THE ACCESS AND
DELIVERY PARTNERSHIP

New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs

Strategi nasional riset implementasi/ operasional untuk mendukung pencegahan dan pengendalian

Tuberkulosis, Malaria dan Neglected Tropical Diseases

2016–2019

National Institute of Health Research and Development
Ministry of Health, Republic of Indonesia

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF • UNDP • World Bank • WHO

From the People of Japan

Attribution Non Commercial Share Alike (CC BY-NC-SA 3.0)

This license lets users remix, tweak, and build upon the work non-commercially and on the condition that any new works that uses this content must also carry the same CC-BY-NC-SA license. The National Institute of Health Research and Development (NIHRD), Ministry of Health, Republic of Indonesia must be clearly credited as the owner of the work. Any use of the content for commercial purposes or in products that do not carry this license requires the written approval of NIHRD. Please contact: sesban@litbang.depkes.go.id.

Editing and design by Inís Communication – www.iniscommunication.com

THE ACCESS AND DELIVERY PARTNERSHIP

New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs

Strategi nasional riset implementasi/ operasional untuk mendukung pencegahan dan pengendalian

Tuberkulosis, Malaria dan Neglected Tropical Diseases

2016–2019

Kata Pengantar

Strategi riset implementasi/operasional pencegahan dan pengendalian TB, Malaria dan *Neglected Tropical Diseases* (NTDs) di Indonesia tahun 2016–2019 merupakan dokumen yang berisi kerangka dan agenda riset implementasi terkait penyakit TB, Malaria, Kusta, Frambusia, Filariasis, Schistosomiasis dan Kecacingan. Strategi ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perencanaan, pelaksanaan dan penguatan kapasitas riset implementasi untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian penyakit-penyakit tersebut di Indonesia.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merupakan lembaga yang memimpin pelaksanaan program pada jalur 2 *Access and Delivery Partnership di Indonesia*. Adapun fokus jalur 2 ini adalah meningkatkan kapasitas untuk riset implementasi di Indonesia. Kegiatan ini sesuai dengan mandat yang dimiliki oleh Balitbangkes melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 64 tahun 2015, yaitu melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan dengan salah satu fungsi untuk menyusun kebijakan teknis penelitian di bidang biomedik dan epidemiologi klinik, upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, serta sumber daya manusia dan humaniora kesehatan. Oleh karena itu, riset implementasi merupakan salah satu cara untuk mengkaji kesenjangan antara kebijakan yang telah dibuat dengan pelaksanaannya di lapangan. Hal ini sejalan dengan prinsip pendekatan yang diterapkan oleh Balitbangkes, yaitu *Client Oriented Research Activities* (CORA).

Proses penyusunan strategi riset implementasi ini telah melibatkan para peneliti baik di lingkungan Balitbangkes, pelaksana program dibawah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kemenkes RI serta para akademisi. Selanjutnya diharapkan agenda riset yang dijabarkan di dalam strategi riset implementasi ini dapat dilaksanakan oleh para pemangku kepentingan.

Saya mengucapkan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan strategi riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria dan NTD di Indonesia tahun 2016–2019. Semoga strategi riset implementasi ini mendapatkan berkah dari Tuhan Yang Maha Esa.

Kepala
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Dr. Siswanto, MPH, DTM

Penghargaan

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (BALITBANGKES) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memberikan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak Agus Suprapto, selaku Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes yang telah memimpin proses penyusunan dokumen ini. Tim inti penyusunan strategi riset implementasi yaitu: Bapak Felly Senewe (Kepala Bidang Penyakit Menular dan Tidak Menular, Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat), Ibu Rita Djupuri (Kepala Subdit Penyakit Tropis Menular Langsung), Bapak Dasuki (Puslitbang UKM), Bapak Roy Nusa (Puslitbang UKM), Ibu Lamria Pangaribuan (Puslitbang UKM), Ibu Helena Ullyartha (Subdit Filariasis dan Kecacingan), Bapak Sulstiyo (Subdit TB), Bapak Rahmad Isa (Subdit Malaria) Ibu Marti Kusumaningsih (Subdit Malaria) yang telah bekerja keras dalam proses penyusunan dokumen ini.

Penghargaan juga diberikan kepada para peserta workshop penyusunan strategi riset implementasi yang diadakan di Jakarta yaitu: Ibu Vensya Sitohang, Direktur Pencegahan dan Pengendalian Tular Vektor dan Zoonotik, Ibu Sitti Ganefa (Kepala Subdit Filariasis dan Kecacingan), Bapak Pandu Riono (TORG/ FKM UI), Ibu Agnes Kurniawan (Parasitologi FKUI), Ibu Retno Budiati (Subdit TB), Bapak Surjana (Subdit TB), Bapak Sumanto Simon (Subdit TB), Ibu Erlina Burhan (PDPI), Bapak Sudjianto Kamso (FKM UI), Ibu Dina Lolong (Balitbangkes), Ibu Nastiti Rahajoe, Bapak Setiawan Djati Laksono (WHO), Ibu Tania Supali, Bapak Fadjar Satriya, Bapak Jastal (Balitbangkes), Bapak Chairil Anwar (FK UNSRI), Bapak Agus Purwadianto, Ibu Emilia Citra (Balitbangkes), Bapak Soedomo, Bapak Dewa Made Angga (Subdit Malaria), Bapak Ferdinand Laihad, Bapak Supargiyono, Bapak I Nyoman Kandun (FETP), Ibu Erna Juwita Nelwan (FKUI), Ibu Emmy Sjamsoe, Ibu Diah Fita Sari, Ibu Rosmini Day (WHO), Bapak Hariadi Wibisono, Ibu Prima Kartika Esti, Ibu Astrid Sulistomo dan Ibu Dewi Novianti (WHO).

Kontribusi dari para ahli yang mengikuti survey *Delphi* untuk melengkapi strategi riset implementasi ini dari bidang TB yaitu: Bapak Asik Surya, Ibu Nastiti Rahayu, dan Bapak Sardikin Giriputro. Kemudian untuk bidang malaria adalah: Ibu Rita Kusriatuti, Bapak Iqbal Elyazar dan Ibu Maria Endang Sumiwi. Juga para ahli dari bidang Kusta dan Frambusia: Ibu Erdina Pusponegoro, Bapak Firmansyah Arif, Bapak Hardyanto Soebono dan Bapak Tri Yunis Miko Wahyono. Kontribusi dari para ahli filariasis, schistosomiasis dan helminthiasis yaitu: Bapak Dicky Tahapary, Bapak Saktiyono, dan Bapak Saleha Sungkar.

Tidak lupa diberikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya untuk para fasilitator dari Pusat Kedokteran Tropis, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada yaitu: Bapak Yodi Mahendradhata, Ibu Ari Probandari, Ibu Trisasi Lestari dan Bapak John Prawira.

Dokumen ini didanai dan difasilitasi oleh Access and Delivery Partnership (ADP) melalui TDR, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, yang merupakan kerja sama antara UNICEF, UNDP, World bank dan WHO.

Tentang Access and Delivery Partnership

Berbagai pendekatan baru dan kerja sama untuk mengatasi kesenjangan global dalam hal riset, pengembangan, dan akses terhadap pengobatan telah dilakukan sebagai dampak dari penyakit tuberkulosis (TB), malaria dan neglected tropical diseases (NTDs) terhadap hasil pembangunan. Salah satu inisiatif untuk masalah ini adalah kerja sama strategis antara Pemerintah Jepang dan United Nations Development Programme (UNDP). Inisiatif ini mempromosikan riset dan pengembangan, dan mempercepat akses dan penggunaan teknologi kesehatan untuk menangani TB, malaria dan NTD. Kerja sama ini terdiri atas dua komponen yang merefleksikan tujuan strategis Pemerintah Jepang dan UNDP dalam kesehatan global:

The **Global Health Innovative Technology** (**GHIT**) **Fund**, yang memiliki fokus untuk mempromosikan inovasi dan riset melalui pengembangan obat-obatan, alat diagnostik dan vaksin untuk TB, malaria dan NTDs. GHIT Fund mendukung riset dan pengembangan teknologi kesehatan yang baru melalui pembiayaan riset dan pengembangan produk. Kerja sama ini dilakukan antara organisasi-organisasi yang berbasis di Jepang maupun yang di luar Jepang.

The **Access and Delivery Partnership** (**ADP**), yang bertujuan untuk membantu negara-negara berpenghasilan rendah dan sedang low-and middle-income countries (LMICs) meningkatkan kapasitasnya dalam akses, penggunaan dan pengenalan teknologi kesehatan baru untuk TB, malaria dan NTDs.

ADP adalah suatu kolaborasi yang unik antara UNDP, TDR (program khusus untuk riset dan pelatihan dalam bidang penyakit tropis, yang didukung oleh UNICEF, UNDP, World Bank dan WHO), dan PATH. Kolaborasi ini dipimpin oleh UNDP. Para mitra dalam proyek ini saling bekerja sama untuk meningkatkan kapasitas LMICs melalui penyediaan keahlian teknis yang berbeda-beda. ADP menekankan kegiatan konsultasi, kolaborasi dan implementasi bersama mitra pemerintah dan pemangku kepentingan untuk mengembangkan kapasitas LMIC dalam mengakses dan memperkenalkan teknologi-teknologi baru.

Teknologi baru dalam konteks ini didefinisikan sebagai obat-obatan, alat diagnostik dan vaksin untuk pencegahan dan pengobatan TB, malaria, dan NTD, yang belum tersedia di pasaran negara-negara LMICs. Pengenalan teknologi kesehatan baru dapat membebani sistem kesehatan yang ada, seperti persyaratan dan peraturan untuk obat baru, suplai dan distribusi, serta pelatihan tenaga kesehatan. Oleh karena itu ADP akan berfokus untuk menyediakan para pemangku kepentingan di LMICs dengan keahlian yang diperlukan untuk mengembangkan sistem dan proses untuk mengakses teknologi kesehatan baru bagi masyarakat.

ADP adalah proyek lima tahun yang dimulai dari April 2013 sampai dengan Maret 2018.

THE ACCESS AND DELIVERY PARTNERSHIP

New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs

From the People of Japan

Daftar Istilah

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
B/BTKL PP	Balai / Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit
Balitbangkes	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (National Institute of Health Research and Development)
BTA	Basil Tahan Asam (Acid Fast Bacilli)
CSR	Corporate Social Responsibilities
DM	Diabetes Mellitus
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
eSISMAL	Sistem Informasi Malaria berbasis komputer
G6PD	Glucose 6 Phophodehydrogenase
GFATM	Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria
GNNTD	Global Network for Neglected Tropical Diseases
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
IPT	Isoniazid Preventive Therapy
IRS	Indoor Residual Spraying
ISTC	International Standard for Tuberculosis Care
ITN	Insecticide Treated Nets
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Konseling, Informasi dan Edukasi
Lapas	Lembaga Pemasyarakatan
LF	Limfatik Filariasis
LLINs	Long Lasting Insecticidal Nets
LPDP	Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (Indonesia Endowment Fund for Education)
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
M&E	Monitoring dan Evaluasi
MDA	Mass Drug Administration
MDR-TB	Multi-drug resistance Tuberculosis
MDT	Mass Drug Therapy
Menkes	Menteri Kesehatan
NTD	Neglected Tropical Diseases
NTT	Nusa Tenggara Timur
OYPMK	Orang yang pernah mengalami kusta
PCR	Polimerase Chain Reaction
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
Pokja	Kelompok kerja
POPM	Pemberian Obat Pencegahan Masal
PU	Pekerjaan Umum (Kementerian)
RDT	Rapid Diagnostic Test
RFT	Reselase from treatment
RS	Rumah Sakit
Rutan	Rumah tahanan
SDM	Sumber Daya Manusia
SIHA	Sistem Informasi HIV/AIDS
SISMAL	Sistem Informasi Malaria
SITT	Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu
SMS	Short Message Services
SOP	Standard Operating Procedure
STH	Soil Transmitted Helminths
TB	Tuberkulosis
TB-HIV	Tuberculosis and HIV co-infection
TORG	Tuberkulosis Operational Research Group
UNDP	United Nations Development Programme
WHO	World Health Organization
WHO-TDR	Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases
Xpert MTB/ RIF	GeneXpert to diagnose Mycobacterium Tuberculosis and resistance to rifampicin
Yankes	Pelayanan Kesehatan (Direktorat Jenderal Kementerian Kesehatan)

Daftar Isi

Kata Pengantar ii

Penghargaan iii

Tentang Access and Delivery Partnership iv

Daftar Istilah v

1. Pendahuluan 2

1.1. Riset Implementasi dan riset operasional 3

1.2. Proses penyusunan strategi 3

2. Analisis Kesenjangan 5

2.1. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Tuberkulosis 5

2.2. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Malaria 10

2.3. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Kusta 16

2.4. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Frambusia 18

2.5. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Filariasis Limfatik 20

2.6. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Schistosomiasis 22

2.7. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Helminthiasis 25

3. Agenda Prioritas Riset Implementasi 28

3.1. Pemilihan panel pakar ahli 28

3.2. Tujuan survei Delphi 29

3.3. Jalannya survey 29

3.4. Hasil survei 29

3.5. Agenda prioritas riset implementasi/operasional 30

4. Penguatan Kapasitas, Jejaring, dan Pembiayaan Riset Implementasi 35

4.1. Kapasitas Riset Implementasi 35

4.2. Kesenjangan Kapasitas Riset Implementasi 35

4.3. Penguatan Kapasitas Riset Implementasi 36

4.4. Jejaring Riset Implementasi 36

4.5. Pembiayaan 37

Referensi 39

Lampiran 40

Lampiran 1. Hasil Survey Putaran Pertama 40

Lampiran 2. Usulan Pertanyaan Penelitian Tambahan dari Pakar 44

Lampiran 3. Hasil Survey Delphi Putaran Kedua 46

1. Pendahuluan

Indonesia masih menghadapi beban penyakit infeksi tropis yang cukup tinggi meskipun sudah tersedia terapi yang adekuat untuk memberantasnya. Beberapa penyakit infeksi tropis yang mendominasi antara lain Tuberkulosis, Malaria, dan beberapa penyakit infeksi tropis terabaikan (Neglected Tropical Diseases – NTDs), seperti cacingan, filariasis, schistosomiasis, lepra, dan yaws. Meskipun Indonesia merupakan negara endemis untuk penyakit infeksi tropis tetapi ada perbedaan distribusi penyakit yang membutuhkan strategi yang sesuai dengan permasalahan spesifik di setiap daerah untuk dapat mencapai target eradikasi atau eliminasi penyakit infeksi tropis.

Indonesia telah memiliki banyak program untuk pengendalian penyakit infeksi tropis, seperti Tuberkulosis, Malaria dan NTDs. Sayangnya hasil yang dicapai belum mencapai target yang diharapkan. Setiap tahunnya dilaporkan ada 1 juta kasus TB baru atau 399 kasus TB baru per 100.000 populasi dengan prevalensi sebanyak 1.6 juta, dengan kata lain terdapat 647 penderita TB per 100.000 populasi pada tahun 2014. Dibandingkan dengan data-data tahun sebelumnya memang sudah terjadi penurunan jumlah kasus TB, akan tetapi kecepatan penurunannya masih lebih lambat. Mempercepat penurunan prevalensi dan insidensi TB menjadi tantangan besar bagi pengelola Program TB di semua level. Tantangan yang sama juga dihadapi oleh pengelola proram Malaria. Beberapa wilayah di Indonesia (12% dari total wilayah) masih memiliki angka transmisi malaria yang tinggi (>1 per 1000 populasi). Selain itu profil resistensi malaria juga masih harus dideskripsikan untuk dapat memberikan terapi yang lebih efektif. Sementara penanggulangan penyakit infeksi tropis terabaikan banyak dipengaruhi oleh kondisi lingkungan dan perilaku hidup bersih masyarakat.

Dalam beberapa tahun belakangan ini telah muncul berbagai teknologi preventif, diagnostik dan terapeutik baru yang berpotensi besar untuk meningkatkan keberhasilan pengendalian TB, Malaria dan *Neglected Tropical Diseases* (NTD). Realisasi potensi berbagai teknologi baru tersebut seringkali terkendala oleh masalah-masalah implementasi/operasional di lapangan. Untuk itu program-program pengendalian penyakit-penyakit tersebut seyogyanya perlu didukung oleh upaya-upaya riset implementasi/operasional.

Pendanaan penelitian dari dalam negeri saat ini mulai meningkat, selain juga masih banyaknya kesempatan untuk mendapatkan pendanaan dari luar negeri. Kesempatan untuk melakukan penelitian implementasi juga makin terbuka luas. Namun demikian riset-riset implementasi/operasional di Indonesia hingga kini relatif masih kurang berkembang dibandingkan riset-riset biomedis, klinis ataupun epidemiologis. Kondisi ini didasari oleh berbagai faktor, antara lain: (1) masih lemahnya pemahaman akan riset implementasi/operasional; (2) jumlah program pelatihan riset implementasi/operasional masih sedikit, (3) keterbatasan pendanaan yang ditujukan khusus untuk riset implementasi/operasional; (4) upaya pengembangan riset implementasi/operasional masih belum terkoordinasi. Dengan demikian diperlukan strategi untuk mengembangkan riset implementasi/operasional secara lebih sistimatis dan menyediakan panduan topik-topik penelitian prioritas supaya seluruh penelitian yang dilakukan memiliki keselarasan dan dapat menjawab kebutuhan program dalam rangka pengendalian penyakit.

1.1. Riset Implementasi dan riset operasional

Implementasi berasal dari bahasa Yunani '*implere*" yang berarti menjalankan atau menerapkan. Dalam dokumen ini implementasi yang dimaksud adalah pelaksanaan kebijakan atau program atau intervensi pengendalian penyakit tropis yang ada di Indonesia. Penelitian implementasi sudah mulai berkembang di Indonesia, akan tetapi pemahaman tentang penelitian implementasi masih bervariasi. Secara umum penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi, dan capaian dari implementasi suatu kebijakan, program atau intervensi di bidang kesehatan.

Penelitian implementasi dapat dilaksanakan dengan mengeksplorasi dan mendeskripsikan faktor faktor yang mempengaruhi terjadinya suatu fenomena dan membuat generalisasi dari contoh kasus yang spesifik. Penelitian implementasi juga bertujuan untuk menjelaskan mengapa suatu fenomena bisa terjadi dan dengan menggunakan data yang ada penelitian implementasi dapat membantu memprediksikan apa yang akan terjadi jika situasi lingkungannya tidak berubah. Penelitian implementasi bisa berfokus pada faktor faktor yang mempengaruhi implementasi, pada proses dan juga pada outcome pelayanan kesehatan. Dengan pemahaman yang lebih baik terhadap implementasi program kesehatan diharapkan pencapaian target program kesehatan bisa lebih baik lagi.

Penelitian operasional sudah lebih lama dikenal dan sudah banyak dilakukan untuk mendukung pengendalian penyakit infeksi tropis. Perbedaan antara penelitian implementasi dan penelitian operasional terletak pada area atau cakupan penelitian dimana penelitian operasional lebih berfokus pada pelaksanaan intervensi rutin sesuai dengan pedomannya. Penelitian implementasi melihat lebih mendalam terhadap segala macam faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan intervensi rutin tersebut dan mencari alternatif strategi untuk mencapai target yang diharapkan. Dalam strategi ini pertanyaan penelitian implementasi dan operasional akan diakomodasi karena keduanya bertujuan untuk memperbaiki efektifitas program.

1.2. Proses penyusunan strategi

Dokumen strategi riset implementasi/operasional pengendalian TB, Malaria dan Neglected Tropical Diseases di Indonesia ini disusun selama periode Februari-Juni 2016 dengan melalui proses sebagai berikut:

Bagan 1. Proses penyusunan strategi

Proses penyusunan diawali dengan pertemuan koordinasi pada tanggal 11 February 2016 yang dipimpin oleh Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes. Pertemuan diawali dengan paparan tentang *Access and Delivery Project* oleh perwakilan UNDP serta paparan tentang riset implementasi oleh koordinator tim penyusun. Pertemuan tersebut dihadiri juga oleh perwakilan dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung serta perwakilan dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik. Dalam rapat ini disepakati proses perumusan serta struktur strategi dan perwakilan unit-unit terkait yang tergabung dalam tim penyusun. Berdasarkan hasil pertemuan tersebut tim penyusun mulai melakukan tinjauan pustaka dan menyusun rencana *Delphi survey*.

Workshop yang pertama diselenggarakan pada tanggal 19 Februari 2016 untuk membahas draft analisis kesenjangan program yang telah disusun berdasar tinjauan dokumen dan kepustakaan. Draft analisis tersebut diverifikasi oleh perwakilan dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung serta perwakilan dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik. Dalam workshop tersebut didiskusikan juga rencana *Deplhi survey* serta usulan pakar-pakar yang akan diminta untuk mengikuti survey tersebut. Berdasarkan hasil workshop tersebut tim penyusun memperbaiki draft analisis kesenjangan serta rancangan *Delphi Survey*. Workshop yang kedua diselenggarakan pada tanggal 21 Maret 2016 untuk meninjau kembali draft analisis kesenjangan program yang telah direvisi serta finalisasi rencana *Deplhi Survey*. Berdasar masukan-masukan dari workshop tersebut, tim penyusun memperbaiki lebih lanjut draft analisis kesenjangan serta memulai pelaksanaan *Delphi Survey*. Detail proses *Deplhi survey* dipaparkan pada Bab III dokumen strategi ini.

Hasill revisi draft analisis kesenjangan serta hasil sementara Delphi survey kemudian dikonsultasikan dengan sejumlah pakar diluar tim penyusun dalam workshop persiapan. Workshop tersebut diawali dengan penyamaan persepsi mengenai konsep riset implementasi. Selanjutnya pakar-pakar masing-masing kelompok penyakit diminta mengkritisi hasil revisi draft analisis kesenjangan serta hasil sementara Delphi survey. Berdasarkan masukan dari para pakar eksternal tersebut, tim penyusun menyempurnakan kembali draft analisis kesenjangan serta mempertajam pertanyaan-pertanyaan penelitian prioritas untuk putaran *Delphi survey* selanjutnya.

Diskusi puncak komponen-komponen draft strategi riset implementasi/operasional dilaksanakan pada tanggal 29–30 Maret 2016 melalui workshop nasional yang melibatkan pakar-pakar nasional yang lebih banyak lagi. Workshop tersebut diawali dengan diskusi penyamaan persepsi tentang konsep riset implementasi yang dilanjutkan dengan diskusi panel strategi penanggulangan TB, Malaria & NTDs dengan perwakilan para pengelola program selaku narasumber. Dengan mencermati hasil diskusi strategi penanggulangan TB, Malaria & NTDs tersebut, para pakar selanjutnya diminta melakukan validasi pemetaan kendala implementasi program. Berbekal hasil validasi draft analisis kesenjangan, hari berikutnya para pakar diminta untuk melakukan validasi atas pertanyaan-pertanyaan penelitian prioritas yang teridentifikasi dari putaran terakhir *Delphi survey*. Workshop diakhiri dengan round table discussion tentang strategi peningkatan kapasitas, penguatan jejaring serta peluang-peluang pembiayaan.

Keluaran dari proses penyusun strategi diuraikan dalam dokumen strategi riset implementasi/operasional pencegahan dan pengendalian penyakit TB, Malaria dan NTD ini. Bab II memaparkan analisis kesenjangan program pencegahan dan pengendalian penyakit TB, Malaria dan NTD. Bab III melaporkan proses dan hasil Delphi survey berupa daftar prioritas pertanyaan penelitian riset implementasi/operasional pencegahan den pengendalian penyakit TB, Malaria dan NTD. Bab IV membahas strategi peningkatan kapasitas, penguatan jejaring serta peluang-peluang pembiayaan untuk riset implementasi/operasional pencegahan den pengendalian penyakit TB, Malaria dan NTD.

2. Analisis Kesenjangan

2.1. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Tuberkulosis

2.1.1. Penemuan kasus

Survei Prevalensi TB 2014 memperkirakan beban kasus TB yang masih tinggi di masyarakat [**1**]. Angka penemuan kasus yang dilaporkan oleh Program pengendalian TB nasional lebih rendah dari perkiraan jumlah kasus TB dari survei prevalensi TB 2014. Hal ini berarti, perlu dilakukan penemuan kasus yang intensif terutama pada kelompok-kelompok risiko tinggi TB.

Penggunaan BTA sputum saja sebagai alat diagnosis TB ternyata belum optimal dalam penemuan kasus TB pada masyarakat. Survei prevalensi TB 2014 menunjukkan bahwa sputum smear mikroskopis hanya mampu mendeteksi sepertiga kasus [**1**]. Pemeriksaan sputum juga sulit dilakukan untuk penemuan kasus TB dengan komorbiditas (HIV, DM) serta TB anak.

Penemuan kasus TB secara intensif perlu menggunakan alat-alat diagnosis yang memberikan bukti sensitivitas yang lebih tinggi. Teknologi pemeriksaan sputum muktahir perlu dipakai. Sementara itu, pemeriksaan rontgen thoraks mempunyai sensitivitas yang cukup baik, sehinga dapat dipakai sebagai alat skrining tambahan. Xpert MTB/RIF berpotensi untuk digunakan dalam penemuan kasus TB secara intensif pada kelompok risiko tinggi TB. Jika alat-alat diagnosis TB tambahan digunakan dalam penemuan kasus TB, maka alur diagnosis TB yang digunakan oleh program pengendalian TB nasional perlu untuk dilakukan tilik ulang.

Pemeriksaan sputum tidak optimal jika digunakan untuk penemuan kasus TB anak. Ikatan Dokter Anak Indonesia telah mengembangkan dan mengimplementasikan inovasi diagnosis TB pada anak dengan sistem skoring [**2,3**], untuk memudahkan diagnosis TB anak. Selanjutnya, sistem skoring tersebut perlu diimplementasikan untuk layanan primer oleh dokter umum. WHO pada tahun 2015, merekomendasikan penggunaan alur diagnosis TB anak yang baru, yang memerlukan bukti-bukti lebih lanjut untuk efektivitas dan kendala implementasinya masih terbatas.

Fasilitas laboratorium yang dapat melaksanakan tes molekuler, kultur dan tes kepekaan obat menjadi kesenjangan dalam penemuan kasus MDR-TB. Sampai dengan tahun 2016, laboratorium diagnostik resistensi obat anti TB masih terbatas di 42 rumah sakit rujukan di Indonesia [**3**]. Selain itu sumber daya manusia yang mampu melakukan pemeriksaan Xpert MTB/RIF juga masih terbatas [**3**]. Pemeriksaan Xpert MTB/RIF masih dominan dibiayai oleh hibah Global Fund.

Mengingat pentingnya peran Xpert MTB/RIF dalam penemuan kasus TB, maka perlu adanya Xpert MTB/RIF perlu untuk diimplementasikan di berbagai setting termasuk rumah sakit dan Rutan/Lapas, dan untuk berbagai berbagai kelompok risiko TB. Untuk membuat utilisasi yang lebih luas, perlu diimplementasikan suatu *'pick up point'* di fasilitas pelayanan kesehatan seperti pengambilan dahak di tempat, kurir yang mengambil dahak untuk dibawa ke laboratorium yang dapat melakukan pemeriksaan Xpert MTB/RIF [**2**].

2.1.2. Pengobatan dan pencegahan

Resistensi pengobatan merupakan ancaman bagi program TB nasional, namun belum ada data nasional tentang prevalensi resistensi obat TB. Oleh karena itu perlu dilakukan survei prevalensi TB resisten obat.

Riset untuk mencari obat anti TB baru sedang dilakukan, misalnya adanya riset uji klinik Bedaquilin yang saat ini memasuki uji klinik fase 3. Selain itu, diperlukan pula riset-riset yang memberikan bukti baru tentang regimen obat dengan durasi pengobatan yang lebih pendek.

Putus pengobatan merupakan faktor risiko terhadap terjadinya resistensi obat anti TB. Efek samping pengobatan merupakan penyebab umum dari *drop-out* pengobatan. Program TB Nasional memfokuskan upaya untuk menggunakan sumber daya untuk pencegahan resistensi obat anti TB, selain perlu dilakukan perbaikan kepatuhan pengobatan TB.

Tatalaksana pengobatan yang tidak sesuai standar berkontribusi terhadap resistensi obat. Kepatuhan terhadap standar tata laksana pengobatan TB masih merupakan masalah di rumah sakit dan praktik dokter swasta. Pemerintah telah berupaya untuk menerapkan akreditasi untuk pelayanan TB di rumah sakit [**3**]. Namun meskipun telah dirintis dalam beberapa tahun terakhir, namun implementasi akreditasi rumah sakit terutama layanan TB masih terbatas [**3**]. Meskipun Ikatan Dokter Indonesia mendukung penerapan International Standards for TB care (ISTC), namun IDI cabang di tingkat provinsi/kabupaten/kota belum memasukkan standar TB ke dalam standar evaluasi pemberian ijin pelayanan kesehatan. Untuk itu, perlu dilakukan ekspansi penerapan akreditasi layanan TB di rumah sakit maupun mengembangkan model regulasi bagi dokter praktik swasta.

Upaya peningkatan mutu pelayanan TB juga diperkuat dengan intervensi di tingkat mikro yakni di tingkat proses pemberian layanan pada pasien. Contoh intervensi tersebut adalah pengembangan *clinical pathway,* yang implementasinya terbukti meningkatkan mutu klinis pelayanan TB di rumah sakit [**4**]. Pengembangan dan penerapan clinical pathway di rumah sakit merupakan kegiatan yang disyaratkan dalam akreditasi. Selain itu, Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional sejak tahun 2014, merupakan peluang untuk mengkombinasikan upaya peningkatan mutu dengan klaim pembiayaan. Sosialisasi dan penerapan clinical pathway untuk peningkatan mutu pelayanan klinis perlu dilakukan.

Kapasitas rumah sakit dan praktik dokter swasta untuk melakukan monitoring pengobatan pada pasien terbatas. Rumah sakit dan praktik dokter swasta biasanya tidak mempunyai sistem pelacakan pasien yang sistematis, sehingga peluang pasiennya untuk mengalami putus pengobatan menjadi lebih besar. Riset operasional TB yang dilakukan TORG pada tahun 2014 menemukan bahwa penggunaan SMS efektif untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan kasus TB di rumah sakit [**5**]. Penggunaan teknologi informasi (misal SMS) perlu dimanfaatkan lebih lanjut untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan kasus TB di rumah sakit.

Keberhasilan pengobatan MDR-TB masih rendah, karena tingginya kejadian efek samping pengobatan. Meskipun obat MDR-TB disediakan tanpa biaya oleh pemerintah, namun biaya pengobatan serta biaya akibat hilangnya produktifitas yang ditanggung pasien cukup tinggi. Program TB nasional perlu untuk meningkatkan upaya pengelolaan efek samping pengobatan MDR-TB. Kerjasama lintas sektor perlu dilakukan agar dapat memberikan bantuan biaya hidup bagi pasien MDR-TB.

Upaya pencegahan dengan pemberian terapi preventif dan pengendalian infeksi belum optimal. Cakupan pemberian Isoniazide Preventive Therapy (IPT) untuk anak dan co-trimoxasol pada pasien TB-HIV masih dibawah target [**2**]. Kebijakan pengendalian infeksi sudah dibuat, namun implementasinya perlu diperkuat.

2.1.3. Monitoring dan Evaluasi

Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) sudah disosialisasikan pada provinsi dan kabupaten/kota, namun implementasi dan utilisasinya belum optimal. Pelaporan SITT belum mencerminkan keadaan yang sebenarnya (*under-reporting)* [**3**]. Sebagai contoh, pada tahun 2014 baru 163 (35%) lapas/rutan melaporkan kegiatan ke program pengendalian TB nasional [**2**]**.** Di antara Lapas/Rutan yang sudah melaporkan ke program pengendalian TB nasional, data dilaporkan secara agregat dengan kontribusi penemuan kasus dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, sehingga tidak terlihat kontribusinya.

Pemanfaatan data SITT untuk manajemen program di lapangan juga masih kurang. Sharing data antar program juga belum optimal. Oleh karena itu, perlu dilakukan beberapa upaya seperti: melakukan inventory study, mandatory notification, dan peningkatan koordinasi serta sharing antar program. Data rutin tentang kematian akibat TB belum tersedia. Oleh karena itu, registrasi kematian TB perlu dimasukkan sebagai vital statistics. Para manajer program TB perlu untuk dilatih lebih lanjut agar mampu menggunakan data SITT untuk melakukan perbaikan manajemen program.

Selayaknya, kolaborasi program TB-HIV memerlukan sinkronisasi luaran SITT dan Sistim Informasi HIV/AIDS (SIHA). Namun terdapat perbedaan sistem pencatatan SITT dan SIHA. SITT berbasis data individu, sementara SIHA masih berupa data agregat. Harmonisasi sistem agar menghasilkan data TB dan HIV yang dapat saling disingkronkan penting untuk dilakukan [**3**].

2.1.4. Tatakelola program

Pembiayaan program pengendalian TB nasional sampai dengan saat ini masih bergantung pada donor [**3**]. Indonesia telah mempunyai exit strategy pembiayaan program TB, yang perlu untuk diimplementasikan lebih lanjut. Peningkatan pembiayaan TB oleh pemerintah daerah perlu ditingkatkan, misalnya dengan perlunya advokasi untuk pembuatan Peraturan Daerah untuk meningkatkan anggaran bagi program TB. Program pengendalian TB perlu dimasukan pada Standard Pelayanan Minimal.

Tabel 2.1. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Tuberkulosis

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus		
Penemuan kasus lebih rendah dari daripada estimasi jumlah kasus pada masyarakat	• Penemuan kasus belum optimal menyasar kelompok risiko tinggi TB • Pemeriksaan sputum mikroskopis hanya mendeteksi sepertiga jumlah seluruh kasus • Pemeriksaan sputum mikroskopis sulit dilakukan penemuan kasus TB pada HIV dan anak	• Intensified case finding pada kelompok risiko tinggi • Pemuktahiran teknologi pemeriksaan sputum • Penggunaan pemeriksaan rontgen thorax sebagai alat skrining tambahan • Perlunya teknologi diagnosis baru sebagai tambahan pemeriksaan sputum mikroskopis • Tilik ulang alur diagnosis TB yang ada • Intensifikasi implementasi skoring TB anak IDAI terutama pada layanan primer • Uji alur diagnosis TB anak yang direkomendasikan WHO

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Implementasi Expert MTB/RIF untuk penemuan kasus terbatas cakupan dan keberlangsungannya	• Xpert MTB/RIF belum diimplementasikan untuk penemuan kasus intensif di berbagai setting • Keterbatasan fasilitas laboratorium rujukan yang dapat melakukan tes molekuler, kultur, dan tes kepekaan obat • Keterbatasan sumber daya manusia pemeriksaan Expert MTB/RIF • Pembiayaan tergantung Global Fund	• Perluasan cakupan implementasi Xpert MTB/RIF di berbagai setting (misal rumah sakit-rutan), dan berbagai kasus (TB anak, TB-HIV) • Pick Up Point di fasilitas pelayanan kesehatan (pengambilan dahak di tempat, ada kurir yang mengambil dahak) untuk dibawa ke laboratorium yang dapat melakukan pemeriksaan Expert MTB/RIF • Ekspansi dan desentralisasi layanan diagnostik, sertifikasi lab dan peningkatan jumlah mesin Xpert MTB/RIF • Exit strategy pembiayaan diagnosis TB dengan Expert MTB/RIF
Pengobatan dan pencegahan		
Resistensi obat TB	• Drop out pengobatan kasus TB. • Besarnya masalah resistensi obat TB secara nasional belum diketahui.	• Perbaikan kepatuhan pengobatan • Sedang dilakukan riset uji klinik obat anti TB Bedaquiline di Indonesia • Riset penemuan obat anti TB dengan durasi pengobatan yang lebih pendek • Survei resistensi obat secara nasional
Kepatuhan terhadap Prosedur Operasional Standar penggunaan regimen TB pada rumah sakit dan dokter praktik swasta masih rendah	• Belum digunakan instrumen untuk meningkatkan kepatuhan terhadap standar pengobatan • Akreditasi TB di rumah sakit masih terbatas • Cabang lokal dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) belum memasukkan standar TB ke dalam standar evaluasi untuk pemberian ijin pelayanan kesehatan • Kapasitas rumah sakit dan dokter praktik swasta melakukan monitoring kasus terbatas	• Sosialisasi dan penggunaan clinical pathway untuk peningkatan mutu pelayanan klinis di rumah sakit • Mengembangkan regulasi yang mendorong kepatuhan terhadap standar seperti akreditasi • Penggunaan teknologi informasi (misal SMS) untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan kasus TB di rumah sakit.
Rendahnya keberhasilan pengobatan MDR-TB	• Efek samping pengobatan • Tingginya biaya pengobatan yang ditanggung pasien	• Perbaikan pengelolaan efek samping pengobatan MDR-TB • Bantuan pembiayaan pasien MDR TB

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Pencegahan dengan pemberian terapi preventif dan pengendalian infeksi masih terbatas	• Penerapan Isoniazide Preventive Cakupan pemberian co-trimoxasol pada TB-HIV belum optimal Therapy (IPT) belum optimal.	• Peningkatan cakupan IPT • Peningkatan cakupan pemberian cotrimoxasol pada TB-HIV • Peningkatan implementasi program pengendalian infeksi
Monitoring dan Evaluasi		
Implementasi dan utilisasi SITT belum optimal	• Under-reporting pelaporan SITT • Pemanfaatan data SITT untuk manajemen program di lapangan masih kurang. • Sharing data antar program belum optimal • Data kematian akibat TB hanya berdasar dari survei	• Inventory Study (dibiayai Global Fund). • Mandatory notification. • Peningkatan koordinasi dan sharing data antar program. • Peningkatan kapasitas manajer program TB untuk utilisasi data SITT untuk perbaikan manajemen program. • Registrasi kematian TB dimasukkan sebagai vital statistics.
Sistim Informasi TB Terpadu (SITT) dan Sistim Informasi HIV/ AIDS (SIHA) belum sinkron.	• Perbedaan sistem pencatatan SITT dan SIHA. SITT berbasis data individu, sementara SIHA masih berupa data agregat	• Harmonisasi sistem pencatatan SITT dan SIHA
Pelaporan kasus TB dari TB Lapas/Rutan masih rendah	• Cakupan Lapas/Rutan yang melaporkan kasus TB pada Program TB masih rendah • Lapas/Rutan melaporkan kasus TB pada fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (Puskesmas), namun data pelaporannya diagregasi sehingga tidak terlihat kontribusinya	• Peningkatan cakupan lapas/rutan yang melaporkan kegiatan ke program pengendalian TB • Memperkuat jejaring eksternal Lapas/ Rutan dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain • Perbaikan pencatatan dan pelaporan • Survei inventory study untuk menilai underreporting pada fasilitas pelayanan kesehatan • Rencana mandatory notification
Tatakelola Program		
Pembiayaan program TB masih tergantung pada donor	• Sudah ada rencana exit strategy, namun belum diimplementasikan • Regulasi daerah untuk mendukung pembiayaan program TB belum ada	• Implementasi exit strategy pembiayaan program TB • Pembuatan Perda untuk meningkatkan anggaran bagi program TB • Advokasi exit strategy, serta masukkan program TB pada Standar Pelayanan Minimal

2.2. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Malaria

2.2.1. Penemuan kasus dan pengobatan

Beberapa provinsi di kawasan timur Indonesia masih merupakan daerah endemisitas tinggi untuk malaria, misalnya Papua, Papua Barat, NTT dan Maluku [**6**]. Ini berarti perlu dilakukan penemuan kasus yang lebih intensif dengan menggabungkan upaya *passive case finding* dan *active case finding* [**7**]. Di beberapa daerah telah ada pos malaria desa dan juru malaria desa. Namun demikian, masih ada variasi dalam regimen pengobatan karena petugas kesehatan belum mengetahui pengobatan malaria terbaru. Implementasi kampanye kelambu masal rutin berintegrasi dengan program KIA perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, perlu dilakukan integrasi program malaria ke layanan kesehatan primer [6–8] dan peningkatan cakupan Pos Malaria Desa [6–8].

Masalah keterlambatan tatalaksana kasus sering terjadi pada daerah fokus penularan seperti tambang, pertanian dan hutan [**7–8**]. Keterlambatan tatalaksana terjadi karena sulitnya transportasi kasus dari daerah fokus ke fasilitas pelayanan kesehatan[**9**]. Oleh karena itu, koordinasi lintas sektor sangat diperlukan. Pengendalian pada daerah fokus harus mengedepankan upaya perlindungan dari gigitan nyamuk misalnya dengan pembagian *Insecticide-Treated Nets* (ITN) dan kampanye massal. Selain itu, survei migrasi daerah tujuan dan asal perlu dilakukan dengan lebih intensif [**7, 9–10**].

Strategi pengendalian malaria di daerah dengan endemisitas rendah atau eliminasi malaria adalah penemuan dan tatalaksana kasus secara dini, penguatan survei migrasi, pengamatan daerah reseptif dan penemuan kasus aktif dengan *Mass Blood Survey* [**7–8**]. Kesulitan yang sering terjadi pada daerah dengan endemisitas rendah/eliminasi malaria adalah adanya kasus impor dari daerah endemis tinggi ke rendah [**9–10**]. Sementara, sistem tatalaksana kasus belum optimal karena klinisi kurang menyadari keberadaan kasus malaria di daerah endemisitas rendah/eliminasi malaria.

Status eliminasi malaria memang sulit ditentukan karena sulitnya mendeteksi kasus relaps plasmodium vivax. Perlu adanya metode yang tepat guna untuk memudahkan penentuan kasus relaps pada Plasmodium Vivax [**11**].

Kualitas pemeriksaan mikroskopis malaria masih kurang, dengan error rate tinggi [**9**]. Sebagian besar diagnosis malaria masih berdasarkan gejala klinis [**7–9**]. Hal ini memerlukan intervensi lebih lanjut.

Kepatuhan pengobatan juga masih menjadi masalah [9]. Resistensi klorokuin sudah ada di Indonesia [9] sementara obat tersebut masih dipakai di masyarakat dan klinisi. Regimen azitromisinin di beberapa tempat sulit didapatkan. Utilisasi obat malaria masih rendah, dengan ditemukan obat malaria yang bertumpuk di gudang.

2.2.2. Pengendalian vektor

Pengendalian vektor sulit dilakukan karena adanya perubahan lingkungan. Spesies vektor malaria yang beragam, serta mobilitas dan perilaku masyarakat menyulitkan pengendalian vektor. Untuk melakukan pengendalian vektor secara lebih efektif, perlu dilakukan pemetaan daerah reseptif [**9–11**] serta database plasmodium. Pada saat ini telah dilakukan riset tentang vektor anopheles di 4 provinsi, yang perlu diperluas dan didiseminasikan hasilnya. Penelitian inovasi seperti riset tentang metode memandulkan nyamuk, perlu didorong lebih lanjut.

Pada saat ini belum diketahui distribusi/penyebaran Plasmodium Knowlesi di Indonesia [11], sehingga perlu dilakukan pemetaan distribusi plasmodium Knowlesi di Indonesia. Pemetaan distribusi Plasmodium Knowlesi memberikan konsekuensi perlunya strategi khusus sesuai dengan hasil pemetaan tersebut.

Resistensi insentisida merupakan masalah lain dalam pengendalian vektor malaria [**9**]. Pemetaan resistensi insektisida berdasarkan wilayah, selanjutnya datanya dapat dipakai untuk melakukan advokasi untuk regulasi peredaran insektisida di wilayah yang telah terjadi resistensi.

Pada saat ini, telah terdapat bukti-bukti riset tentang efektivitas strategi pengendalian vektor seperti kombinasi Long Lasting Insecticidal Nets (LLINs), Indoor Residual Spraying (IRS), larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, zooprofilaksis dan pencegahan lainnya [**7**]. Namun masih perlu penerapan intervensi yang berbasis bukti.

Pengendalian vektor malaria juga memerlukan perubahan perilaku masyarakat. Sebagai contoh, riset menemukan adanya variasi akseptabilitas warna kelambu pada masyarakat [**11**]. Terdapat masalah yang lokal spesifik terkait perilaku masyarakat, misalnya meskipun kelambu sudah dibagikan, namun utilisasinya belum optimal. Oleh karena itu, intervensi perlu dilakukan dengan berbasis bukti riset tentang perilaku masyarakat. Perilaku perlindungan personal masih kurang [**9**]. Selain itu, perlu adanya pendekatan dan kerjasama dalam masyarakat dalam pengendalian vektor [**6-7**], dalam bentuk pemberdayaan masyarakat melalui juru malaria desa, laskar jentik dan sebagainya.

2.2.3. Konseling, informasi, dan edukasi

Perilaku masyarakat merupakan faktor penting dalam pengendalian malaria. Sebagai contoh, utilisasi ITN rendah karena ada pengaruh preferensi warna ITN terhadap penerimaan masyarakat akan ITN. Perilaku perlindungan diri rendah serta adanya perilaku pengobatan sendiri dipengaruhi oleh kurangnya edukasi tentang malaria dan pencegahannya pada masyarakat.

2.2.4. Monitoring dan evaluasi

Sistim Informasi Malaria (e-SISMAL) telah dikembangkan dan digunakan dalam monitoring dan evaluasi program malaria. Namun penemuan kasus pada daerah fokus seperti tambang tidak resmi, belum dilaporkan melalui SISMAL. Selain itu, kelengkapan data terutama data pemantauan obat masih menjadi masalah.

Cakupan surveilens pada dokter praktik swasta, rumah sakit dan klinik swasta masih rendah. Pemanfaatan potensi mitra belum optimal untuk penemuan dan pengobatan kasus malaria [**8**]. Untuk itu perlu dilakukan penerapan sistem jejaring *public-private mix* layanan malaria [**6-8**]. Hasil-hasil penelitian juga perlu disinkronkan dengan monitoring dan evaluasi program.

Daerah yang sudah berstatus eliminasi malaria masih perlu diukur keberlangsungannya. Transmisi masih mungkin terjadi pada daerah post eliminasi karena adanya kasus impor dari daerah endemisitas tinggi. Untuk meningkatkan keberlangsungan eliminasi malaria masih diperlukan promosi dan pencegahan malaria di daerah yang sudah eliminasi termasuk perilaku dan lingkungan.

Pemetaan endemisitas daerah yang ada belum mencerminkan keadaan sesungguhnya [**7-8**], kemungkinan kualitas data masih menjadi masalah. Pemetaan daerah reseptif sudah ada, namun perlu didetilkan menurut wilayah yang lebih kecil misalnya dusun dan menurut klasifikasi kasus. Perlu dilakukan pembaruan data Monitoring dan Evaluasi secara rutin, selain perlu peningkatan penjaminan mutu diagnosis malaria (alat, SDM, dsb).

2.2.5. Tatakelola program

Terjadi *turn over* petugas yang tinggi, sehingga perlu adanya Peraturan Daerah yang mendukung program pengendalian malaria sebagai standar pelayanan minimal. Perlu regulasi agar penempatan staf sesuai dengan standar kompetensi. Keterampilan petugas dalam melakukan *active case detection* belum optimal.

Pengelolaan logistik malaria masih lemah, dengan masih adanya penumpukan logistik di provinsi dan kabupaten/kota. Sumber daya untuk melakukan distribusi logistik dari provinsi ke kabupaten/kota serta dari kabupaten/kota ke puskesmas masih kurang [**9**].

Koordinasi multi sektoral kurang optimal. Saat ini sudah ada SK Menkes No. 131/Menkes/III/2012 tentang forum nasional gerakan berantas kembali malaria [**6-8**] serta desentralisasi program oleh kabupatn kota [**6-8**]. Perlu adanya pendistribusian kelambu yang melibatkan lintas program, sektor, LSM dan masyarakat. Lebih lanjut perlu untuk membuat kebijakan untuk masalah resistensi insentisida termasuk penggunaan insektisida alam pertanian.

Sumber daya pemerintah pusat untuk menyelenggarakan program pengendalian malaria terbatas, sehingga diperlukan integrasi/kolaborasi dengan program dan sektor lain [**6-8**].

Tabel 2.2. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Malaria

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus dan pengobatan		
Masih adanya daerah dengan endemisitas tinggi	• Penemuan kasus belum optimal	• Peningkatan *passive case detection* dan *active case detection* dengan melibatkan masyarakat (juru malaria desa) dan integrasi dengan program yang lain (misalnya dengan algoritme penemuan kasus malaria sudah ada di Manajemen Terpadu Balita Sakit • Kampanye kelambu masal pada daerah endemis tinggi • Pembagian kelambu massal rutin berintegrasi dengan program KIA untuk malaria pada ibu hamil/balita pada daerah endemis tinggi
Keterlambatan tatalaksana kasus pada daerah fokus di luar pemukiman penduduk (tambang, pertanian, kehutanan transmigrasi, pengungsian)	• Sulitnya transportasi kasus dari daerah fokus	• Pembagian ITN di tempat penularan (daerah tambang, pertanian dsb) • Kampanye massal fokus • Peningkatan surveilens migrasi • Koordinasi lintas sektor
Sulitnya melakukan tatalaksana kasus pada daerah dengan endemisitas rendah/ eliminasi malaria	• Impor kasus malaria dari daerah endemik tinggi ke rendah • Sistem tatalaksana kasus di daerah endemisitas rendah belum optimal implementasinya • Kurangnya kesadaran klinisi akan penyakit malaria pada daerah eliminasi malaria	• Peningkatan surveilens migrasi • Perlu perbaikan tata laksana kasus terutama pada kasus impor, dan sistem tata laksana kasus di fasilitas pelayanan kesehatan. • Perlu peningkatan kesadaran klinisi akan penyakit malaria di daerah yang sudah eliminasi malaria.

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Sulitnya menentukan status eliminasi malaria	• Sulit enentukan kasus relaps pada plasmodium vivax terutama kasus indigenous dan kasus impor	• Penelitian untuk menentukan metode yang tepat guna untuk penentuan kasus relaps pada Plasmodium Vivax
Kualitas pemeriksaan mikroskopis kurang	• *Error rate* tinggi • Sebagian besar diagnosis berdasarkan klinis	• Peningkatan kualitas pemeriksaan mikroskopis
Masih ada variasi regimen pengobatan yang digunakan	• Petugas kesehatan belum mengetahui pengobatan terbaru malaria. Klorokuin masih dipakai di masyarakat dan klinisi. • Regimen azitromisinin di beberapa tempat sulit didapatkan.	• Pelatihan dan diseminasi informasi terbaru tentang pengobatan malaria pada petugas kesehatan • Monitoring efikasi obat malaria bersama B/BTKL PP • Peningkatan akses terhadap regimen Azitromisinin
Pengendalian vektor		
Pengendalian vektor sulit dilakukan	• Banyaknya Sp. Vektor malaria • Mobilitas penduduk yang tinggi dan perilaku masyarakat yang memungkinkan terjadi penularan	• Perlunya pemetaan daerah reseptif • Perlu ada database plasmodium dan variasi genetiknya. • Perlu studi genetik yang dapat dikombinasikan dengan survei migrasi. • Riset khusus vektor Anopheles di 4 provinsi, perlu diperluas dan diseminasikan hasilnya. • Pendekatan kolaboratif dengan masyarakat • Perlunya intervensi berbasis bukti, misalnya intervensi tindak lanjut hasil riset terkait: efektivitas metode pengendalian vektor dan efikasi ITN • Pengembangan vaksin malaria atau penelitian inovatif untuk memandulkan nyamuk
Meluasnya penyebaran parasit malaria resisten insektisida	• Belum adanya pemetaan resistensi insektisida	• Monitoring resistensi insektisida bersama B/BTKL PP • Pemetaan resistensi insektisida berdasarkan wilayah atau pulau • Penguatan kebijakan untuk mengatasi masalah resistensi seluruh insektisida, termasuk dalam penggunaan insektisida dalam pertanian (misal dampak pemasaran iklan insektisida dalam pertanian).

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Konseling, Informasi dan Edukasi		
Kurangnya utilisasi ITN	• Akseptabilitas masyarakat akan ITN rendah. Ada masalah yang lokal spesifik terkait perilaku masyarakat, misalnya asyarakat memiliki preferensi warna ITN	• Perlunya intervensi berbasis bukti misalnya hasil riset Litbangkes tentang akseptabilitas warna kelambu • Pemetaan penerimaan masyarakat terhadap ITN (kajian sosiokultural tentang penggunaan ITN di masyarakat) • Penyuluhan dilaksanakan sebelum pendistribusian kelambu
Rendahnya perilaku perlindungan diri	• Kurangnya pengetahuan tentang gejala dan tanda malaria serta cara perlindungan dari vektor malaria	• KIE tentang gejala dan tanda malaria serta cara perlindungan dari vektor malaria pada masyarakat
Perilaku pengobatan sendiri	• Kurangnya KIE	• KIE pada masyarakat.
Monitoring dan evaluasi		
Adanya jenis plasmodium baru seperti pl. Knowlesi	• Belum diketahuinya distribusi/penyebaran Plasmodium Knowlesi di Indonesia	• Penelitian pemetaan plasmodium knowlesi di Indonesia • Kemungkinan adanya plasmodium baru. Sehingga perlu dirumuskan strategi khusus sesuai dengan hasil pemetaan tersebut. • Membuat *centre of excellence* untuk diagnosis malaria.
Surveilens kasus malaria di daerah fokus belum optimal	• Survei migrasi belum dilaksanakan dengan optimal • Pelaporan kasus belum optimal	• Peningkatan survei migrasi untuk menemukan kasus malaria di daerah fokus lebih dini • Penggunaan eSISMAL untuk mencatat kasus-kasus yang ditemukan di daerah fokus termasuk daerah tambang tidak resmi. • Perlu adanya pemetaan daerah fokus yang lebih detil berdasarkan klasifikasi kasus dan menurut wilayah yang lebih kecil, misalnya dusun.
Pemetaan endemisitas daerah belum mencerminkan keadaan sesungguhnya	• Kualitas data belum optimal	• Penelitian untuk memetakan endemisitas daerah • Pembaruan secara rutin dan dianalisis/ ditindaklanjuti (data monitoring evaluasi). • Peningkatan penjaminan mutu diagnosis malaria (alat, SDM dsb)
Kelengkapan data pemantauan pengobatan pada eSISMAL masih rendah	• Pengisian data eSISMAL belum sesuai dengan SOP	• Peningkatan supervisi

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Pada daerah yang sudah eliminasi malaria sudah diberikan sertifikasi, namun sustainability-nya belum terukur	• Problem deteksi dini kasus pada daerah yang sudah eliminasi malaria dan pengobatan/ perawatan.	• Sudah ada teknologi *polymerase chain reaction* (PCR) untuk diagnosis dini Malaria yang perlu dilakukan untuk daerah eliminasi malaria. • Promosi dan pencegahan malaria di daerah yang sudah eliminasi termasuk perilaku dan lingkungan
Terbatasnya akses pelayanan kesehatan untuk menjangkau seluruh desa bermasalah malaria karena hambatan geografis, ekonomi dan sumber daya	• Cakupan surveilens pada dokter praktik swasta, rumah sakit dan klinik swasta masih rendah • Pemanfaatan potensi mitra belum optimal untuk penemuan dan pengobatan kasus malaria	• Peningkatan utilisasi Pos Malaria Desa • Penerapan sistem jejaring *public-private mix* layanan malaria
Tatakelola Program		
Kerjasama lintas sektor dan program belum optimal	• Kurangnya koordinasi lintas sektor dan program • Keterbatasan sumber daya pemerintah pusat	• Implementasi SK Menkes No. 131/MENKES/ III/2012 tentang Forum Nasional Gerakan Berantas Kembali Malaria perlu ditingkatkan • Desentralisasi pelaksanaan program oleh Kabupaten/Kota • Integrasi/kolaborasi dengan program dan sektor lain • Peningkatan alokasi sumber daya lokal utuk program
Sulitnya mengelola sumber daya manusia untuk pengendalian malaria	• *Turn over* petugas kesehatan di daerah masih tinggi • Keterampilan petugas dalam melakukan Active Case Detection belum optimal	• Perlu adanya Perda yang mendukung program pengendalian malaria sebagai standar pelayanan minimal. • Perlu regulasi agar penempatan staf sesuai dengan standar kompetensi. • Perlu peningkatan kemampuan petugas dalam melakukan *Active Case Detection*
Masih lemahnya pengelolaan logistik malaria.	• Kurangnya monitoring dan evaluasi pengelolaan logistik malaria	• Perlunya monitoring dan evaluasi tatakelola logistik

2.3. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Kusta

2.3.1. Penemuan kasus, pengobatan dan pencegahan

Selama ini, tatalaksana kasus kusta mengedepankan penemuan kasus lebih awal dan intensified case finding tetap mengutamakan *voluntary self-reporting* [**12–14**]. Advokasi dan mobiliasi masyarakat, produksi materi KIE, kampanye KIE dan *rapid case finding* serta pemeriksaan kontak serumah perlu dilakukan [**12–13**] .

Jumlah penemuan kasus kusta masih dianggap belum sepenuhnya ditemukan. Selama ini informasi tentang penyakit kusta juga masih belum banyak dipahami. Gejala klinis tentang kusta dipahami secara luas sebagai bercak putih mati rasa. Padahal informasi tersebut merupakan gejala penyakit kusta jenis kusta kering (Pausy bassiler). Penemuan dini kasus kusta dengan menggunakan tanda-tanda klinis lainnya perlu dilakukan, tidak hanya berfokus pada gejala bercak putih mati rasa. Selain itu, perlu dibuat informasi yang tepat pada masyarakat tentang penyakit kusta. Selain itu definisi kontak yang dipakai oleh petugas masih terbatas kontak serumah. Selanjutnya pemahaman petugas perlu diperluas, misalnya kontak tetangga (4–5 rumah di depan- samping – belakang), sosial (teman sekolah, kerja dsb).

Keberhasilan Pengobatan kusta masih berkisar 80–95% (laporan program P2Kusta 2013–2015). Supervisi yang suportif perlu ditingkatkan [**12**]. Upaya yang telah dilakukan adalah supervisi bersama dinas kesehatan, kemitraan dengan organisasi profesi dan pelatihan petugas wasor tingkat propinsi sampai puskesmas dalam kebijakan pemberian obat kusta. Kepatuhan pengobatan yang masih rendah tersebut, perlu ditingkatkan dengan pemberian konseling kepada pasien dan keluarga yang menjadi bagian dari kegiatan manajemen kasus.

Saat ini dalam pencegahan transmisi kusta telah diujicobakan terapi kemopropilaksis kepada kontak pasien kusta. Riset tentang terapi profilaksi telah sedang dilaksanakan di Sampang dan Maluku serta 4 wilayah lain. Penggunaan kemoprophilaksis pada kontak kusta masih harus mempertimbangkan faktor-faktor lain sesuai dengan kondisi wilayah.

2.3.2. Mitigasi dampak penyakit

Risiko kecacatan akibat penyakit kusta cukup besar sehingga sangat diperlukan menyelenggarakan perawatan dan rehabilitasi atas kecacatan akibat kusta. Program penanganan pasien kusta perlu untuk memberikan bantuan psikososal dan ekonomi pada pasien [**12**]. Kecacatan akibat penyakit lepra banyak menimbulkan stigma sosial [**12**]. Pelibatan masyarakat untuk melakukan penyuluhan tentang kusta perlu untuk dilakukan [**13**].

2.3.3. Konseling, informasi dan edukasi

Stigma tentang penyakit kusta masih banyak ditemukan di masyarakat. Untuk itu diperlukan pelibatan masyarakat dalam memberikan informasi yang tepat tentang penyakit kusta. Sebagai contoh, kader-kader kesehatan di desa dapat dilatih untuk dapat memberikan penyuluhan tentang kusta.

2.3.4. Tatakelola program

Program pengendalian kusta masih terkendala dengan kemampuan sumber daya manusia yang belum optimal, sehingga pelatihan bagi petugas kesehatan perlu untuk diperbaiki. Modul pelatihan untuk petugas peogram tingkat provinsi, kabupaten/kota, puskesmas dan kader kesehatan sudah dibuat, namun perlu dilakukan akreditasi [**12**].

Di beberapa kabupaten/kota terjadi kekurangan stok MDT sementara di kabupaten lain terjadi kelebihan stok MDT. Perlu dilakukan koordinasi pengelolaan logistik yang lebih efisien [**12**] dan komunikasi antara kabupaten/kota dan rumah sakit tentang ketersediaan MDT [**13–14**].

Koordinasi dengan program lain dan pemangku kepentingan lainnya masih perlu ditingkatkan. Komitmen politis di tingkat kabupaten/kota masih kurang, terlihat dari kurangnya dana implementasi strategi untuk mencapai cakupan yang ditargetkan. Kedepan, perlu dibuat suatu program NTD yang terintegrasi misalnya di aspek advokasi dan edukasi pada masyarakat, distribusi obat dan deteksi kasus. Perencanaan program perlu dilakukan di tingkat kabupaten/kota [**12**].

Tabel 2.3. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Kusta

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus, pengobatan dan pencegahan		
Jumlah penemuan dan deteksi kasus rendah.	• Selama ini informasi tentang penyakit kusta kurang tepat. Gejala klinis tentang kusta yang diinformasikan secara luas 'bercak putih mati rasa' merupakan kusta PB.	• Penemuan kasus lebih awal dan intensified case finding dengan tetap mengutamakan strategi penemuan kasus *voluntary self-reporting* • Advokasi dan mobilisasi masyarakat, produksi materi KIE, kampanye KIE dan kampanye *rapid case finding* • Pemeriksaan kontak serumah • Penemuan dini kasus kusta dengan menggunakan tanda tanda klinis lainnya (anamnesis), tidak hanya berfokus pada bercak putih mati rasa. • Perlu membuat informasi yang tepat kepada masyarakat tentang penyakit kusta.
	• Keakuratan diagnosis belum optimal	• Perlunya supervisi suportif
	• Definisi kontak yang dipakai dalam program masih terbatas kontak serumah	• Definisi perlu diperluas misalnya kontak tetangga (2 rumah di depan-samping, belakang), sosial (teman sekolah, kerja dsb)
Pengobatan belum adekuat/tuntas	• Belum semua dokter mengetahui tentang cara pengobatan kusta yang benar	• Monitoring dan supervisi implementasi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kusta
Kepatuhan pengobatan rendah	• Belum optimalnya monitoring pengobatan	• Peningkatan implementasi konseling sebagai bagian dari kegiatan manajemen kasus
Efektivitas terapi profilaksi belum diketahui	• Perlu riset tentang terapi profilaksis	• Riset tentang terapi profilaksis sedang dilaksanakan di Sampang, Maluku
Mitigasi dampak akibat penyakit		
Risiko kecacatan akibat penyakit lepra cukup besar	• Perawatan dan rehabilitasi kecacatan akibat lepra belum optimal	• Peningkatan implementasi perawatan dan rehabilitasi atas kecacatan akibat lepra.

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Dampak psikososial serta ekonomi	• Stigma pada masyarakat	• Memberikan bantuan psikososial dan ekonomi pada pasien • Konseling sebagai bagian dari kegiatan manajemen kasus
Konseling, Informasi, Edukasi		
Stigma terhadap penyakit kusta	• Kurangnya pelibatan anggota masyarakat dalam KIE	• Pelibatan kader-kader desa untuk melakukan penyuluhan tentang kusta
Tatakelola Program		
SDM	• Pelatihan petugas kesehatan perlu dioptimalkan	• Kurikulum pelatihan standar untuk petugas program tingkat provinsi, kabupaten/kota, puskesmas dan kader kesehatan • Pelatihan
Logistik	• Di beberapa kabupaten/ kota terjadi kekurangan stok Mass Drugs Therapy (MDT) sementara di kabupaten lain terjadi kelebihan stok MDT.	• Lokakarya pengelolaan logistik • Koordinasi antara kabupaten/kota dan rumah sakit tentang ketersediaan MDT
Kurangnya koordinasi lintas program dan sektor	• Kurangnya koordinasi dengan program lain dan pemangku kepentingan • Kurangnya komitmen politis di tingkat kabupaten/kota • Kurangnya dana untuk implementasi strategi dan mencapai cakupan yang	• Membuat program pengendalian NTD yang terintegrasi • Penggunaan jalur distribusi obat dan deteksi kasus yang sama untuk NTD • Perencanaan program di tingkat mikro (kabupaten/kota)

2.4. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Frambusia

2.4.1. Penemuan kasus dan pengobatan

Sejak tahun 2011 dijumpai kenaikan jumlah kasus baru frambusia di Indonesia, yang berarti bahwa penularan frambusia masih berlangsung. Oleh karena itu, diperlukan penemuan kasus secara aktif [**12**] misalnya dengan melakukan puskesmas keliling pada desa yang dicurigai terdapat penularan frambusia dan kunjungan dari rumah ke rumah [**15**], penetapan endemisitas desa [**15**], survei serologi untuk evaluasi tingkat penularan [**15**]. Penggunaan diagnosis cepat serologis (rapid diagnostik test – RDT) perlu dilakukan [**15**].

Tidak semua petugas kesehatan mempunyai keterampilan diagnosis frambusia dengan benar, sehingga diperlukan upaya peningkatan keterampilan melalui pelatihan dan supervisi.

Pengobatan frambuasia dilakukan dengan pengobatan pada kasus dan kontak. Pengobatan dilakukan dengan pemberian regimen azitromisin tablet dosis tunggal pada pemberian obat pencegahan masal (POPM). Selain itu perlu dilakukan penanganan pasca MDA yang meliputi penanganan kejadian ikutan paska pemberian obat pencegahan frambusia, kajian pelaksanaan MDA serta surveilens pasca MDA [**12**].

2.4.2. Konseling, informasi dan edukasi

Kasus frambusia di kabupaten/kota jumlahnya tinggal. Hal ini menyebabkan rendahnya prioritas daerah terhadap frambusia, yang kemudian menyebabkan dukungan masyarakat untuk program pengendalian frambusia tidak optimal. Oleh karena itu, perlu dilakukan mobilisasi masyarakat dan kemitraan dengan masyarakat untuk melakukan koordinasi program dan kegiatan, penyuluhan, penemuan dini suspek penderita, dan pengawasan kesehatan [**12**].

2.4.3. Tatakelola program

Tatakelola program pengendalian frambusia telah melibatkan organisasi profesi [**15**]. Saat ini ada 74 kabupaten 7 kota yang statusnya endemis frambusia, sementara Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota yang lain dianggap sudah bebas frambusia [**16**]. Pada wilayah endemis frambusia, kenyataannya kurangnya komitmen dan penganggaran untuk implementasi program adalah kendala utama. Kemitraan dengan pemerintah daerah diperlukan untuk mengatur dan menetapkan kebijakan dan dukungan anggaran. Dinas Pekerjaan Umum diperlukan untuk membantu pengendalian faktor risiko lingkungan dan penyediaan air bersih.. Kerjasama dengan Dinas Kominfo diperlukan untuk penyebarluasan informasi yang benar. Kerjasama dengan swasta diperlukan untuk menggiatkan *corporate social responsibilty* karena sebagian besar populasi frambusia berada pada daerah terpencil dengan tingkat sosial ekonomi rendah.

Integrasi dengan program pengendalian *Neglected Tropical Diseases* (NTDs) lainnya perlu dilakukan untuk mengefisienkan penggunaan sumberdaya. Integrasi program dengan Promkes perlu dalam penyuluhan, kegiatan KIE dan pengadaan bahan KIE. Kerjasama dengan program pengendalian filariasis, kecacingan, shistosomiasis perlu lebih ditingkatkan dalam penemuan kasus lebih dini karena kesamaan wilayah geografi. Pengendalian risiko terkait terkait lingkungan perlu dilakukan dengan program penyehatan lingkungan.

Kesinambungan program masih merupakan kelemahan implementasi program frambusia, sehingga perlu dilakukan kerjasama dengan bidang perencanaan.

Tabel 2.4. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Frambusia

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus dan pengobatan		
Masih adanya kenaikan jumlah kasus baru	• Masih terjadi penularan di masyarakat	• Penemuan kasus secara aktif • Penetapan endemisitas desa • Survei serologi untuk evaluasi tingkat penularan • Puskesmas keliling di desa yang dicurigai terdapat penularan frambusia dan kunjungan dari rumah ke rumah atau survei • Diagnostik cepat serologis (*Rapid diagnostic test*/RDT)
Pengobatan belum optimal	• Pengobatan belum dilakukan secara adekuat baik pada kasus, kontak serta MDA • Penanganan kejadian pasca MDA belum adekuat	• Peningkatan pengobatan pada kasus dan kontak kasus secara dini • Peningkatan pengobatan dengan azitromisin tablet secara benar • Peningkatan MDA dengan azitromisi dosis oral tunggal • Peningkatan penanganan pasca MDA Frambusia: pengelolaan kejadian ikutan pemberian obat pencegahan frambusia, review pelaksanaan MDA frambusia, surveilens pasca MDA frambusia

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Konseling, Informasi, Edukasi		
Stigma terkait penyakit frambusia	• Dukungan masyarakat untuk program pengendalian frambusia belum optimal	• Peningkatan dukungan masyarakat untuk promosi penggunaan air dan sabun, serta penyehatan lingkungan • Kemitraan bagi implementasi program
Tatakelola Program		
SDM	• Tidak semua petugas kesehatan dapat mendiagnosis frambusia dengan benar	• Peningkatan kapasitas petugas puskesmas, dan rumah sakit untuk melakukan deteksi dan manajemen kasus
Logistik	• Pengadaan Benzatin Penisilin injeksi masih bergantung pada penyedia di luar negeri. Tidak ada perusahaan penyedia di Indonesia. • Kurangnya logistik untuk program, sementara ada potensi integrasi dengan program NTD lainnya	• Pendekatan pada perusahaan farmasi nasional untuk penyediaan Benzatin Penisilin • Integrasi kegiatan dengan program pengendalian NTD lainnya (lintas program)
Koordinasi lintas sektor dan program	• Kurangnya komitmen dan penganggaran untuk implementasi program	• Kemitraan dengan organisasi profesi melalui POKJA Frambusia • Sertifikasi kabupaten/kota bebas frambusia bagi dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota • Sertifikasi eradikasi frambusia • Kemitraan untuk meningkatkan komitmen dan anggaran untuk implementasi programPerusahaan: Corporate Social Responsibility

2.5. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Filariasis Limfatik

2.5.1. Penemuan kasus dan pengobatan

Jumlah kasus filariasis di Indonesia diperkirakan masih *under-reporting*. Sementara itu, belum ada data nasional endemisitas Filariasis Limfatik. Sehingga, perlu dilakukan penelitian prevalensi limfatik filariasis.

Pemeriksaan mikroskopis filariasis masih terkendala kurangnya jumlah SDM dan kurangnya kemampuan SDM dalam tata laksana kasus. Pelatihan bagi petugas kesehatan perlu dititingkatkan. Kurikulum pelatihan standar untuk petugas program tingkat provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas, namun isi pelatihan perlu disesuaikan dengan lokal spesifik dan pendekatan antropologis (misalnya dengan bahasa lokal) [**12**].

Penatalaksanaan Filariasis Limfatik dilakukan dengan tatalaksana kasus klinis berbasis komunitas *(community home based care)* untuk mengurangi dan membatasi kecacatan. Metode perawatan kasus Filariasis Limfatik masih belum efektif dan berkelanjutan, sehingga perlu dicari metode perawatan kasus yang lebih baik.

Belum semua daerah endemis melakukan *Mass Drugs Administration* (MDA) sehingga cakupan MDA belum perlu peninjauan apakah metode pemutusan rantai penularan yang sekarang sudah dilakukan sesuai dengan rekomendasi WHO sudah tepat. Kepatuhan MDA masih rendah. Masyarakat masih takut dengan reaksi pasca MDA dan kurang memahami program pengendalian Filariasis Limfatik. Oleh karena itu, diperlukan edukasi masyarakat tetnang reaksi MDA [**12**], dan pelibatan Lembaga Swadaya Masyarakat.

2.5.2. Pengendalian vektor

Xeno monitoring masih jarang dilakukan pada daerah endemis filariasi (terutama daerah Mansonia) untuk membuktikan penularan filariasis terutama post MDA.

2.5.3. Tata kelola program

Otonomi daerah masih menjadi kendala dalam implementasi program, terutama untuk implementasi MDA. Perlu peninjauan lagi apakah kabupaten/kota menjadi implementation unit pengendalian Filariasis Limfatik dan dicarikan rumusannya, karena penyebaran wilayah lebih kecil. Meskipun sudah ada suran edaran Mendagri untuk *mandatory* MDA, perlu dilakukan advokasi dan sosialisasi dengan pemerintah daerah untuk mendukung MDA.

Tabel 2.5. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Filariasis Limfatik

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus dan pengobatan		
Under-reporting kasus FL kronis	Belum ada data nasional tentang endemisitas LF agar dapat menentukan strategi yang lebih tepat.	Penelitian prevalensi limfatik filariasis
Masih terjadi penularan FL pada masyarakat	• Penatalaksanaan kasus klinis berbasis komunitas *(community home based care)* untuk mengurangi dan membatasi kecacatan belum optimal. • Metode perawatan kasus LF masih belum efektif • Belum diketahui efektivitas metode pemutusan rantai penularan yang sekarang dilakukan pada tingkat penularan LF	• Kontinuitas tata laksana kasus di tingkat komunitas. Perlu integrasi dengan program yang lain (dengan Kusta). • Perlu mencari metode perawatan kasus LF yang lebih efektif. • Perlu peninjauan apakah metode pemutusan rantai penularan yang sekarang sudah dilakukan (sesuai rekomendasi WHO) sudah tepat.
Cakupan MDA belum optimal	• Keterbatasan anggaran	• Advokasi MDA pada kabupaten/ kota dengan prevalensi tinggi

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Kepatuhan MDA masih rendah	• Masyarakat masih takut dengan reaksi pasca MDA • Masyarakat kurang memahami program pengendalian LF	• Perlunya edukasi pada masyarakat tentang reaksi MDA • Pelibatan Lembaga Swadaya Masyarakat
Pengendalian vektor		
Masih ada daerah zoonotic filariasis (melalui kera dan kucing)	• Kontribusi kejadian zoonotic filariasis pada angka kejadian LF belum diketahui	• Estimasi kontribusi zoonotic filariasis di daerah Brugia Malayi
Xeno-monitoring masih jarang dilakukan pada daerah endemis filariasis (terutama daerah Mansonia) untuk membuktikan penularan filariasis, terutama post MDA.		• Xeno-monitoring • Integrasi pengendalian vektor dengan program lain
Tatakelola program		
SDM	• Kurangnya SDM untuk pemeriksaan mikroskopis filariasis • Kurangnya kemampuan SDM untuk tata laksana kasus	• Perlunya peningkatan pelatihan bagi petugas kesehatan • Sudah ada kurikulum pelatihan standar untuk petugas program tingkat provinsi, kabupaten/ kota dan puskesmas, namun perlu disesuaikan dengan lokal spesifik/pendekatan antropologis (misalnya dengan bahasa lokal)
Kerjasama lintas sektor dan program	• Otonomi daerah menjadi kendala bagi implementasi MDA. Perlu peninjauan lagi apakah kabupaten/kota menjadi implementation unit pengendalian LF dan dicarikan rumusannya, karena penyebaran wilayah lebih kecil.	• Perlunya advokasi dan sosialisasi dengan pemerintah daerah untuk mendukung MDA. • Sudah ada surat edaran Mendagri untuk mandatory MDA.

2.6. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Schistosomiasis

2.6.1. Penemuan kasus

Kasus schisostomiasis sementara dilaporkan ada di lembah Bada, Napu dan Lindu di dataran tinggi Sulawesi Tengah. Namun perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut dengan pemetaan wilayah reseptif Schistosomiasis di luar daerah tersebut. SDM dalam diagnosis kurang jumlahnya. Pemeriksaan diagnostik yang ada saat ini belum mampu menilai keberhasilan program. Sehingga diperlukan penelitian-penelitian lebih lanjut untuk menemukan pemeriksaan diagnostik yang lebih sensitif.

2.6.2. Pengendalian hewan reservoir/vektor

Penularan Schistosomiasis cukup kompleks, karena melibatkan keong dan hewan lainnya (kerbau, sapi, kuda) sehingga pemutusan rantai penularan harus melibatkan sektor selain kesehatan. Namun demikian, data tentang tingkat distribusi hewan selain keong pada penularan Schistosomiasis masih terbatas. Perlu dilakukan standarisasi pemeriksaan lab pada hewan *(animal diagnosis)* antara Dinas Kesehatan dan Dinas Kesehatan Hewan.

Masih ditemukan tikus dan keong perantara (keong Oncomelania hupensis lindoensi) positif di daerah endemis. Perlu dilakukan pemetaan ulang fokus keong, kemungkinan sudah terjadi perubahan geospatial. Sementara itu, daerah endemis tersebut berbatasan dengan hutan taman nasional. Oleh karena itu perlu dilakukan surveiles pada tikus dan keong perantara dengan bekerja sama dengan Dinas Pertanian. Lahan pertanian di daerah endemis perlu dilakukan *dry farming,* daerah perbatasan daerah endemis dengah hutan taman nasional ditanami tanaman yang produktif. Untuk itu diperlukan kerjasama lintas sektor yang dapat dimulai di tingkat desa.

2.6.3. Konseling, informasi dan edukasi

Masyarakat masih terlalu bergantung pada mudahnya akses terhadap obat, sehingga tidak mau diperiksa secara rutin dan cenderung melakukan praktik pengobatan sendiri. Kesadaran masyarakat di daerah fokus schistosomiasi belum optimal dalam mencegah Schisostomiasi. Perlu dilakukan edukasi pada masyarakat setempat tentang pengendalian Schistosomiasis.

2.6.4. Tatakelola program

Keberlanjutan program merupakan masalah utama, terutama dalam dukungan pengambil kebijakan dan alokasi anggaran program [**12**]. Kurangnya koordinasi antara Kementerian Kesehtan, Kementerian Pertanian dan Kementerian lingkungan hidup dalam melaksanakan strategi pengendalian Schistosomiasis. Walaupun sudah ada tim terpadu pengendalian Schistosomiasis yang diketuai Gubernur, namun pengganggaran dan pengadaan tidak sesuai dengan bukti-bukti epidmiologi. Perlu advokasi lebih lanjut dengan pemerintah daerah setempat.

Tabel 2.6. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Schisostomiasis

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus		
Masih ada penularan schisostomiasis	• Belum ada pemetaan wilayah receptif Schistosomiasis • Pemeriksaan diagnostik yang ada belum mampu menilai keberhasilan program	• Perlu adanya pemetaan daerah endemis lainya selain lembah Bada, Napu dan Lindu di dataran tinggi Sulawesi Tengah. • Perlu pemeriksaan diagnostik yang lebih sensitif dalam menilai keberhasilan program
Pengendalian vektor/hewan reservoir		
Kompleksitas penularan Schistosomiasis yang melibatkan keong dan animal (kerbau, sapi, kuda)	• Belum ada data tentang tingkat kontribusi hewan pada penularan	• Perlu standarisasi pemeriksaan lab pada hewan (animal diagnosis) antara Dinas Kesehatan dan Dinas Kesehatan Hewan. • Perlu protokol pengobatan hewan sesuai dengan prioritas penularan.

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Masih ditemukan tikus dan keong perantara (keong *Oncomelania hupensis lindoensis*) positif di daerah endemis.	• Daerah endemis berbatasan dengan hutan taman nasional.	• Perlu dilakukan surveilens pada tikus dan keong perantara (bekerja sama dengan kementerian Pertanian) dengan intensitifkasi dan ekstensifikasi sawah dan dry farming • Di daerah perbatasan daerah endemis dengan hutan taman nasional ditanami tanaman produktif. • Perlu pilot project kerjasama lintas sektor di tingkat desa. • Pemetaan ulang fokus keong.
Konseling, Informasi dan Edukasi		
Pengobatan sendiri	• Masyarakat terlalu bergantung pada obat, sehingga tidak mau diperiksa secara rutin • Kesadaran masyarakat di daerah fokus schistosomiasis belum optimal di dalam mencegah Schisostomiasis	• Perlu adanya edukasi pada masyarakat setempat tentang pengendalian Schistosomiasis
Tatakelola Program		
SDM	• Kurangnya SDM dalam diagnosis	• Pelatihan
Dukungan dan pembiayaan	• Kurangnya keberlanjutan dukungan pengambil kebijakan dan alokasi anggaran program • Sudah ada tim terpadu pengendalian Schistosomiasis yang diketuai Gubernur Sulteng, namun penganggaran dan pengadaan tidak sesuai dengan bukti-bukti epidemiologi. • Kurangnya koordinasi antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian dan Kementerian Lingkungan Hidup dalam melaksanakan strategi pengendalian penyakit Schistosomiasis	• Perlu advokasi lebih lanjut dengan pemerintah daerah setempat • Perlu dilakukan koordinasi antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian dan Kementerian Lingkungan Hidup tentang program pengendalian Schistosomiasis. • Optimalisasi lintas sektor dalam pengendalian Schistosomiasis.

2.7. Kesenjangan Implementasi Program Pengendalian Helminthiasis

2.7.1. Penemuan kasus dan pengobatan

Meskipun STH dianggap sebagai masalah yang ada di seluruh Indonesia, namun sebenarnya data di tingkat nasional kurang lengkap. Peta berbasis tingkat endemisitas belum tersedia. Perlu dilakukan survei nasional STH/mapping endemisitas STH dengan sampling. Survei berbasis sekolah sdauh dilakukan secara periodik 9 sekolah setiap provinsi, pada 8 provinsi per tahun) [12], namun data tersebut belum mampu memberikan data tingkat nasional.

Penemuan kasus dengan pemeriksaan tinja dinilai kurang efektif, dikarenakan kemampuan pemeriksa yang kurang dan metode pemeriksaan yang dianggap kurang praktis. Oleh karena itu, perlu dicari metode diagnosis yang murah namun efektif.

Cakupan pengobatan masih rendah [**12**]. MDA yang sudah dilakukan belum konsisten diimplementasikan karena ketersediaan obat terlambat dan ketidaksinambungan pembiayaan [**12**]. Anggaran pemerintah daerah dalam melakukan MDA masih kurang. Masih dijumpai penolakan orang tua untuk berpartisipasi dalam kampanye anti kecacingan [**12**]. Kemampuan sdm kesehatan untuk melakukan edukasi tentang MDA masih terbatas.

2.7.2. Konseling, informasi, dan edukasi

Pengetahuan dan perilaku tentang higiene kesehatan dan kecacingan masih rendah. Kegiatan promosi kesehatan dan higiene kesehatan belum menggunakan pendekatan yang lokal spesifik [**12**]. Fasilitas sanitasi berbasis masyarakat masih renadah utilisasinya. Program preventif misal WASH belum menjadi prioritas, sehingga perlu koordinasi lintas program dan sektor (misal dengan dinas Pekerjaan Umum).

2.7.3. Tatakelola program

Distibusi logistik obat anti STH dari kabupaten ke sekolah masih merupakan masalah di Kawasan Timur Indonesia. Untuk itu diperlukan perbaikan cara transportasi obat yang lebih efisien [**12**].

Keterbatasan sumber daya pengelolaan program dan di sisi lain memanfaatkan situasi dimana ada kesamaan program pengendalian STH dan filariasis maka perlu dilakukan integrasi program dengan program filaria. Misalnya:

- integrasi pemberian obat cacing pada anak usia dini dengan pemberian vitamin A
- integrasi pemberian obat cacing pada anak usia sekolah dengan penjaringan di SD/MI
- integrasi program MDA filarisasi denga pemberian obat cacing pada anak sekolah dan pra-sekolah
- integrasi dengan distribusi kelambu di daerah endemis malaria.

Integrasi program sudah dilakukan, misalnya antara program pengendalian STH dengan vitamin A, namun masih terjadi kesenjangan implementasi program. Misalnya, laporan vitamin A ada tetapi laporan kecacingan tidak ada [**12**].

Draft Permenkes Cacing sedang disusun untuk memaksimalkan integrasi (sudah dimulai di NTB, Sulut, Bali). Namun di era desentralisasi, perlu adanya peran daerah dalam pembiayaan kegiatan.

Tabel 2.7. Masalah dan Upaya Intervensi Program Pengendalian Helminthiasis

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Penemuan kasus dan pengobatan		
Meskipun STH dianggap sebagai masalah yang ada di seluruh Indonesia, namun sebenarnya data di tingkat nasional kurang lengkap.	• Belum ada peta berbasis tingkat endemisitas.	• Perlunya survei nasional STH/mapping endemisitas STH dengan sampling.
Penemuan kasus dengan pemeriksaan tinja kurang efektif.	• Metode pemeriksaan tinja dinilai terlalu sulit • Kemampuan pemeriksa kurang.	• Perlunya metode diagnosis yang lebih mudah.
Cakupan pengobatan rendah	• Peluang integrasi dengan program lain belum dioptimalkan	• Integrasi dengan program lain
MDA tidak dilakukan secara konsisten	• Ketersediaan obat terlambat dan pembiayaan.	• Perbaikan manajemen logistik • Advokasi penganggaran pada pemerintah daerah
Konseling, Informasi dan Edukasi		
Perilaku masyarakat belum mendukung pengendalian STH	• Rendahnya pengetahuan dan perilaku tentang higiene kesehatan dan kecacingan	• Promosi kesehatan dan edukasi tentang higiene kesehatan berbasis lokal spesifik (pendekatan sosial budaya)
	• Penolakan orang tua untuk berpartisipasi dalam kampanye anti kecacingan	• Perlunya edukasi kesehatan pada orang tua sebelum dilakukan kampanye anti kecacingan
Rendahnya sanitasi masyarakat, utilisasi fasilitas sanitasi rendah	• Belum diketahui faktor rendahnya utilisasi fasilitas sanitasi	• Perlu penelitian tentang utilisasi dan penerimaan masyarakat tentang utilisasi fasilitas sanitasi
Monitoring dan evaluasi		
Kesenjangan pelaporan kegiatan program integrasi	• Kemungkinan ada gap implementasi program integrasi, misalnya laporan vitamin A ada, tetapi laporan kecacingan tidak ada	• Koordinasi lintas program
Tatakelola program		
SDM	• Kemampuan tenaga kesehatan dan kader dalam edukasi pada masyarakat perlu ditingkatkan	• Optimalisasi pelatihan tenaga kesehatan dan kader. Sudah ada pelatihan standar bagi petugas program di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, puskesmas dan kader

Masalah	Penyebab	Upaya Pemecahan Masalah
Logistik	• Sulitnya transportasi obat dari kabupaten ke sekolah terutama di kawasan Indonesia Timur	• Perlunya perbaikan cara transportasi obat yang lebih efisien
Kebijakan	• Kurangnya koordinasi lintas sektor dan program	• Peningkatan koordinasi intersektoral dan interprogram • Memanfaatkan potensi integrasi dengan program Filaria dan Malaria • Draft Permenkes Cacing sedang disusun untuk memaksimalkan integrasi (sudah dimulai di NTB, Sulut, Bali yang tidak endemis filariasis)
	• Program preventif (misal WASH) belum menjadi prioritas	• Perlu koordinasi lintas program dan sektor (misal dengan PU)
	• Karena desentralisasi, pemerintah daerah harus membiayai operasional pelaksanaan MDA dengan anggaran pemerintah daerah.	• Advokasi pada pemerintah daerah

3. Agenda Prioritas Riset Implementasi

Metodologi Survey Delphi dipilih untuk mengidentifikasi prioritas riset implementasi untuk pengendalian Malaria, TB dan NTDs. Tujuan dipilihnya survei Delphi adalah untuk memperoleh konsensus dari sekelompok pakar melalui dua putaran survei ditambah kesempatan memberikan usulan pertanyaan penelitian tambahan. Survei dikirimkan melalui email. Pengiriman email diulang jika dalam dua hari pakar yang terpilih tidak memberikan respon. Pakar yang tetap tidak memberikan respon setelah diberikan pengingat akan dianggap menolak untuk berpartisipasi.

3.1. Pemilihan panel pakar ahli

Terdapat dua kelompok pakar yang ikut berpartisipasi dalam kegiatan ini. Kelompok pakar pertama merupakan pakar di bidang TB, Malaria dan NTDs yang bekerja di Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), di Kementerian Kesehatan dan praktisi klinik. Kelompok pakar pertama ini terlibat aktif dalam diskusi kelompok. Kelompok pakar kedua merupakan pakar dan peneliti di bidang TB, Malaria dan NTDs yang direkomendasikan oleh Balitbangkes dan Kementerian Kesehatan. Pakar yang direkomendasikan berasal dari Balitbangkes, Kementerian Kesehatan, Universitas, dan Lembaga Swadaya Masyarakat. Rekomendasi pakar ini kemudian ditambah pakar yang ditemukan dari hasil pencarian pakar asal Indonesia dalam database Pubmed. Meskipun demikian, sebagian besar pakar yang diidentifikasi berdasarkan rekomendasi pakar di kelompok pertama. Sebagian pakar dalam kelompok pertama juga masuk dalam kelompok dua. Kelompok pakar kedua ini terlibat aktif dalam memberikan opini ranking prioritas agenda penelitian implementasi melalui email. Seluruh pakar yang terlibat akan mendapatkan umpan balik berupa hasil sementara hasil ranking prioritas agenda penelitian.

Pemilihan pakar dilakukan secara purposif. Pakar dalam kelompok pertama dan kedua dipilih secara purposif dengan *teknik convenience sampling*.

Pengalaman dan pengetahuan dari pakar akan mempengaruhi reliabilitas dan validitas hasil studi. Oleh karena itu, pakar yang terpilih harus memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Memiliki pengalaman penelitian dan pengetahuan yang cukup mengenai TB, Malaria dan NTDs
2. Warga Negara Indonesia
3. Pernah menjadi penulis dari sedikitnya satu publikasi ilmiah mengenai TB, Malaria dan NTDs
4. Bersedia berpartisipasi
5. Memiliki cukup waktu untuk berpartisipasi

Kriteria eksklusi yang diterapkan untuk mengeluarkan pakar dari daftar pakar terpilih antara lain:

1. kesulitan untuk menemukan alamat kontak dari pakar, seperti alamat email atau nomor telepon
2. Komunikasi yang tidak efektif, seperti keterlambatan pengiriman respon kuesioner dan tidak lengkapnya kuesioner yang dikembalikan.

Setiap partisipan yang telah memiliki alamat kontak yang jelas mendapatkan satu email undangan berpartisipasi dalam survey Delphi. Dalam undangan dijelaskan lama survey dan waktu yang perlu diluangkan untuk berpartisipasi dalam survei ini. Seluruh partisipan memiliki kesempatan untuk mundur dari survei Delphi kapan saja tanpa harus menjelaskan alasannya. Informed consent untuk mengikuti kegiatan ini dapat diberikan secara tertulis didalam form atau melalui email kepada pengelola atau secara otomatis jika pakar telah mengembalikan kuesioner yang telah terisi lengkap.

3.2. Tujuan survei Delphi

3.2.1. Putaran pertama

1. Untuk menilai apakah daftar pertanyaan penelitian yang diusulkan tim sudah relevan dengan kebutuhan program pencegahan dan penanggulangan TB, Malaria, dan NTDs.
2. Memberikan kesempatan kepada pakar yang diundang untuk memberikan usulan pertanyaan penelitian yang dirasa penting untuk program pencegahan dan pengendalian Malaria, TB, dan NTDs di Indonesia

3.2.2. Putaran kedua

1. Untuk memberikan ranking prioritas agenda penelitian dari hasil seleksi pertanyaan penelitian putaran pertama

3.3. Jalannya survey

- 8–15 Maret : Identifikasi Peneliti
- 16 Maret : Mulai Rekrutmen dan Pengumpulan Data
- 18 Maret : Reminder Survey putaran pertama
- 19 Maret : Akhir Pengumpulan Data Putaran Pertama
- 20 Maret : Resume data round 1
- 21 Maret : Workshop pemilihan agenda penelitian prioritas 1
- 22–27 Maret : Survey putaran kedua
- 25 Maret : Reminder Survey putaran kedua
- 29–30 Maret : Workshop pemilihan agenda penelitian prioritas 2

3.4. Hasil survei

3.4.1. Survei Delphi putaran pertama

Tabel 3.1. Response rate survey putaran pertama

Kriteria	TB	Malaria	Kusta Frambusia	Filariasis Schistosomiasis Helminthiasis
Undangan	36	38	27	29
Respon diterima	9	11	7	12
Response rate (%)	25	28.9	25.9	41.3

Dalam putaran pertama pertanyaan penelitian dinilai relevan bila skor median ≥4 ; konsistensi jawaban dinilai tinggi bila Coefficient of Variance (CoV) <20%. Usulan pertanyaan dengan nilai median <4 atau

CoV >20% didiskusikan lagi dalam workshop, dan sebagian digantikan dengan usulan pertanyaan dari partisipan. Setelah terkumpul hasil survey Delphi Putaran pertama, kelompok Pakar pertama berkumpul untuk membahas hasil survey putaran pertama. Dilakukan beberapa perbaikan terhadap pertanyaan penelitian yang diajukan pada survey putaran pertama dan pertimbangan untuk menggantikan beberapa pertanyaan pada putaran pertama dengan pertanyaan penelitian yang muncul dari peserta survey Delphi. Hasil survey Delphi putaran pertama terlampir.

3.4.2. Survey Delphi Putaran Kedua

Survey Delphi putaran kedua dilakukan pada tanggal 22 – 27 Maret 2016. Kuesioner didistribusikan melalui email kepada seluruh pakar yang terpilih. Reminder diberikan satu kali menjelang batas akhir pengumpulan kuesioner.

Tabel 3.2. Response Rate Survei Delphi Putaran Kedua

Kriteria	TB	Malaria	Kusta Frambusia	Filariasis Schistosomiasis Helminthiasis
Undangan	34	38	23	29
Respon diterima	11	15	7	13
Response rate (%)	32	39	30	45
Ranking	1–13	1–12	1–13	1–11

Penyusunan ranking dilakukan dengan menghitung rata-rata nilai ranking yang diberikan untuk setiap pertanyaan penelitian. Pertanyaan penelitian yang mendapatkan nilai rata rata yang sama akan diberikan dua ranking yang sama berurutan untuk kemudian diputuskan dalam diskusi panel. Hasil survey Delphi putaran kedua terlampir.

Hasil dari survey Delphi putaran kedua kembali didiskusikan secara intensif dalam diskusi pakar yang diselenggarakan selama dua hari di Jakarta, pada tanggal 29–30 Maret 2016. Dalam diskusi ini dipilih 10 pertanyaan penelitian yang paling dibutuhkan untuk pengendalian TB, Malaria, dan NTDs. Selain pemilihan pertanyaan penelitian, pakar juga memperbaiki formulasi pertanyaan penelitian.

3.5. Agenda prioritas riset implementasi/operasional

3.5.1. Pencegahan dan pengendalian tuberkulosis

Agenda penelitian yang dinilai paling penting dalam upaya penanggulangan TB di Indonesia adalah penelitian penelitian untuk meningkatkan temuan kasus TB, antara lain dengan mencari metode pelaporan kasus TB oleh praktisi kesehatan yang paling efektif (ranking 1), identifikasi strategi untuk peningkatan temuan kasus TB anak (ranking 3), dan identifikasi strategi untuk meningkatkan peran dokter praktik swasta dalam penemuan kasus dan pengobatan TB (ranking 6). Upaya-upaya untuk meningkatkan keberhasilan terapi juga masih menjadi prioritas antara lain dengan mengevaluasi efisiensi dan efektifitas program dukungan pengobatan yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (ranking 2), meningkatkan efektifitas alur dan kualitas diagnostik serta pengobatan dalam pelayanan DOTS (ranking 5), menerapkan clinical pathway TB secara efektif dan efisien (ranking 7), memanfaatkan teknologi informasi (ranking 8), dan regulasi obat TB di pasaran (ranking 10). Peningkatan kapasitas dan kualitas diagnosis TB di fasilitas kesehatan masih diperlukan dalam upaya penanggulangan TB, antara lain dengan meningkatkan utilisasi GeneXpert dan peningkatan efektifitas alur diagnostik TB.

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Metode apakah yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan penyedia layanan kesehatan untuk melaporkan temuan kasus TB kepada Program TB Nasional?	1
Bagaimana efisiensi dan efektifitas program dukungan pengobatan pada pasien TB dan MDR-TB yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat?	2
Strategi apa yang efektif untuk meningkatkan penemuan kasus TB anak?	3
Bagaimana meningkatkan utilisasi teknologi diagnostik baru (mis. GeneXpert) untuk suspek dan pasien TB dan MDR-TB di Indonesia?	4
Bagaimana meningkatkan efektifitas alur dan kualitas diagnostik serta pengobatan dalam pelayanan DOTS	5
Strategi apa yang sustainable dan efektif untuk meningkatkan peran praktisi dokter swasta/layanan primer dalam meningkatkan temuan kasus TB dan pengobatan kasus TB	6
Apakah penerapan clinical pathway TB secara efektif dan efisien dapat meningkatkan kepatuhan klinisi terhadap standar penatalaksanaan TB/MDR-TB di rumah sakit?	7
Bagaimana efektivitas pemanfaatan teknologi informasi dalam meningkatkan kepatuhan pasien TB untuk menyelesaikan pengobatan?	8
Bagaimana meningkatkan sustainabilitas pembiayaan program TB?	9
Bagaimana strategi yang efektif untuk mengatur peredaran bebas obat anti tuberkulosis di Indonesia?	10

3.5.2. Pencegahan dan pengendalian malaria

Prioritas penelitian yang terkait upaya untuk meningkatkan efektifitas implementasi program malaria masih menjadi prioritas utama (ranking 1), antara lain dengan mencari metode yang paling efektif untuk meningkatkan kompetensi petugas (ranking 3), integrasi lintas program (ranking 4), utilisasi pos malaria (ranking 5) dan efektifitas dan efisiensi manajemen logistik malaria (ranking 10). Penelitian yang terkait dengan pemanfaatan teknologi baru juga diperlukan, antara lain penelitian untuk mengevaluasi aplikasi teknologi sistem informasi dan surveilans malaria (ranking 2), alat diagnostik G6PD (ranking 6) dan alat diagnostik cepat di fasilitas pelayanan kesehatan (ranking 7). Identifikasi strategi promosi kesehatan yang efektif juga masih diperlukan untuk mencegah perilaku pengobatan yang tidak rasional (ranking 8) dan meningkatkan keberhasilan program (ranking 9).

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana meningkatkan efektifitas implementasi program pengendalian malaria yang berkesinambungan dengan memperhatikan faktor-faktor dan berbagai macam konteks	1
Bagaimana tingkat kelayakan aplikasi program sistem informasi dan surveilans malaria (SISMAL)?	2
Bagaimana meningkatkan kompetensi petugas mikroskopis, medis dan paramedis secara berkesinambungan untuk mempercepat pencapaian program pengendalian malaria	3
Bagaimana meningkatkan efektifitas pengendalian malaria dengan integrasi lintas program dan lintas sektor?	4
Bagaimana meningkatkan utilisasi pos malaria desa dengan memperhatikan faktor faktor yang mempengaruhi utilisasinya oleh masyarakat?	5
Apakah penggunaan alat diagnostik G6PD di fasilitas pelayanan kesehatan primer cost-effective?	6

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana feasibility, efektifitas, efisiensi, dan penjaminan mutu dari implementasi Rapid Diagnostic Test untuk penemuan kasus Malaria di daerah terpencil.	7
Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku pengobatan yang tidak rasional oleh masyarakat?	8
Bagaimana strategi promosi kesehatan yang efektif dan efisien untuk membantu pencapaian target program pengendalian malaria?	9
Faktor-faktor apa saja yang dapat menghambat manajemen logistik malaria, seperti utilisasi *Long Lasting Insecticided Nets (LLIN)*	10

3.5.3. Pencegahan dan pengendalian kusta/frambusia

Kusta dan Frambusia masih menjadi salah satu penyakit tropis terabaikan yang penting karena masih bisa ditemukan di hampir seluruh wilayah Indonesia dan dapat menyebabkan kecacatan. Agenda penelitian terkait dengan pembiayaan untuk menjamin keberlangsungan program masih menjadi prioritas utama (ranking 1). Agenda penelitian penting berikutnya adalah penelitian untuk meningkatkan temuan kasus baru, antara lain penelitian untuk meningkatkan efektifitas penemuan kasus secara aktif (ranking 2), evaluasi efektifitas pelatihan kusta/frambusia bagi petugas kesehatan (ranking 7), evaluasi efektifitas program sertifikasi bebas kusta/frambusia bagi kabupaten/kota (ranking 8), dan evaluasi efektifitas penyuluhan pada masyarakat (ranking 9). Agenda penelitian untuk meningkatkan efektifitas pengobatan juga menjadi prioritas, antara lain dengan meningkatkan efektifitas metode konseling pasien (ranking 3), upaya untuk mengurangi stigma dengan pendekatan komunitas (ranking 4), upaya peningkatan perilaku hidup bersih sehat untuk mencegah penularan (ranking 5) dan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian obat pencegahan massal (ranking 6). Evaluasi terhadap program surveilans kasus kecacatan dan kejadian resistensi Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) pada Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) pasca Release From Treatment (RFT) juga menjadi agenda prioritas untuk pengendalian Kusta (ranking 10).

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana komitmen pembiayaan operasional untuk upaya eliminasi kusta dan eradikasi frambusia oleh pemerintah daerah?	1
Bagaimana partisipasi masyarakat mampu meningkatkan efektivitas pemeriksaan kontak (*active case finding*) dalam penemuan kasus kusta?	2
Bagaimana konseling yang efektif untuk meningkatkan angka kepatuhan pengobatan penderita kusta?	3
Bagaimana efektifitas pendekatan komunitas untuk menurunkan stigma bagi penderita kusta?	4
Bagaimana efektifitas pelibatan masyarakat (kader, guru, dsb) dalam promosi Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan frambusia?	5
Faktor-faktor apa saja yang berkontribusi terhadap pencapaian cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) frambusia?	6
Apakah pelatihan petugas puskesmas dan rumah sakit berkontribusi terhadap deteksi dan manajemen kasus frambusia yang lebih baik?	7
Apakah program sertifikasi bebas frambusia/ eradikasi frambusia di kabupaten/kota berdampak pada penekanan penularan kasus frambusia?	8

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana efektifitas penyuluhan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kusta/frambusia dalam rangka penemuan kasus dini	9
Apakah surveilans kasus kecacatan dan kejadian resistensi Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) pada Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) pasca Release From Treatment (RFT) efektif?	10

3.5.4. Pencegahan dan pengendalian filariasis, schistosomiasis, helminthiasis

Agenda prioritas penelitian untuk pengendalian filariasis, schistosomiasis dan soil transmitted helminthiasis (STH) terutama bertujuan untuk meningkatkan efektifitas program antara lain dengan meningkatkan partisipasi aktif masyarakat (ranking 1), meningkatkan peran pemerintah daerah (ranking 3) dalam kegiatan skrining, pencegahan, dan pemberantasan penyakit, serta meningkatkan efektifitas integrasi dengan program pemberantasan penyakit menular lainnya, seperti Kusta Frambusia dan Limfatik Filariasis juga diperlukan (ranking 4 dan 7). Penelitian untuk memutus rantai penularan juga diperlukan, antara lain dengan upaya penerapan strategi manajemen lingkungan yang baik (ranking 2), menurunkan risiko penularan zoonotic (ranking 6), dan upaya-upaya untuk mengurangi distribusi vektor dan tempat perindukan di daerah endemis (ranking 9). Penelitian untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan juga menjadi prioritas, antara lain dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program Pemberian Obat Pencegahan Massal (ranking 5), meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana pengobatan (ranking 8) dan meningkatkan keberhasilan tatalaksana kasus di fasilitas kesehatan primer (ranking 10).

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana meningkatkan partisipasi masyarakat, termasuk anak sekolah, dalam skrining, pencegahan, pemberantasan Filariasis, Schistosomiasis, dan Soil Transmitted Helminth (STH)?	1
Bagaimana manajemen lingkungan yang lebih baik untuk memutus rantai penularan Filariasis, Schistosomiasis, dan Soil Transmitted Helminth (STH)?	2
Bagaimana meningkatkan dukungan pemerintah daerah dan lintas sektor untuk mencapai target eliminasi Filariasis, Schistosomiasis, dan reduksi Soil Transmitted Helminth (STH)?	3
Bagaimana meningkatkan efektifitas integrasi program penanggulangan Soil Transmitted Helminth (STH) dan Filariasis?	4
Faktor faktor apa saja yang dapat mempengaruhi cakupan program Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM)?	5
Bagaimana menurunkan risiko penularan Filariasis Brugia yang bersifat zoonotic?	6
Apakah integrasi program Limfatik Filariasis (LF) dengan program Kusta dan Frambusia efektif untuk menjaga kontinuitas tatalaksana kasus LF?	7
Bagaimana meningkatkan kepatuhan pasien Limfatik Filariasis terhadap tatalaksana kasus mandiri?	8
Bagaimana mengurangi distribusi vektor dan tempat perindukannya di daerah endemis Filariasis?	9
Faktor-faktor apa yang mempengaruhi keberhasilan tatalaksana schistosomiasis di fasilitas kesehatan primer?	10

3.5.5. Agenda riset implementasi/operasional lintas program

Dari rumusan hasil topik prioritas di atas teridentifikasi beberapa topik riset implementasi/operasional yang prioritas bagi beberapa program pencegahan dan pengendalian penyakit menular sekaligus. Topik-topik tersebut dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana memperkuat program pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang berkelanjutan?
2. Bagaimana meningkatkan efektifitas intergrasi antar program pencegahan dan pengendalian penyakit menular?
3. Bagaimana meningkatkan dukungan pemerintah daerah dan lintas sektor terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit menular?
4. Bagaimana meningkatkan partisipasi masyarakat, termasuk anak sekolah, dalam program pencegahan dan pengedalian penyakit menular?

4. Penguatan Kapasitas, Jejaring, dan Pembiayaan Riset Implementasi

4.1. Kapasitas Riset Implementasi

Kapasitas yang akan dibahas di dalam dokumen strategi ini adalah hal-hal yang terkait dengan kemampuan sumber daya manusia dalam melaksanakan riset implementasi. Lebih khusus lagi, dalam hal ini adalah kemampuan para peneliti dalam memahami definisi riset implementasi, pengembangan proposal riset implementasi dan kemampuan menganalisis hasil riset implementasi.

4.2. Kesenjangan Kapasitas Riset Implementasi

Untuk operasionalisasi strategi riset implementasi ini diperlukan kapasitas yang memadai dalam hal melaksanakan riset. Saat ini masih dirasakan adanya kesenjangan kapasitas riset implementasi, baik di kalangan akademisi maupun praktisi kesehatan masyarakat. Lebih jauh lagi, jika diperhatikan di dalam sebuah institusi penelitian pun kemampuan untuk melakukan riset implementasi masih sangat bervariasi. Ada peneliti tingkat pemula, menengah, dan mahir yang dalam melakukan penelitian memiliki pemahaman yang berbeda untuk melihat suatu permasalahan. Variasi ini terjadi baik di dalam sebuah institusi penelitian maupun antara institusi yang berbeda.

Sebagian besar peneliti maupun praktisi kesehatan masyarakat belum memahami betul konsep riset implementasi. Mereka menganggap riset implementasi adalah riset biasa yang selama ini sudah dilakukan. Dari sisi kualitas data, juga masih terdapat kesenjangan yang besar. Mengingat pada umumnya riset implementasi menggunakan data sekunder yang sudah dikumpulkan terlebih dahulu sewaktu implementasi program, maka validitas data tersebut masih sangat bervariasi. Ada data yang validitasnya tinggi karena metode pengumpulannya baik, ada pula data yang memiliki validitas yang rendah karena metode pengumpulan yang tidak baik.

Pada umumnya, pemahaman para peneliti di bidang kesehatan masyarakat terhadap program di Kementrian Kesehatan masih kurang. Sehingga identifikasi masalah khususnya dalam riset implementasi menjadi kurang tepat. Begitu pula pemahaman praktisi pelaksana program di Kementrian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan. Pemegang program masih belum paham sepenuhnya apa konsep riset implementasi. Lebih luas lagi, secara umum diakui bahwa perhatian pemerintah khususnya dalam manajemen riset masih rendah. Balitbangkes, Kemenkes RI diberi mandat untuk mengkoordinasikan riset di bidang kesehatan. Oleh karena itu secara nasional riset kesehatan dikoordinasi oleh Balitbangkes.

Untuk menyempurnakan analisis kesenjangan kapasitas riset implementasi khususnya terkait pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia diperlukan pemetaan kapasitas peneliti baik secara kualitatif dan kuantitatif. Dengan adanya pemetaan ini maka data dasar mengenai kapasitas peneliti riset implementasi menjadi lebih kuat, sehingga dapat direncanakan program penguatan kapasitas yang lebih terarah.

4.3. Penguatan Kapasitas Riset Implementasi

Untuk meningkatkan pemahaman para peneliti maupun praktisi kesehatan masyarakat mengenai riset implementasi maka diperlukan pembelajaran mandiri dan mentoring. Pembelajaran mandiri dapat diperoleh melalui penyebaran konsep dan metodologi riset implementasi sebagai materi dasar. Setelah materi dasar dikuasai maka dilanjutkan dengan mentoring untuk materi riset implementasi yang lebih lanjut. Saat ini sudah terdapat berbagai modul-modul pembelajaran baik dari WHO maupun institusi pendidikan yang dapat disebarluaskan ke para peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat. Dengan menggunakan modul-modul yang sudah ada maka dapat dicapai penghematan waktu dan dana untuk pembuatan pelatihan.

Peningkatan pemahaman peneliti mengenai program di Kementrian Kesehatan dan juga peningkatan pemahaman pemegang program di Kementrian Kesehatan dan Dinas Kesehatan mengenai riset implementasi dapat dilakukan dengan membuat kolaborasi antara peneliti, praktisi, dan klinisi. Kolaborasi ini dapat dimulai dari identifikasi masalah sampai tindak lanjut dari hasil riset implementasi. Dengan adanya kolaborasi ini maka dapat dicapai kesepahaman mengenai suatu kesenjangan antara kebijakan dan pelaksanaan suatu program pencegahan dan pengendalian suatu penyakit. Peningkatan kapasitas juga dapat dilakukan dengan cara kerjasama antar institusi dan juga perhimpunan profesi. Dengan adanya kerjasama tersebut maka variasi pemahaman dapat diperkecil.

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes juga telah mencanangkan program magang bagi peneliti muda di lingkungan Balitbangkes. Program ini masih dalam tahap perencanaan. Walaupun begitu ide nya adalah untuk mengirimkan para peneliti muda magang di unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan. Unit tersebut merupakan unit yang juga menjadi klien Balitbangkes. Dengan menjadi pekerja magang di unit tersebut selama beberapa bulan, maka diharapkan peneliti muda dapat memahami program pencegahan dan pengendalian penyakit di lingkup Kementerian Kesehatan. Program magang ini dapat diperluas dan diterapkan oleh institusi penelitian lain. Sehingga kesenjangan pemahaman para peneliti di bidang kesehatan masyarakat terhadap program di Kementerian Kesehatan menjadi lebih baik.

Untuk meningkatkan kemampuan para peneliti lokal di daerah maka, dalam setiap riset implementasi yang dilakukan oleh institusi dari pusat, baik institusi pendidikan maupun Kementrian Kesehatan perlu melibatkan peneliti lokal. Dengan pelibatan peneliti lokal, maka pemahaman dan kemampuan mereka akan lebih kaya.

Terakhir, diperlukan juga kerjasama dengan institusi penelitian dari luar negeri agar pemahaman dan kemampuan peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat di Indonesia dapat menjadi setara dengan peneliti dari luar negeri. Mengingat perkembangan ilmu pengetahuan yang sangat dinamis, maka kerjasama ini dapat memperkecil kesenjangan kapasitas kita dengan negara-negara maju. Selama ini insitusi maupun peneliti perorangan di dalam negeri lebih banyak dimanfaatkan sebagai pengumpul data oleh institusi penelitian dari luar negeri. Hal ini perlu diubah menjadi kerjasama yang lebih setara, karena jika hanya menjadi pengumpul data maka nilai tambah yang didapatkan oleh institusi maupun peneliti peroarangan dari dalam negeri sangat kecil.

4.4. Jejaring Riset Implementasi

Dalam pelaksanaan strategi riset implementasi ini diperlukan jejaring untuk memudahkan koordinasi maupun kolaborasi. Jejaring ini diperlukan agar penelitian yang dilakukan dapat lebih memberikan dampak terhadap kesehatan masyarakat. Hal ini juga dapat dimanfaatkan untuk memperkuat pembiayaan riset implementasi.

Jejaring riset implementasi ini harus terdiri dari berbagai komponen pemangku kepentingan. Penentu kebijakan kesehatan juga perlu dilibatkan ke dalam jejaring ini, agar tidak hanya institusi pendidikan atau peneliti saja yang bergabung ke dalam jejaring ini. Begitu pula institusi lain di luar kesehatan, seperti pendidikan, sosial dan ekonomi.

Diperlukan satu institusi yang dapat mengkoordinasikan jejaring ini. Perlu identifikasi dan pengumpulan informasi mengenai jejaring-jejaring riset yang sudah ada agar dapat di koordinasikan ke dalam jejaring riset implementasi ini. Fungsi atau tugas pokok jejaring riset implementasi ini antara lain adalah:

- Sebagai wadah komunikasi peneliti, praktisi dan pengambil kebijakan terkait riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia
- Untuk pemetaan pelaksanaan riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia
- Sebagai sumber informasi database para ahli atau peneliti spesifik yang konsisten meneliti suatu bidang yang terkait pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia
- Sebagai potensi pembiayaan riset implementasi dalam hal pelibatan entitas yang berpotensi untuk mendukung pembiayaan seperti: KemenristekDikti, Lembaga Swadaya Masyarakat, Lembaga Donor, maupun perusahaan swasta

Balitbangkes memang memiliki mandat untuk mengkoordinasikan seluruh penelitian di bidang kesehatan di Indonesia. Tetapi mengingat birokrasi dan beban kerja Kementrian Kesehatan Indonesia yang besar maka sekretariat pemimpin jejaring riset implementasi ini tidak perlu dibebankan kepada Balitbangkes. Agar lebih dinamis dan fleksibel, sekretariat jejaring ini dapat dijakalnkan oleh Perguruan Tinggi atau Institusi Penelitian.

Diperlukan sekretariat penuh waktu untuk mengelola jejaring ini. Kemudian dibutuhkan juga payung hukum untuk mewadahi jejaring riset implementasi ini agar pelaksanaan kegiatan di masa depan dapat lebih lancar. Konsorsium vaksi adalah salah satu contoh jejaring penelitian yang baik yang dapat dijadikan contoh. Dalam konteks jejaring ini, diperlukan pembagian tugas yang jelas dari awal, agar semua pihak yang terlibat dapat menjalankan penelitian secara efektif.

Saat ini di lingkungan Balitbangkes sudah terdapat beberapa jejaring penelitian. Diantaranya adalah Jejaring Studi Inventaris TB. Proses pengembangan jejaring ini dapat dijadikan model dan pembelajaran untuk pengembangan jejaring riset implementasi. Berbagai hal yang memudahkan pembentukan jejaring studi inventaris TB maupun kendala-kendala yang dihadapi dapat dijadikan referensi bagi pengembangan jejaring riset implementasi yang lebih baik.

Sebagai fungsi koordinatif, Balitbangkes tetap menjadi institusi utama jejaring riset implementasi ini. Peneliti bidang kesehatan perlu menyadari bahwa hasil-hasil riset mereka perlu dilaporkan kepada Balitbangkes sebagai koordinator. Dengan peran koordinatif Balitbangkes diharapkan strategi riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia ini dapat menjadi selaras dengan agenda riset kesehatan yang dikembangkan oleh Balitbangkes.

4.5. Pembiayaan

Potensi pembiayaan pelaksanaan strategi riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia masih sangat besar. Penyakit-penyakit yang menjadi fokus di dalam strategi riset implementasi ini masih sangat relevan untuk dibiayai baik dari sumber-sumber dalam negeri maupun luar negeri. Salah satu persyaratan agar strategi ini dapat dibiayai dari berbagai sumber potensial adalah sifat terbuka terhadap kerjasama.

Untuk memastikan keberlanjutan pembiayaan strategi riset implementasi ini adalah mengutamakan pemanfaatan pembiayaan dari APBN. Pembiayaan dari APBN sifatnya berkesinambungan, sehingga bisa terus menerus memenuhi kebutuhan riset implementasi. Balitbangkes merupakan institusi pemerintah yang salah satu tugas pokok dan fungsinya melaksanakan penelitian di bidang kesehatan. Namun komposisi APBN di bidang kesehatan untuk penelitian masih sangat kecil dibandingkan dengan alokasi program teknis. Sehingga perlu ada kesamaan pandangan antara program teknis Kementrian kesehatan dan Balitbangkes agar dana penelitian menjadi lebih besar sesuai dengan peningkatan APBN bidang kesehatan.

Selain potensi APBN, perlu juga dieksplorasi lebih jauh mengenai kemungkinan pemanfaatan APBD. Seperti yang kita ketahui sejak era otonomi daerah, terjadi peningkatan dana APBD yang sangat signifikan. Selain itu Pemerintah daerah juga diharapkan dapat memahami dan mengatasi permasalahan di daerahnya masing-masing. Lebih jauh lagi, perlu juga dipelajari lebih lanjut kemungkinan untuk menggunakan Dana Desa, terutama untuk riset implementasi terkait puskesmas maupun komunitas tertentu.

Berbagai potensi pembiayaan riset implementasi pencegahan dan pengendalian TB, Malaria, dan NTD di Indonesia yang bersumber dari dalam negeri adalah diantaranya:

- Pendanaan rutin Balitbangkes
- Dana riset pembinaan Balitbangkes
- Kemenristek Dikti melalui pembiayaan penelitian dosen dan mahasiswa
- Kementrian Keuangan melalui LPDP dengan melibatkan mahasiswa program S2 dan S3
- Pemerintah daerah (Kabupaten dan Kota) dengan memberikan pengertian mengenai pentingnya riset implementasi bagi keberhasilan program di daerah
- Filantropis ternama seperti Tahir dan Tahija
- Perusahaan swasta nasional melalui dana CSR

Sedangkan potensi pembiayaan dari luar negeri diantaranya adalah:

- GFATM khusus untuk penyakit TB dan Malaria
- GAVI
- National Institute of Health (Amerika Serikat) melalui pendanaan penelitian langsung kepada institusi maupun peneliti individu
- Uni Eropa
- WHO-TDR
- Donasi langsung dari negara-negara maju
- Yayasan filantropi seperti: Bill & Mellinda Gates Foundation, Welcome Trust Foundation, Carter Center
- Global Health Atlanta
- GNNTD

Untuk memperkuat posisi tawar institusi maupun peneliti yang akan mengajukan dana, maka jejaring riset implementasi dapat digunakan sebagai entitas yang bernegosiasi dengan donor petensial. WHO dalam hal ini juga dapat menjadi fasilitator untuk menghubungkan donor dengan para peneliti, karena WHO memiliki jaringan dan kerjasama yang luas dengan berbagai lembaga Internasional.

Untuk memobilisasi pembiayaan dan meningkatkan komitmen pelaksanaan riset implementasi dibutuhkan juga dukungan dari para akademisi seperti mahasiswa S2 dan S3. Strategi riset implementasi ini perlu disebarluaskan kepada para mahasiswa S2 dan S3 agar mereka dapat melaksanakan penelitian sesuai dengan strategi yang telah dibuat.

Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Laporan Survei Prevalensi TB 2014.
2. www.tbindonesia.or.id
3. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia 2015–2019 (draft)
4. Probandari A, Lestari T, Djasri H, Wilastonegoro N, Andayani PE, et al. Projek Hospital Delivery Managing Systems for TB and MDR-TB Fase 2. Universitas Gadjah Mada-Otsuka SA. 2015. Unpublished.
5. Anantalia D, Setyawati A, Suhartono, Jati SP. Improving treatment observers (PMO) knowledge by employing behavioural change intervention delivered by mobile telephone short message service in order to increase tuberculosis case finding and case holding: Final Report. Tuberculosis Operational Research Group Indonesia. 2012. Unpublished.
6. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria.
7. Subdit Malaria Kementerian Kesehatan RI. Ppt Kasubdit Malaria dr Elvieda Sariwati pada Pertemuan Monitoring dan Evaluasi Malaria 15–18 Februari 2016: Kebijakan dan Strategi Pengendalian Malaria.
8. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Malaria Indonesia 2014.
9. Elyazar IRF, Hay SI, Baird JK. Malaria distribution, prevalence, drug resistance and control in Indonesia. Adv Parasitol 2011; 74: 41–175
10. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pengendalian Vektor Malaria. 2014.
11. Subdit Malaria Kementerian Kesehatan RI. Ppt Usulan Topik Penelitian Balitbangkes Tahun 2016.
12. Ministry of Health Indonesia. Neglected Tropical Diseases in Indonesia: An Integrated Plan of Action Ministry of Health 2011–2015. 2011.
13. Ppt Pertemuan Advokasi, Sosialisasi, dan Pelatihan Singkat Kegiatan Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta Frambusia Melalui Kampanye Eliminasi Kusta dan Eradikasi Frambusia 2016.
14. Kementerian Kesehatan RI. Peta Jalan Program Pengendalian Penyakit Kusta di Indonesia: Menuju eliminasi tingkat provinsi. 2015.
15. Kementerian Kesehatan RI. Peta Jalan Eradikasi Frambusia Indonesia Tahun 2020. 2015.
16. Pertemuan Nasional Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) http://pppl.depkes.go.id/berita?id=1648 (diakses pada 30 November 2016)

Lampiran

Lampiran 1. Hasil Survey Putaran Pertama

Kelompok Tuberkulosis (N=9)

No	Usulan Pertanyaan	Jumlah Jawaban					Median	CoV (%)
		1	2	3	4	5		
1	Bagaimana implementasi program GeneXpert untuk suspek/pasien MDR-TB di Indonesia pada setting yang berbeda?			1	3	5	5	16
2	Bagaimana meningkatkan kepatuhan penyedia layanan kesehatan untuk melaporkan temuan kasus TB kepada Program TB Nasional?				4	5	5	12
3	Bagaimana pemanfaatan teknologi dapat meningkatkan kepatuhan pasien TB untuk menyelesaikan pengobatan?				4	5	5	12
4	Bagaimana efisiensi program dukungan pengobatan pada pasien TB dan MDR-TB yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat?			1	4	4	4	16
5	Bagaimana penerapan sistem skoring TB anak di fasilitas pelayanan primer?		1	2	3	3	4	27
6	Kendala apa saja yang dihadapi dalam penerapan alur diagnosis TB anak di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama?				6	3	4	12
7	Bagaimana penerapan clinical pathway untuk meningkatkan kepatuhan klinisi terhadap standar penatalaksanaan TB/MDR-TB di rumah sakit?			1	2	6	5	16
8	Bagaimana sustainability pendekatan komunitas yang diinisiasi LSM di Indonesia?		1	4	2	2	3	29
9	Bagaimana feasibility penerapan exit strategy pembiayaan program TB?		1	1	5	2	4	24
10	Bagaimana rencana exit strategy pembiayaan program TB diadopsi oleh pihak-pihak yang terkait			3	4	2	4	20

Kelompok Malaria (N=11)

No	Usulan Pertanyaan	Jumlah Jawaban					Median	CoV
		1	2	3	4	5		(%)
1	Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi program penemuan dini kasus malaria di Kawasan Timur Indonesia?			1		10	5	13
2	Apakah program sistim informasi dan surveilans malaria (SISMAL) dapat membantu meningkatkan penemuan dini kasus Malaria?			3	2	6	5	21
3	Apakah rapid diagnostic tests untuk Malaria berkontribusi untuk penemuan kasus yang lebih baik?			4	5	2	4	20
4	Apakah pos malaria desa dapat memperbaiki akses masyarakat ke pelayanan kesehatan Malaria yang lebih baik?			3	4	4	4	20
5	Bagaimana promosi kesehatan tentang malaria mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan?		1	1	4	5	4	23
6	Apakah kombinasi intervensi Indoor *Residual Spraying* (IRS) dan *Long Lasting Insecticided Nets* (LLIN) dapat diterima oleh masyarakat dengan baik?			1	7	3	4	14
7	Bagaimana peran program kemitraan dalam implementasi program pengendalian malaria?		1	3	5	2	4	24
8	Apakah program promosi kesehatan yang sudah dirancang dengan memperhatikan karakteristik lokal dapat membantu pencapaian target program pengendalian malaria yang lebih baik?			2	3	6	5	19
9	Bagaimana tingkat pengendalian malaria di kabupaten/kota atau provinsi yang memiliki pusat malaria?			3	3	5	4	21
10	Apakah pelibatan dokter praktik swasta, rumah sakit dan klinik swasta akan berdampak pada outcome kesehatan pasien malaria yang lebih baik?			3	4	5	4	18

Kelompok Kusta dan Frambusia (N=7)

No	Usulan Pertanyaan	Jumlah Jawaban					Median	CoV
		1	2	3	4	5		(%)
1	Bagaimana efektivitas pemeriksaan kontak serumah/active case finding dalam penemuan kasus kusta?			1	2	4	5	18
2	Bagaimana efektifitas konseling dalam meningkatkan angka kepatuhan pengobatan penderita kusta?			1	3	3	4	18
3	Bagaimana cakupan upaya yang telah diinisiasi oleh NLR dan Sasakawa foundation untuk manajemen kecacatan akibat kusta?			2	3	2	4	20
4	Bagaimana sustainability upaya yang telah diinisiasi oleh NLR dan Sasakawa foundation untuk manajemen kecacatan akibat kusta?			3	3	1	4	20
5	Bagaimana efektifitas penyuluhan Kusta yang dilakukan oleh kader desa?			3	2	2	4	23
6	Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi efektifitas penemuan kasus frambusia secara aktif?				1	6	5	8
7	Bagaimana cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) dengan azitromisin dosis oral tunggal?			3		4	5	26
8	Bagaimana efektivitas pelibatan masyarakat (kader, guru dsb) dalam perubahan perilaku pencegahan penularan frambusia?				3	4	5	12
9	Apakah pelatihan petugas puskesmas dan rumah sakit berkontribusi terhadap deteksi dan manajemen kasus frambusia yang lebih baik?			2	3	2	4	20
10	Apakah program sertifikasi bebas frambusia/ eradikasi frambusia di kabupaten/kota berdampak pada penekanan penularan kasus frambusia?	1		2	4		4	34

Kelompok Filariasis, Schistosomiasis, Helminthiasis (N=12)

No	Usulan Pertanyaan	Jumlah Jawaban					Median	CoV
		1	2	3	4	5		(%)
1	Apakah integrasi program limfatik filariasis (LF) dengan program lain efektif untuk menjaga kontinuitas tatalaksana kasus LF?			3	6	3	4	18
2	Bagaimana penerimaan pasien terhadap implementasi program home care untuk pasien LF?			5	4	3	4	22
3	Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi keberhasilan scaling up program MDA?			2	6	4	4	17
4	Apakah dukungan pemerintah daerah saat ini dapat berdampak pada pencapaian target program pengendalian LF yang lebih baik?			1	4	7	5	15
5	Bagaimana feasibility implementasi tes diagnostic Schisostomiasis yang baru (misal tes CAA urin) di Indonesia?		2	3	4	3	4	29
6	Apakah program edukasi pada masyarakat efektif untuk memperbaiki penerimaan masyarakat terhadap program skrining schistosomiasis?			2	5	5	4	18
7	Faktor-faktor apa yang mempengaruhi keberhasilan tatalaksana schistosomiasis di fasilitas kesehatan primer?		3	2	6	1	4	29
8	Apakah program edukasi perilaku hidup bersih sehat yang telah disesuaikan dengan kebutuhan lokal berkontribusi terhadap penurunan status kecacingan di wilayahnya?		1		3	8	5	20
9	Apakah integrasi program penanggulangan kecacingan dengan program lain, seperti Filariasis atau Malaria, efektif untuk menurunkan status kecacingan?		1		7	4	4	20
10	Bagaimana cakupan pemberian obat anti cacing di wilayah endemis kecacingan?		1	2	6	3	4	23

Lampiran 2. Usulan Pertanyaan Penelitian Tambahan dari Pakar

Usulan pertanyaan penelitian tambahan untuk pengendalian TB

1. Bagaimana model pemberdayaan masyarakat untuk mengurangi faktor risiko penularan TB di komunitas
2. Bagaimana pelibatan pemangku kepentingan untuk P2TB
3. Bagaimana pengendalian infection di fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan layanan TB?
4. Bagaimana meningkatkan peran praktisi dokter swasta/layanan primer dalam meningkatkan temuan kasus TB?
5. Bagaimana meningkatkan patient-centered care dalam pelayanan TB di fasilitas pelayanan kesehatan?
6. Bagaimana persepsi (pengetahuan dan sikap) petugas kesehatan terhadap program pencegahan isoniazid (PP-INH) pada penderita HIV?
7. Bagaimana persepsi (pengetahuan dan sikap) penderita HIV terhadap program pencegahan isoniazid (PP-INH) di rumah sakit?
8. Bagaimana evaluasi pengobatan TB pada penderita TB-HIV di layanan kesehatan?
9. Bagaimana pengembangan vaksin TB baru di Indonesia?
10. Bagaimana efektifitas implementasi program IPT (*Isoniazid Preventive Therapy*) untuk Indonesia?
11. Bagaimana *Cost-Effectiveness* temuan kasus TB aktif pada kelompok risiko tinggi TB di populasi?
12. Seberapa besarkah kontribusi LSM pada pelaksanaan program TB di Indonesia?
13. Bagaimanakah kualitas obat-obatan TB dan reagensia yang tersimpan di gudang obat kabupaten/kota madya di seluruh Indonesia?
14. Bagaimana upaya paling efektif untuk meregulasi peredaran bebas obat anti tuberkulosis di Indonesia?
15. Bagaimana alur diagnostik TB yang paling efektif dan efisien untuk mendukung tercapainya universal DR-TB testing di Indonesia?
16. Bagaimana feasibilitas pemberian layanan TB resisten obat berbasis komunitas dibandingkan dengan pemberian layanan berbasis faskes?

Usulan pertanyaan penelitian tambahan untuk pengendalian Malaria

1. Apakah ada pengaruh anggaran BOK, APBD1, APBD2 dlm ppenaggulangan?
2. Bagaimana peran Pemda untuk ketersediaan tenaga terlatih?
3. Apakah sistim pencatatan pelaporan di Puskesmas diverifikasi?
4. Apakah penjaminan mutu petugas mikroskopis secara berkesinambungan dapat membantu pencapaian target program pengendalian malaria yang lebih baik?
5. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi masyarakat minum obat malaria tanpa melakukan pemeriksaan laboratorium?
6. Apakah obat malaria yang digunakan sekarang (dihydroartemisinin-piperaquine) masih efektif atau sudah mulai berkurang efektivitasnya, khususnya di wilayah Indonesia bagian timur?
7. Apakah logistic obat malaria dan RDT tersedia ?
8. Apakah tenaga dokter terlatih dalam pengobatan dan diagnose?

9. Apakah tenaga Paramedik/ laboratorium terlatih memeriksa malaria ?
10. Bagaimana kapasitas dan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM) di tingkat Puskesmas, Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam Pencegahan dan Pengendalian Malaria baik aspek tatalaksana kasus dan faktor risiko lingkungannya?.
12. Apakah survilans vektor dan pemetaan lingkungan dilakukan sesuai kebutuhan dalam mendukung dalam mendukung keberhasilan pengendalian malaria disetiap wilayah?.
13. Apakah dapat diperoleh informasi gambaran proporsi species parasit malaria dan aspek vektor malaria dalam implementasi pengendalian malaria diwilayah ini?
14. Apakah ada faktor lain yang mempengaruhi outbreak malaria di daerah yang low endemik?
15. Apakah pengaruh koinfeksi dan komorbiditaas terhadap prevalensi malaria parasitemia dan klinis malaria?
16. Bagaimana peran serta masyarakat (PSP) dalam pengendalian, pencegahan dan eliminasi malaria di daerahnya.

Usulan pertanyaan penelitian tambahan untuk pengendalian Kusta dan Frambusia

1. Apakah pendekatan komunitas efektif untuk menurunkan stigma bagi penderita kusta?
2. Apakah perlu dilakukan rehabilitasi yang komprehensif bagi penderita kusta?
3. Apakah pemahaman tentang penularan kusta dapat menurunkan jumlah penderita kusta?
4. Apakah metode yang paling efektif dalam pemberian post exposure prophylaxis dengan Rifampicin pada daerah beban kusta tinggi di Indonesia?
5. Apakah surveilans pasca RFT pada penderita kusta memiliki kontribusi penting dalam pengendalian penyakit kusta secara komprehensif?
6. Apakah pendekatan pelatihan kusta berbasis teknologi mobile dapat berdampak pada peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam deteksi dini kusta dan frambusia?

Usulan pertanyaan penelitian tambahan untuk pengendalian Filariasis, Schistosomiasis dan Helminthiasis (FSH)

1. Bagaimana meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengendalian FSH?
2. Bagaimana endemisitas STH, filariasis dan schistosomiasis
3. Bagaimana efikasi dan keamanan pemberian tripel pengobatan diethylcarbamizine, albendazole dan praziquantel secara rutin dalam upaya pengendalian infeksi STH, schistosomiasis dan filariasis di daerah endemis
4. Bagaimana proses transmisi FSH
5. Bagaimana angka kejadian mikrofilaria setelah program minum obat massal pencegahan (POMP) filariasis pada anak usia sekolah dasar
6. Bagaimana peran masyarakat (PSP) dalam kontinuitas penanggulangan masalah kecacingan?
7. Bagaimana peran infeksi cacing dan pemberantasan infeksi kecacingan dalam transisi epidemilogi?
8. Bagaimana optimalisasi surveilans kecacingan dan pengendalian infeksi cacing di Indonesia, termasuk jangkauannya di perkotaan dan daerah yang sulit terjangkau?

9. Bagaimana peran surveilans di daerah dapat berjalan dengan baik, sehingga validitas data base kasus kecacingan dapat dijamin.
10. Berapa besar perhatian program untuk menjaga kualitas diagnosis mikroskopis di daerah sebagai ujung tombak penegakan diagnosis penderita kecacingan (schistosomiasis dan filariasis).
11. Apakah masyarakat setempat di daerah endemis kecacinngan telah dilibatkan sebagai pelaku/ subyek dalam penemuan kasus dan pengendalian kecacingan.
12. Bagaimanakah cara memunculkan kembali kesadaran masyarakat dan menjaganya tetap tinggi dalam upaya pengendalian schistosomiasis?
13. Bagaimanakah peran lintas sektor dalam pengendalian schistosomiasis di daerah endemis?
14. Bagaimana pengaruh sosial budaya masyarakat dalam mendukung keberhasilan program MDA LF ?
15. Apakah promosi dan edukasi yang berkelanjutan dapat mendorong masyarakat sebagai pelaku utama pengendalian schistosomiasis ?
16. Kenapa schistosomiasis hanya ditemukan pada daerah tertentu di Sulawesi Tengah?

Lampiran 3. Hasil Survey Delphi Putaran Kedua

KELOMPOK TUBERKULOSIS

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Metode apa yang efektif meningkatkan kepatuhan penyedia layanan kesehatan untuk melaporkan temuan kasus TB kepada Program TB Nasional?	1
Apakah diagnosis dengan GeneXpert untuk suspek/pasien MDR-TB di Indonesia feasible untuk diterapkan pada setting yang berbeda?	2
Kendala apa saja yang dihadapi dalam penerapan alur diagnosis TB anak di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama?	3
Strategi apa yang sustainable dan efektif untuk meningkatkan peran praktisi dokter swasta/layanan primer dalam meningkatkan temuan kasus TB dan pengobatan kasus TB	4 atau 5
Apakah penerapan clinical pathway efektif dan efisien untuk meningkatkan kepatuhan klinisi terhadap standar penatalaksanaan TB/MDR-TB di rumah sakit?	4 atau 5
Apakah sistem skoring TB anak efektif untuk diimplementasikan di fasilitas pelayanan primer?	6
Apa alur diagnostik TB yang paling efektif dan efisien untuk mendukung tercapainya universal TB dan DR-TB testing di Indonesia?	**7**
Bagaimana efektivitas pemanfaatan teknologi informasi dalam meningkatkan kepatuhan pasien TB untuk menyelesaikan pengobatan?	8
Bagaimana feasibility penerapan exit strategy pembiayaan program TB?	9 atau 10
Bagaimana efisiensi program dukungan pengobatan pada pasien TB dan MDR-TB yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat?	9 atau 10
Apakah upaya yang efektif untuk meregulasi peredaran bebas obat anti tuberkulosis di Indonesia?	11
Apa kendala yang harus diatasi agar rencana exit strategy pembiayaan program TB dapat diadopsi oleh pihak-pihak yang terkait	12

KELOMPOK MALARIA

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Apakah partisipasi (pemberdayaan) masyarakat berperan dalam implementasi program pengendalian malaria?	**1**
Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi program penemuan dini kasus malaria di Kawasan Timur Indonesia?	2
Bagaimana efektifitas program sistim informasi dan surveilans malaria (SISMAL)?	3
Apakah penjaminan mutu petugas mikroskopis secara berkesinambungan dapat membantu pencapaian target program pengendalian malaria yang lebih baik?	4
Apakah tenaga dokter terlatih untuk melakukan screening suspek dan pengobatan Malaria?	5
Apakah surveilans vektor dan pemetaan lingkungan dilakukan sesuai kebutuhan dalam mendukung keberhasilan pengendalian malaria terutama di daerah reseptif?.	6
Apakah pos malaria desa dapat meningkatkan akses masyarakat ke pelayanan kesehatan Malaria yang lebih baik?	7
Bagaimana menjamin pemberian primakuin yang aman pada pasien dengan G6PD?	8
Apakah rapid diagnostic tests untuk Malaria berkontribusi untuk penemuan kasus yang lebih baik di daerah terpencil?	9
Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi masyarakat minum obat malaria tanpa melakukan pemeriksaan laboratorium?	10
Apakah program promosi kesehatan yang sudah dirancang dengan memperhatikan karakteristik lokal dapat membantu pencapaian target program pengendalian malaria yang lebih baik?	11
Apakah kombinasi intervensi Indoor *Residual Spraying* (IRS) dan *Long Lasting Insecticided Nets* (LLIN) dapat diterima oleh masyarakat dengan baik?	12

KELOMPOK KUSTA FRAMBUSIA

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Bagaimana efektivitas pemeriksaan kontak serumah/active case finding dalam penemuan kasus kusta?	1
Bagaimana partisipasi masyarakat dalam penemuan kasus secara dini?	2
Bagaimana dukungan pemerintah daerah dalam upaya eliminasi kusta dan eradikasi frambusia?	3
Bagaimana efektifitas konseling dalam meningkatkan angka kepatuhan pengobatan penderita kusta?	4
Apakah pendekatan komunitas efektif untuk menurunkan stigma bagi penderita kusta?	5
Bagaimana efektivitas pelibatan masyarakat (kader, guru dsb) dalam perubahan perilaku pencegahan penularan frambusia?	6
Bagaimana cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) dengan azitromisin dosis oral tunggal?	7
Apakah pelatihan petugas puskesmas dan rumah sakit berkontribusi terhadap deteksi dan manajemen kasus frambusia yang lebih baik?	8
Apakah program sertifikasi bebas frambusia/ eradikasi frambusia di kabupaten/kota berdampak pada penekanan penularan kasus frambusia?	9 atau 10
Apakah pemahaman tentang penularan kusta dapat menurunkan jumlah penderita kusta?	9 atau 10
Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi efektifitas penemuan kasus frambusia secara aktif?	11
Bagaimana efektifitas penyuluhan Kusta yang dilakukan oleh kader desa?	12

KELOMPOK FILARIASIS, SCHISTOSOMIASIS, HELMINTHIASIS

Pertanyaan Penelitian	Ranking
Apakah cara yang efektif untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan pemberantasan filariasis, schistosomiasis, dan helminthiasis ?	1
Apakah program edukasi perilaku hidup bersih sehat yang telah disesuaikan dengan kebutuhan lokal berkontribusi terhadap penurunan status kecacingan di wilayahnya?	2
Apakah rekayasa pertanian dan perkebunan mampu mengurangi populasi siput Oncomelania di daerah endemik schistosomiasis	3
Apakah program edukasi pada masyarakat efektif untuk memperbaiki penerimaan masyarakat terhadap program skrining schistosomiasis?	4
Apakah integrasi program penanggulangan kecacingan dengan program lain, seperti Filariasis atau Malaria, efektif untuk menurunkan status kecacingan?	5
Apakah dukungan pemerintah daerah saat ini dapat berdampak pada pencapaian target program pengendalian LF yang lebih baik?	6
Faktor faktor apa saja yang mempengaruhi keberhasilan scaling up program MDA?	7
Bagaimana penerimaan masyarakat terhadap pemberian obat anti cacing massal di wilayah endemis kecacingan? (DOT)	8 atau 9
Bagaimana dinamika penularan filariasis di daerah yang banyak ditemukan cacing filaria Brugia yang bersifat zoonotic	8 atau 9
Bagaimana kepatuhan pasien LF terhadap tatalaksana kasus mandiri?	10
Apakah integrasi program limfatik filariasis (LF) dengan program lain efektif untuk menjaga kontinuitas tatalaksana kasus LF?	11

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Jalan Percetakan Negara No. 29
Jakarta Pusat 10560

Tel. (021) 426 1088
Fax. (021) 4243933
Surel. sesban@litbang.depkes.go.id