peran Masyarakat

Masyarakat memegang peranan penting dalam mencapai eliminasi malaria dan memelihara kondisi eliminasi malaria. Peran masyarakat dalam eliminasi malaria seperti surveilans aktif dan migrasi dengan melibatkan JMD/JML yang berasal dari penduduk daerah setempat untuk mencari penderita malaria sedini mungkin dan menggerakkan masyarakat dalam pencegahan, pencarian kasus dan pengendalian vektor malaria di lingkungan tempat tinggalnya.

Masyarakat juga harus berpartisipasi aktif dalam memutuskan penularan malaria di tempat tinggalnya, dengan terlibat dalam kegiatan skrining darah jari yang dilakukan oleh petugas berwenang apabila ditemukan kasus positif malaria di sekitar tempat tinggalnya; melakukan kegiatan pencegahan malaria dengan melindungi diri dan keluarga dari gigitan nyamuk seperti menggunakan kelambu dan penyemprotan dinding rumah.

Berikut ini contoh di Sabang peran dan tugas JMD/JML:

##### **Peran:**

1. Mengajak dan membantu masyarakat dalam pengendalian nyamuk (vektor).
2. Mencari kasus demam dan pengawasan minum obat malaria dilingkungan binaannya.
3. Mencatat dan mengaktifkan pemakaian kelambu.

**Tugas bulanan:**

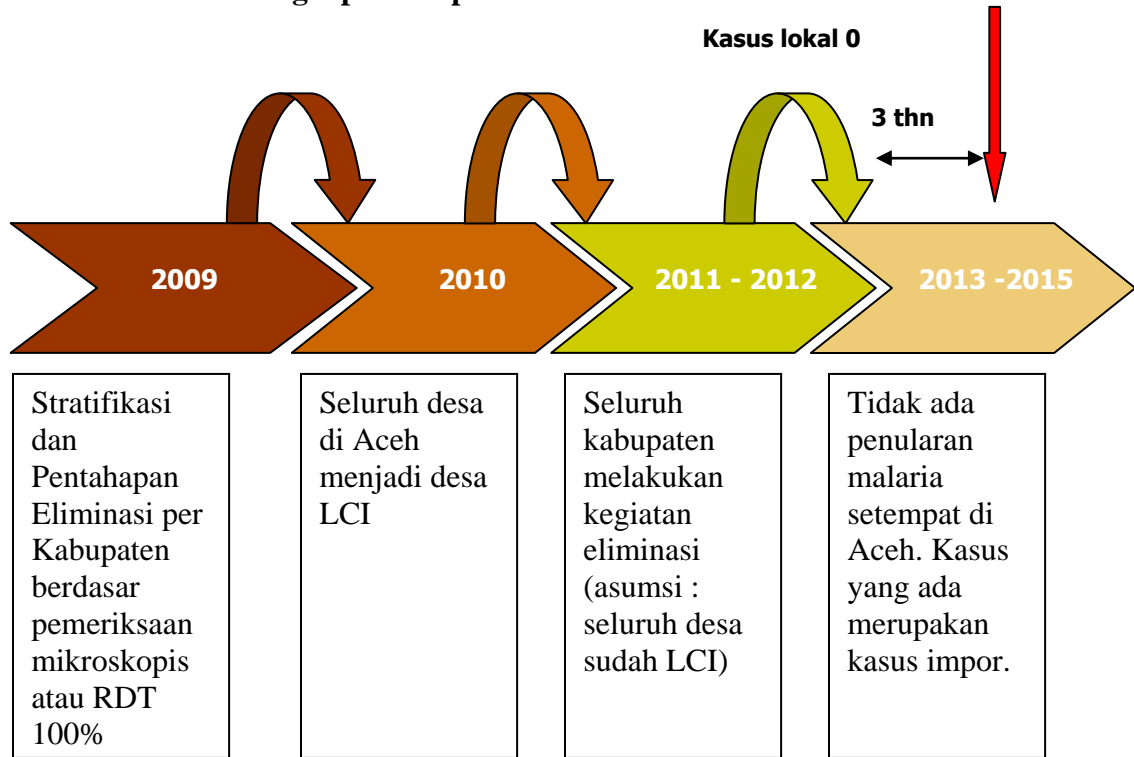
1. Memberikan informasi secara aktif ke masyarakat mengenai malaria, pencegahan, pengendalian nyamuk (vektor) dan peran JML di lingkungan masing – masing.
2. Membuat jadwal kunjungan rumah untuk satu bulan sesuai kriteria wilayah lingkungan binaannya.
3. Membuat laporan bulanan dan menyerahkan laporan kepada KJML/Petugas surveilan Puskesmas dengan melampirkan buku harian yang telah disalin ke dalam formulir bulanan.
4. Menghadiri pertemuan rutin bulanan di Puskesmas.
5. Bekerjasama dan membantu tokoh masyarakat untuk pengendalian nyamuk, pembersihan tempat perindukan, pengaliran genangan air dan pengawasan jentik.

**Tugas Harian:**

1. Mengunjungi rumah penduduk sesuai jadwal kunjungan.
2. Mengambil darah jari penderita demam dan membuat sediaan darah dari penduduk di lingkungan binaannya.
3. Mengirimkan sediaan darah ke puskesmas untuk diperiksa (apabila waktu pengambilan darah siang/sore, sediaan darah paling lambat dikirimkan ke Puskesmas keesokan hari pada waktu pagi).
4. Menyerahkan obat sesuai perintah dokter/perawat/bidan.
5. Membantu pengawasan minum obat malaria.
6. Mengambil darah ulang pada penderita malaria sesuai hari yang ditentukan.
7. Mencatat kasus malaria yang ditemukan berdasarkan nama, umur, jenis kelamin, dan alamat lengkap.
8. Mencatat penderita demam bagi penduduk yang baru datang dari luar desa, luar pulau Sabang.
9. Mengambil darah jari penderita demam pada penduduk yang datang dan kembali ke Sabang.
10. Melihat dan mencatat kelambu yang ada di masyarakat, apakah dipakai atau tidak.

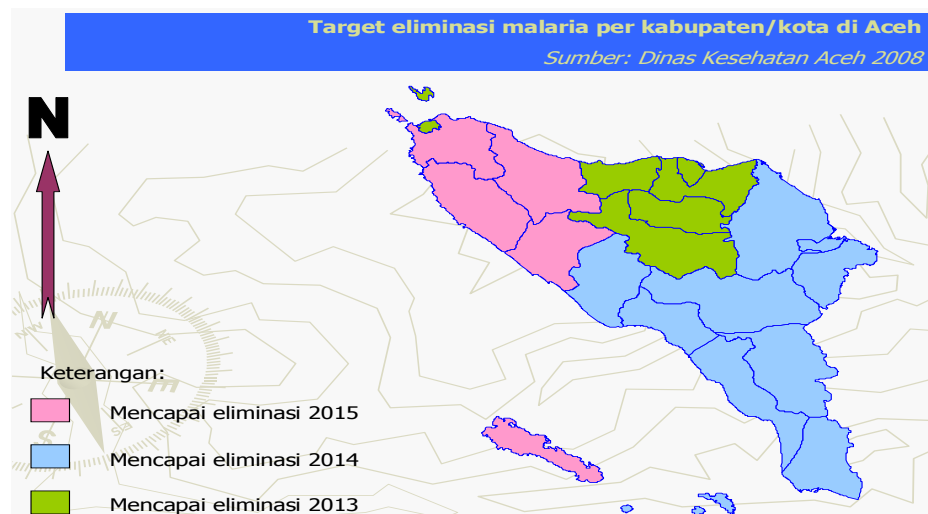
#### IV. 5. Target Pencapaian Eliminasi Malaria.

Gambar 4. Target pentahapan eliminasi di malaria Provinsi Aceh

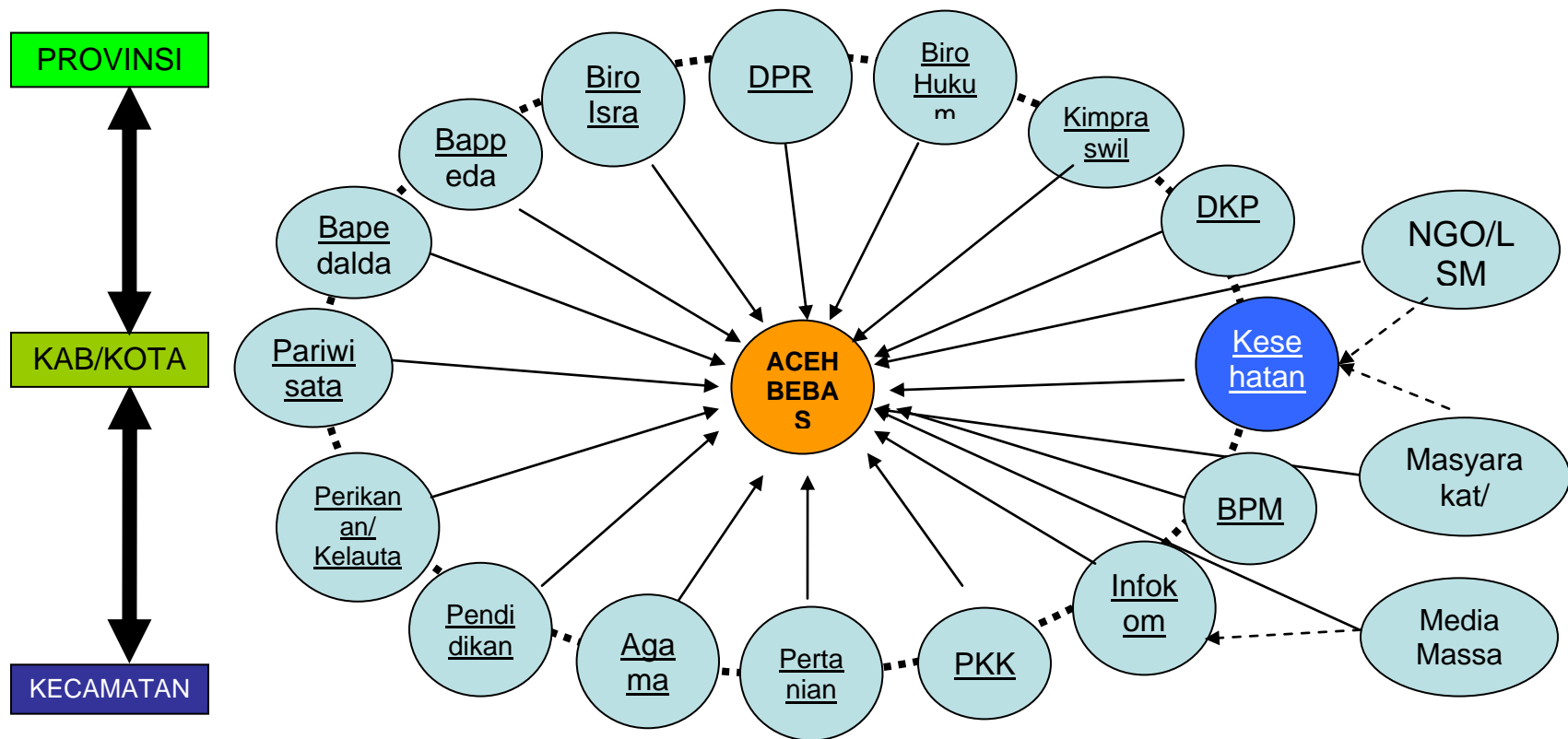


Penterjemahan dari pentahapan eliminasi malaria di Provinsi Aceh, maka mulai tahun 2013, 7 Kabupaten/Kota sudah mencapai eliminasi; 2014 diikuti oleh 8 Kab/Kota dan pada tahun 2015, seluruh Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh sudah dinyatakan bebas Malaria.

Gambar 5.



Gambar 6. Peran Pemerintah, Lintas Sektor dan Masyarakat dalam upaya Eliminasi malaria



## V. MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi adalah proses kegiatan untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan upaya eliminasi malaria agar dapat diketahui sampai sejauh mana kegiatan tersebut dapat dilaksanakan, yaitu:

1. Menilai kemajuan dan kualitas implementasi upaya eliminasi malaria dari aspek operasional program dan indikator dampak dan atau proses.
2. Menilai perubahan indikator epidemiologi dari pelaksanaan kegiatan.
3. Mengawasi adanya hambatan, permasalahan, juga kemungkinan adanya penyimpangan dalam pelaksanaan upaya program eliminasi malaria dengan interpretasi hasil yang tepat dan untuk menginformasikan revisi kebijakan, dan strategi.
4. Dokumentasi pencapaian dan kemajuan eliminasi malaria.

Beberapa indikator yang diperlukan untuk menuju eliminasi malaria di Provinsi Aceh tahun 2015 adalah:

- % kasus positif malaria yang telah diklasifikasi menurut kasus (akibat penularan setempat, import dari luar daerah, kambuh dan lain-lain) setiap tahun.
- % desa fokus malaria yg telah diklasifikasikan menurut fokus yang baru atau fokus yang lama dan ditanggulangi setiap tahun.
- % kasus positif malaria yang telah dilakukan penyelidikan kasus setiap tahun.
- Fasilitas laboratorium malaria yang telah mengikuti sistem pemantapan mutu dan mendapatkan pelatihan penyegaran setiap tahun.

Dalam pelaksanaannya dituangkan pada dokumen perencanaan monitoring dan evaluasi serta didukung oleh data yang dihimpun dari berbagai sumber:

1. Rencana kerja triwulan/ semester/ tahunan dan laporannya.
  2. Laporan rutin pelaksanaan kegiatan upaya pengendalian malaria (manajemen program, pencegahan faktor resiko, tatalaksana kasus, logistik dan keuangan).
  3. Kunjungan lapangan secara berkala.
- Dalam pelaksanaannya pelaporan meliputi: situasi penyakit, kinerja program, dan akuntabilitas yang dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan format dan ketentuan yang berlaku.

**Tabel 10. Kerangka monitoring dan evaluasi untuk fase pra – eliminasi dan eliminasi malaria.**

Komponen	Kegiatan	Indikator	Target
Legislasi, komitmen politik	Komitmen Politik	☞ Pedoman eliminasi malaria diresmikan oleh pemerintah.	☞ Ada
		☞ Regulasi/ Peraturan Daerah tersedia.	☞ Ada
☞ Tersedianya pendanaan lokal untuk program malaria.		☞ Alokasi dana	
	Kerjasama regional/ lintas daerah	☞ Tersedianya kesepakatan lintas batas.	☞ Ada
		☞ Adanya bukti kerjasama lintas	☞ Ada

		daerah/ provinsi/ negara.	
	Kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Kebijakan pengobatan malaria.</li> <li>☞ Kebijakan diagnosis dan pengobatan malaria gratis bagi penderita.</li> <li>☞ Regulasi peredaran obat anti malaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Ada</li> <li>☞ Ada</li> <li>☞ Ada</li> </ul>
Epidemiologi	Stratifikasi	Tersedianya pemetaan stratifikasi malaria per desa/ lingkungan.	
	Investigasi fokus	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Jumlah fokus aktif dilaporkan per tahun.</li> <li>☞ Proporsi fokus dilaporkan yang diinvestigasi lengkap.</li> <li>☞ Proporsi fokus dilaporkan diklasifikasi secara benar.</li> <li>☞ Jumlah kasus di fokus.</li> <li>☞ Total penduduk beresiko di fokus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 100%</li> <li>☞ 100%</li> <li>☞ 100%</li> </ul>
Surveillans	Sistem surveillans malaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Ketepatan waktu (<i>timeliness</i>): waktu antara diagnosis, pelaporan, dan investigasi.</li> <li>☞ Kelengkapan (<i>completeness</i>): proporsi kasus dilaporkan ke sistem database surveillans.</li> </ul>	☞
	Keterlibatan sektor swasta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Tersedianya protokol bagi fasilitas kesehatan swasta.</li> <li>☞ Proporsi fasilitas kesehatan swasta dilaporkan ke sistem database surveillans.</li> </ul>	☞ 100%
	Pencatatan, pelaporan beban malaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Total jumlah kasus dilaporkan per tahun.</li> <li>☞ Proporsi kasus dilaporkan yang diinvestigasi penuh.</li> <li>☞ Jumlah kasus yang diklasifikasi.</li> </ul>	☞ 100%
Tatalaksana kasus	Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Proporsi kasus terkonfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium (Mikroskop atau RDT).</li> <li>☞ Proporsi kasus terkonfirmasi dengan pemeriksaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 100%</li> <li>☞ 100%</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ mikroskop).</li> <li>➤ Berjalannya sistem supervisi kendali mutu (<i>Quality control/ quality assurance</i>) pemeriksaan mikroskopis.</li> </ul>	
	Pengobatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporsi kasus malaria mendapat terapi radikal sesuai standar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 100%</li> </ul>
Pengendalian vektor	IRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jumlah dan proporsi rumah berisiko yang mendapat IRS.</li> <li>➤ Jumlah dan proporsi fokus aktif dilaporkan yang mendapat IRS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &gt; 90% (tetapi jumlah rumah tangga berisiko harus terus turun)</li> <li>➤ &gt; 90%</li> </ul>
	Pengendalian jentik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporsi tempat perindukan nyamuk potensial yang dilakukan kegiatan pengendalian jentik lainnya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &gt;90%</li> </ul>
Surveillans entomologi	Larvasiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporsi tempat perindukan potensial positif jentik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &lt;5%</li> </ul>

Tabel indikator mencapai eliminasi malaria

Indikator Input	Indikator Proses	Indikator Output	Indikator Outcome
Proporsi Kabupaten yang mempunyai peta stratifikasi malaria kecamatan?	Proporsi kasus demam (suspek malaria) diperiksa laboratorium (RDT atau mikroskop) dari ACD+PCD+Survey?	ABER	API (Rutin Puskesmas)
Proporsi puskesmas yang mempunyai peta stratifikasi malaria desa?	Proporsi kasus malaria positif diobati dengan terapi radikal (ACT+ primakuin): untuk semua kasus (falciparum dan non falciparum).	SPR (rutin Puskesmas)	API seluruhnya
Proporsi Kabupaten yang memiliki tenaga asisten entomologi?	% supervisi kendali mutu dilakukan oleh <i>gold standard</i> .	SPR (Rutin, RS, MBS/MFS)	AMI (definisi AMI sesungguhnya)

Proporsi Puskesmas yang memiliki tenaga co-asisten entomologi?	% rumah yang mendapat IRS di desa HCI dan MCI.	PR	AMI (keepakatan Depkes)
Proporsi kabupaten yang memiliki tenaga gold standar mikroskopis?	% bumil yang mendapat kelambu pada kunjungan K1	Proporsi desa HCI	CFR
Proporsi puskesmas yang memiliki tenaga mikroskopis?	Proporsi penderita positif malaria yang dilakukan penyelidikan epidemiologi?	Proporsi desa MCI	Proporsi Kasus Malaria Setempat (Indigenous)
Proporsi Kab/kota yang mengganggu malaria dari APBK atau sumber2 lain di kab/kota?	Proporsi penderita malaria yang dilakukan pengawasan lanjut ( <i>follow up</i> ) sesuai standar	Proporsi desa LCI	
Proporsi Kabupaten dan Puskesmas yang memiliki mikroskop?	Proporsi tenaga mikroskopis Puskesmas dan Kab/kota yang tersertifikasi mikroskopis?	Proporsi desa kriteria A	
Proporsi Kabupaten dan Puskesmas yang tersedia obat ACT, Kina, Primakuin cukup?	Proporsi Kabupaten & Puskesmas asisten entomologi terlatih?	Proporsi desa kriteria B	
Proporsi RS yang tersedia obat injeksi ACT, Kina dan tablet ACT, Kina, Primakuin cukup?	Proporsi kabupaten yang memiliki pengelola malaria terlatih manajemen program?	Proporsi desa kriteria C	
Proporsi	Proporsi petugas	Proporsi	

Kabupaten yang mempunyai alat IRS dan insektisida?	mikroskopis Puskesmas, RS dan kabupaten yang dilatih mikroskop?	kab/kota yang sudah membentuk tim eliminasi tingkat Kabupaten/Kota?	
Proporsi Kabupaten yang mempunyai larvasida?	Jumlah tenaga kesehatan di pelayanan Pustu/Polindes/PKM pemerintah maupun swasta yang dilatih penggunaan RDT?	Proporsi Kab/kota yang mempunyai perda/perwa/SK bupati/walikota eliminasi malaria?	
Jumlah dokter	Jumlah tenaga kesehatan dan dokter yang dilatih tata laksana kasus malaria?	Proporsi desa kriteria D	
Jumlah petugas malaria	Jumlah petugas malaria kab/kota atau Puskesmas yang dilatih manajemen program malaria??	Proporsi P.falsiparum + Mix	
Jumlah bidan	Jumlah petugas malaria Puskesmas yang dilatih surveilans dan monev malaria?	Proporsi P.vivax	
Jumlah perawat	Jumlah tenaga kesehatan di pelayanan Pustu/Polindes/PKM pemerintah maupun swasta yang dilatih penggunaan RDT?	Proporsi gagal obat	
	% petugas kesehatan, masyarakat, pemangku kebijakan yang sudah terorientasi mengenai program pra – eliminasi dan eliminasi malaria??		

## VI. PEMBIAYAAN

Untuk mendukung program eliminasi malaria, semua instansi dan sektor terkait merencanakan anggaran yang diajukan setiap periode/ tahun sesuai dengan tugas dan fungsi pokok dan rencana kegiatan yang akan dilaksanakan. Dinas kesehatan berperan membantu mengidentifikasi peran dari masing masing Instansi dan sektor terkait melalui forum Gebrak Malaria.

Pembiayaan diupayakan melalui sumber-sumber APBN, APBA, bantuan dari lembaga donor, UNICEF, WHO, LSM nasional dan internasional serta sumber-sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

**Tabel 11. Perkiraan pembiayaan untuk program malaria 2009 - dst**

Tahun	Jumlah Dana (dalam rupiah)	Jumlah Dana (dalam US \$) 1 US \$ = Rp 10.000,-
2009	Rp 25.000.000.000,-	\$ 2.500.000,-
2010	Rp 35.000.000.000,-	\$ 3.500.000,-
2011	Rp 50.000.000.000,-	\$ 5.000.000,-
2012	Rp 42.000.000.000,-	\$ 4.200.000,-
2013	Rp 35.000.000.000,-	\$ 3.500.000,-
2014	Rp 25.000.000.000,-	\$ 2.500.000,-
2015	Rp 15.000.000.000,-	\$ 1.500.000,-
2016	Rp 10.000.000.000,-	\$ 1.000.000,-
2017	Rp 10.000.000.000,-	\$ 1.000.000,-
2018	Rp 10.000.000.000,-	\$ 1.000.000,-
Dan seterusnya	Rp 7.000.000.000,-	\$ 700.000,-

## VII. PENUTUP

Demikianlah petunjuk teknis program eliminasi malaria ini disusun untuk dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan eliminasi malaria di Provinsi Aceh.



The image shows the official seal of the Governor of Aceh, which is a circular emblem containing the Garuda Pancasila and the text 'GUBERNUR ACEH'. Overlaid on the seal is a handwritten signature in black ink. Below the signature, the name 'IRWANDI YUSUF' is printed in blue capital letters.