

EVALUASI PROGRAM TERPADU PENGENDALIAN MALARIA, PELAYANAN IBU HAMIL DAN IMUNISASI DI KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN DAN KOTA BANJARBARU PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

EVALUATION OF INTEGRATED MALARIA CONTROL PROGRAM, MATERNAL HEALTH CARE AND ROUTINE IMMUNIZATION PROGRAMS IN HULU SUNGAI SELATAN AND BANJARBARU CITY, IN KALIMANTAN SELATAN PROVINCE

Hanifah Rogayah¹, Yodi Mahendradhata², Retna Siwi Padmawati²

¹Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP dan PL, Dit.PPBB. Sudit Pengendalian Malaria

²Pusat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM

ABSTRACT

Background: To reduce child and maternal mortality, as well as mortality and morbidity of malaria, an integrated malaria control program along with antenatal care and immunization has been implemented through malaria screening and provision of LLIN to pregnant women and the provision of LLIN to children under five who received full immunization.

Objective: The objective of this study is to evaluate integrated malaria control program in Hulu Sungai Selatan District and Banjarbaru City, South of Kalimantan Province by exploring input, process and output of the program.

Method: The study uses evaluation formative approach using qualitative method with exploratory qualitative design. Data is collected through in-depth interviews, focus group discussion, checklist of observation and documents related to the integrated program. Data analysis was performed with the reduction and presentation of the data, visualization, conclusions, and verification that describe the input, process and output variables relevant to integrated malaria control program.

Result: The dominant challenges in the input are commodity, funds, as well as the organization of integrated programs. Implementation of the integrated program is not optimal in the form of policies, capacity building, QA, supervision, and recording and reporting. The integrated program did not achieve the intended output in terms of LLIN coverage for children under five as well as pregnant women ANC coverage (Trimester I and IV)

Conclusion: The implementation of integrated malaria control program in general was relatively weak in terms of input, process and output. Adequate inputs and processes to strengthen the implementation of the integrated program are necessary, so it can be one of the exit strategies for malaria control in pregnant women and children under five.

Keywords: Integrated program, malaria control, maternal health care, immunization routine

ABSTRAK

Latar Belakang: Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak serta angka kesakitan dan kematian akibat malaria, telah dilaksanakan program terpadu pengendalian malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi melalui skrining malaria dan pemberian kelambu berinsektisida pada ibu hamil serta

pemberian kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi program terpadu di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan dengan mengeksplorasi input, proses dan output program.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi formatif, dengan metode kualitatif dan desain penelitian kualitatif eksploratif. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah serta observasi dan checklist dokumentasi.

Hasil: Tantangan yang paling besar dan dominan pada input adalah komoditi, dana, serta organisasi program terpadu. Belum optimalnya pelaksanaan proses program terpadu berupa kebijakan, *capacity building*, QA, supervisi, serta pencatatan dan pelaporan. Tidak tercapainya output program terpadu yaitu cakupan kelambu pada balita dan cakupan kunjungan ANC ibu hamil (K1 atau K4).

Kesimpulan: Program terpadu pengendalian malaria, pelayanan kesehatan ibu hamil dan imunisasi belum optimal pada komponen input, proses dan output. Adekuatnya input dan proses dapat memperkuat pelaksanaan program terpadu, sehingga dapat menjadi salah satu *exit strategi* pengendalian malaria pada ibu hamil dan balita.

Kata Kunci: program terpadu, pengendalian malaria, kesehatan ibu dan imunisasi

PENGANTAR

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang berkontribusi dalam kematian bayi, balita dan ibu hamil, yakni malaria dalam kehamilan menyebabkan 5–12% dari total bayi berat lahir rendah dan berkontribusi 75.000 hingga 200.000 terhadap kematian bayi¹. Di daerah terpencil dimana fasilitas kesehatan sulit dijangkau, pada umumnya cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan dan imunisasi rutin sangat rendah serta angka kejadian penyakit malaria cukup tinggi². Kegiatan terpadu pengendalian malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi melalui kegiatan skrining malaria ibu hamil

dan pemberian kelambu berinsektisida melalui pemberian kelambu dan screening malaria pada ibu hamil dan balita dengan imunisasi lengkap dapat meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, cakupan imunisasi dan penemuan kasus positif malaria serta memberikan pencegahan terhadap penularan penyakit malaria pada ibu hamil, bayi dan balita².

Kegiatan terpadu pengendalian malaria dengan pelayanan ibu hamil dan imunisasi juga diimplementasikan di negara lain contohnya yaitu di Togo dan di District Mukono Uganda tahun 2005³. Di Burkina Faso pada tahun 2007 dilakukan pendistribusian kelambu melalui pelayanan kesehatan ibu hamil⁴. Pada tahun 2010 program ini mulai diimplementasikan secara bersama-sama di wilayah Kalimantan dan Sulawesi yaitu di wilayah dengan endemisitas malaria sedang (*API* sebesar 1-< 5 per 1.000 penduduk).

Pencapaian indikator program terpadu malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi di wilayah Kalimantan dan Sulawesi masih di bawah target. Anggaran dana kegiatan program terpadu ini lebih besar bila dibandingkan dengan seluruh anggaran program pengendalian malaria secara nasional untuk seluruh Indonesia pada tahun 2012 bersumber dari APBN yaitu sekitar Rp. 21,9 milyar.

Evaluasi pelayanan integrasi berfokus pada proses dan hasil serta penilaian menghitung konteks perkembangan pelayanan terintegrasi, dan berbagai perspektif dari pengguna jasa, penyedia jasa dan tingkat penyediaan pelayanan kesehatan yang terlibat⁵. Kegiatan terpadu ini belum berjalan sebagaimana mestinya sehingga dilakukan evaluasi program terpadu malaria, kesehatan ibu hamil dan imunisasi dilakukan pada tahap input, proses pelaksanaan dan output di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi program formatif dengan desain penelitian kualitatif eksploratif, mendeskripsikan evaluasi pelaksanaan pro-

gram terpadu di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalsel.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap pengelola program terpadu di tingkat kabupaten/kota dan pengelola terpadu di tingkat puskesmas terpilih dengan total informan sebanyak 13 orang, selain itu juga telah dilakukan diskusi kelompok terarah sebanyak 6 kali yaitu kelompok pengelola malaria, KIA dan imunisasi di masing-masing kab/kota, dan untuk mengetahui jalannya program terpadu juga dilakukan observasi pada saat pelaksanaan serta didapatkan hasil ceklist dokumentasi terhadap data capaian output dan dokumen pendukung pelaksanaan program terpadu. Analisis data dilakukan dengan reduksi dan penyajian data serta penarikan kesimpulan dan verifikasi, sehingga memberikan gambaran yang jelas tentang variabel yang paling relevan yaitu input (komoditi, dana dan struktur organisasi), proses (kebijakan dan supervisi) serta capaian indikator output program terpadu malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada tahun 2013 program terpadu dilaksanakan di 21 puskesmas Kabupaten HSS dan 4 puskesmas di Kota Banjarbaru. Capaian indikator output program terpadu di Kabupaten HSS terdapat 7 indikator yang telah berhasil mencapai target, namun masih terdapat 3 indikator yang belum mencapai target yaitu cakupan kelambu balita, cakupan kunjungan ANC K1 dan cakupan kunjungan ANC K4. Capaian indikator di Kota Banjarbaru, yaitu 9 dari 10 indikator sudah mencapai target, kecuali indikator cakupan kelambu pada balita.

Komoditi

Komoditi yang sangat menentukan dalam kelancaran pelaksanaan program terpadu ini adalah kelambu yang sering terlambat tiba di lapangan atau tidak sesuai jadwal, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

Tabel 1. Capaian Indikator Output Program Terpadu di Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru Tahun 2013

Indikator Output	Target (%)	Capaian (%)	
		Kabupaten HSS	Kota Banjarbaru
Cakupan kelambu pada ibu hamil	80	94,31	94,83
Cakupan skrining ibu hamil	80	125,74	81,28
Cakupan kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap	80	39,90	72,23
Cakupan Kunjungan ANC 1 (K1)	95	90,00	95,60
Cakupan Kunjungan ANC 4 (K4)	90	69,90	90,20
Cakupan imunisasi lengkap pada balita	80	87,80	93,60
Persentase Bidan yang dilatih malaria dalam kehamilan	80	80,23 (138 orang)	82,20 (97 orang)
Pelaksanaan supervisi terpadu	80	100%	100%
Kelengkapan laporan terpadu	80	100,00	100,00
Ketepatan laporan terpadu	80	85,71	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru, 2014

“...seperti pedoman yang saya baca, maksud dari program ini untuk meningkatkan cakupan tapi akhirnya jadi masalah karena kelambu tiba di akhir-akhir tahun sehingga tidak meningkatkan lagi cakupan program imunisasi, jadi eee...seolah - olah hal ini menambah kerjaan teman-teman, kalau seperti ini seolah - olah kita yang mencari -cari lagi balita yang telah diimunisasi lengkap itu...”(pengelola imunisasi).

“...kegiatan integrasi KIA - malaria sudah berjalan dengan baik, bidan-bidan puskesmas sudah menjalankan RDT dan kelambu sesuai dengan yang diharapkan, asal tersedia kelambu dan RDT maka program berjalan...” (Pengelola KIA)

Tidak tersedianya kelambu menyebabkan perubahan pada mekanisme pemberian kelambu yang seharusnya diserahkan pada kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester pertama (K1) menjadi disusulkan setelah kelambu tersedia. Begitu pula untuk pemberian kelambu pada balita yang imunisasinya sudah lengkap, harus dilakukan *sweeping* atau petugas mendatangi ke setiap rumah balita untuk membagikan kelambu kepada sasaran tersebut. Hal ini disamping menambah beban kerja dan dana, serta tujuan program terpadu untuk meningkatkan cakupan imunisasi lengkap tidak tercapai.

Dana

Anggaran biaya kegiatan program terpadu di tingkat kabupaten, puskesmas hingga desa meliputi komponen: biaya distribusi kelambu dari kabupaten/kota ke puskesmas hingga distribusi ke sasaran, pelatihan dan sosialisasi, supervisi, insentif petugas di tingkat kabupaten/kota, dan *sweeping*. Jumlah dana distribusi kelambu menurut petugas kesehatan sangat kecil atau tidak sebanding dengan ongkos

transport ke sasaran, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

“...cuma istilahnya kan kalau dihitung dari segi jerih payah waktu dan tenaga yang dikeluarkan maka tidak sesuai...”(pengelola imunisasi)

Namun ada pula informan yang menyatakan bahwa dana tidak menjadi masalah walaupun kecil karena ada dukungan dana kegiatan ANC bersumber dari BOK yang bisa terintegrasi dengan kegiatan program terpadu, seperti yang diungkapkan oleh pengelola KIA (INF. 8) berikut ini :

“...itu untuk transportasi juga, yang Rp.1800 itu ya?, untuk bidannya nach itu untuk jasanya ada, jadi bisa membagikan kelambu,...juga tersedia dana *sweeping* ANC dari BOK... sehingga sekalian membagi kelambu dan kegiatan ANC juga...sekali kerja saja bisa mencapai dua kegiatan..”

Sumber pendanaan program terpadu sebagian besar masih bergantung pada dana hibah luar negeri (Global Fund), walaupun sudah tersedia dukungan dana bersumber dari APBD dan BOK namun besarnya masih jauh lebih kecil. Masih ketergantungannya dana program terpadu ini pada bantuan luar negeri akan mempengaruhi terhadap kelangsungan terus menerus atau *sustainability* program terpadu ini selanjutnya. Ketergantungan dana terhadap donor tanpa dilakukan adanya *exit strategy* untuk sumber pembiayaan lain akan berdampak pada berhentinya kegiatan program terpadu di lapangan, misalnya ketika tidak tersedianya dana insentif untuk pengelola imunisasi dan KIA menimbulkan berkurangnya perhatian atau kerjasama dan peran pengelola program terkait (adanya anggapan bahwa program terpadu juga sudah berhenti). Hasil evaluasi input tentang dana program terpadu seperti pada tabel 2:

Tabel 2. Hasil Evaluasi Dana Program Terpadu Menurut Pengelola Malaria, Pengelola Imunisasi dan Pengelola KIA

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Ketersediaan dan kecukupan dana.	- Dana tersedia, besarnya cukup untuk perkotaan namun sangat kecil untuk daerah sulit.	- Ada dana untuk bagi kelambu, walaupun kecil jumlahnya	- Ada dana untuk distribusi kelambu, tetapi dana untuk skrining tidak ada lagi.
Jenis dana.	- Dulu tersedia dana untuk: pelatihan bidan, sosialisasi KIA dan imunisasi, insentif bidan imunisasi, <i>sweeping</i> , transport distribusi. - Ada biaya angkut dari kab ke faskes, tapi untuk salary imunisasi dan KIA hanya sampai tahun 2012.	- Tersedia dana untuk bidan yang memberikan kelambu bayi dan balita, sosialisasi, <i>sweeping</i> kelambu, pertemuan evaluasi tiap tahu. - Ada salary untuk Imunisasi tetapi hanya s/d tahun 2011.	- Ada dana tapi tidak sesuai dengan tenaga dan waktu. - Ada dana distribusi kelambu cukup walau sedikit. - Dana <i>sweeping</i> ANC bisa untuk <i>sweeping</i> kelambu (kelambu terlambat datang)
Sumber dana.	- APBD Provinsi : untuk pemeriksaan Slide darah malaria (termasuk skrining). - Dana distribusi kelambu dari GF, BOK (pelacakan kasus). - APBD untuk kegiatan supervisi P2P, evaluasi	- GF untuk kelambu, RDT, Distribusi kelambu - APBD untuk supervisi	- GF untuk distribusi kelambu. - BOK untuk <i>sweeping</i> ANC

Struktur Organisasi

Struktur program terpadu yang secara khusus pernah ada pada tahun 2010- 2011 yaitu berupa surat keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tentang penetapan petugas pelaksana program intensifikasi pengendalian malaria pada komponen imunisasi, dan komponen kesehatan ibu. Pada tahun 2012 surat keputusan tersebut dianggap tidak berlaku lagi, seperti yang diungkapkan oleh pengelola program berikut:

“...SK khusus untuk pengelola terpadu dulu tahun 2010 ada, sekarang tidak ada, yang di SK kan dapat honor, dinas kesehatan tidak membuat antara malaria, KIA dan imunisasi secara program...” (pengelola malaria).

“...penunjukan tim integrasi malaria dengan KIA, pada tahun 2010 ada honor nya tapi tidak dilanjutkan tapi memang kegiatannya kurang... tapi walaupun tidak ada dana tapi tidak dituntut untuk membuat SK...” (pengelola KIA).

Komitmen dan koordinasi antara ketiga program tersebut saat ini tetap berjalan walaupun tidak ada

secara tertulis atau hanya secara lisan oleh pengelola malaria, terutama untuk pengelola program imunisasi dan KIA yang baru (terlibat program tidak sejak awal).

Kebijakan

Hasil evaluasi komponen proses tentang kebijakan program terpadu menurut pengelola malaria, imunisasi dan KIA dapat dilihat pada Tabel 4.

Implementasi program pada tahun 2011–2013 terdapat perubahan kebijakan yaitu pada tahun 2011 semua puskesmas di wilayah kabupaten/kota dengan endemis malaria sedang tetapi tahun 2012 - 2013 yang melakukan kegiatan terpadu hanya di puskesmas yang mempunyai desa dengan endemis malaria sedang.

Supervisi

Supervisi program terpadu tidak dilakukan secara khusus, namun diintegrasikan dengan supervisi kegiatan lainnya. Pada awal program tersedia dana untuk supervisi khusus program terpadu namun saat ini tidak lagi tersedia dana tersebut. Supervisi dilaku-

Tabel 3. Hasil Evaluasi Struktur Organisasi Program Terpadu Pengelola Malaria, Pengelola Imunisasi dan Pengelola KIA

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Struktur program terpadu	– Pernah ada SK khusus pengelola program terpadu yang dibuat tahun 2010, yang termasuk dalam Program terpadu Imunisasi dan KIA. – Ada salary dari GF utk masing-masing program.	– Komitmen dulu awal program tahun 2010, apalagi ada salary untuk masing- masing program terlibat. – Sekarang tidak ada, terakhir tahun 2011.	– Dulu tahun 2010 ada SK integrasi KIA dengan malaria untuk kelambu ibu hamil dan skrining, tahun 2012 tidak ada lagi. – Kegiatan tetap berlangsung.
Komitmen	– Pengelola imunisasi karena masih satu bidang, sehingga program berjalan. – Tidak ada komitmen resmi, dulu ada sekarang tidak ada komitmen tertulis. – Ada sosialisasi dan pelatihan, sehingga diketahui oleh program terkait	– Kegiatan tetap jalan di lapangan. – Komitmen terpadu hanya lisan. – Komitmen tertulis/ SK tidak ada. – Pengelola imunisasi PKM diinformasikan saat sosialisasi/ buku pedoman.	– Ada komitmen tertulis tahun 2010 – 2011 – Sekarang tidak ada komitmen tertulis. – Sudah masuk dalam program kelas ibu hamil. – Komitmen diinformasikan secara lisan oleh pengelola malaria. – Pengelola KIA ada pelatihan, dan sosialisasi pada seluruh bidan desa.
Dukungan terhadap program, Koordinasi antara program terkait	– Pengelola imunisasi dan KIA membantu dalam pelaksanaan program terpadu	– Program terpadu berjalan, ada kendala pengelola imunisasi dan bidan melakukan sweeping ke balita yang sudah lengkap imunisasinya.	– Bidan desa mendukung program. – Kegiatan terpadu ini menjadi bagian dalam setiap pelatihan kelas ibu hamil.

Tabel 4. Hasil Evaluasi Kebijakan Program Terpadu

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Proses penyampaian kebijakan kepada pelaksana program	– Sosialisasi saat pertemuan evaluasi bulanan program malaria.	– Sosialisasi pada awal program terpadu tahun 2010 dan membaca pedoman	– Pelatihan bidan tingkat kab/kota, sosialisasi untuk bidan desa di puskesmas
Proses implementasi	– Ada perubahan-perubahan kebijakan yaitu daerah endemisitas dari mapping kab/kota menjadi mapping desa	– Penentuan daerah sasaran program mengikuti malaria saja.	– Program terpadu sudah masuk ke dalam program kelas ibu hamil sehingga sudah jelas pelaksanaannya. Kelambu

kan setiap 3 bulan sekali dimana setiap puskesmas minimal dilakukan supervisi 1 kali dalam setahun, atau bisa tidak terjadwal tergantung bila ada terdapat permasalahan di lapangan. Antara program yang terlibat melakukan sendiri-sendiri supervisi, kecuali untuk program imunisasi dan malaria yang dalam satu seksi bisa dilakukan supervisi bersama-sama, seperti yang diungkapkan oleh pengelola malaria (INF.1) berikut :

“...supervisi terpadu malaria - imunisasi bisa terpadu, kalau KIA tidak bisa terpadu karena KIA juga ada kegiatan sendiri - sendiri...”

PEMBAHASAN

Indikator cakupan kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap masih di bawah target. Hal ini bila dibandingkan dengan cakupan balita yang mendapat imunisasi lengkap maka sangat jauh berbeda. Hasil ini berbeda dengan di Malawi bahwa pemberian kelambu gratis pada anak yang telah melengkapi imunisasi dasar, meningkatkan cakupan imunisasinya meningkat > 25% di setiap distrik⁶. Adanya perbedaan capaian indikator ANC tersebut yang lebih kecil bila dibandingkan dengan capaian cakupan kelambu pada ibu hamil dan cakupan skrining ibu hamil yang lebih besar dan mencapai target. Integrasi bukan berarti “menyembuhkan” pelayanan yang tidak ada sumber daya yang adekuat. Integrasi dua program yang terpisah sebelumnya mungkin akan menghemat pemberi pelayanan, tetapi integrasi pada kegiatan yang baru ke dalam sistem kesehatan yang sudah ada tidak akan berjalan kontinu tanpa adanya sistem yang menyeluruh dengan sumber daya yang lebih baik⁷.

Keterlambatan distribusi kelambu dari pusat ke kabupaten/kota merupakan hambatan utama dalam penyediaan logistik program terpadu yang berdampak pada tidak tercapainya salah satu tujuan pendistribusian kelambu yaitu meningkatkan cakupan kunjungan ANC dan imunisasi lengkap pada balita. Karakteristik keberhasilan pelayanan terintegrasi adalah bagaimana *link* yang baik antara target intervensi dalam kelompok grup populasi dan sumber daya yang diperlukan (misalnya *supply*, perlengkapan, dan tersedianya tenaga kesehatan yang terlatih)⁸. Kepemilikan kelambu akan meningkatkan cakupan imunisasi baik pada program kampanye integrasi maupun pelayanan rutin. Memastikan rantai logistik yang *sufficient* yakni memperhatikan komoditas dari kedua program yang diintegrasikan misalnya imunisasi dan pelayanan malaria (kelambu), yang juga berkontribusi dalam keberhasilan pelayanan terintegrasi.

Sumber pendanaan program terpadu sebagian besar masih bergantung pada dana hibah luar negeri (Global Fund), walaupun sudah tersedia dukungan dana bersumber dari APBD dan BOK namun besarnya masih jauh lebih kecil. Masih ketergantungannya dana program terpadu ini pada bantuan luar negeri akan mempengaruhi terhadap kelangsungan terus menerus atau *sustainability* program terpadu ini selanjutnya. Solusi mendapatkan *sustainable* dan inovasi pembiayaan adalah dengan melibatkan peran pemerintah dalam proses program. Provinsi dan kabupaten menyiapkan biaya untuk kegiatan di lapangan dan diperlukan persetujuan di tingkat nasional untuk target yang akan dicapai. Kontribusi dari masyarakat di daerah juga harus mulai dikejar untuk membiayai pelayanan terpadu di masyarakat⁹.

Organisasi program terpadu tidak tertuang secara tertulis berupa SK atau kesepakatan kerja antara ketiga program terkait, sehingga komitmen, dukungan dan tanggung jawab dari pengelola program terkait juga tidak mengikat. Pelayanan integrasi memerlukan perubahan struktur dan organisasi secara signifikan menjadi sistem pelayanan administrasi dan manajemen yang kadang lebih kompleks¹⁰.

Integrasi dengan tipe organisasi berupa adanya struktur koordinasi, sistem kekuasaan dan hubungan antar organisasi dengan mengembangkan perjanjian formal dan informal atau rencana kerjasama seperti penggabungan dana atau praktik dasar pengawasan atau mengembangkan payung struktur organisasi seperti federasi perawatan primer atau persekutuan lokal daerah (Shaw, 2011). Secara organisasi, integrasi dapat terjadi pada saat adanya penggabungan, perjanjian atau strategi perserikatan antara institusi yang berbeda, dan berdasarkan integrasi profesional terjadi apabila profesi kesehatan yang berbeda atau spesialisasi bekerja bersama untuk ikut serta memberikan layanan bersama (*joined-up service*)¹¹.

Tidak adanya *update* terhadap pedoman berakibat petugas pelaksana program terpadu yaitu bidan atau juru imunisasi yang langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat (ibu hamil dan balita) menjadi kebingungan dan tidak bisa memahami dan mengerti ketentuan pelaksanaan program, yang dapat menghambat kinerja program terpadu tersebut. Implementasi di Malawi kebijakan malaria dalam kehamilan meskipun panduan bisa ditemukan pada tingkat nasional namun mereka tidak menyebarkan informasi kebijakan tersebut secara efektif pada seluruh penyedia jasa pelayanan kesehatan juga tidak mengenalkan panduan secara ekstensif. Hal tersebut menyebabkan penggunaan dan kepatuhan terhadap panduan tersebut bisa sangat lemah¹².

Tidak adanya komitmen antar program yang terlibat menyebabkan terhambatnya koordinasi dan komunikasi pelaksanaan kegiatan, walaupun secara kuantitas program terpadu tetap berjalan di lapangan namun secara kualitas program terpadu belum tercapai. Integrasi seluruh sektor memerlukan keterlibatan dan komitmen di berbagai tingkat lembaga yang terlibat¹³.

Supervisi program terpadu tidak dilakukan secara khusus, namun diintegrasikan dengan supervisi kegiatan lainnya. Supervisi merupakan salah satu upaya untuk menjalin koordinasi antar program yang terlibat, ataupun koordinasi pada program yang sama namun pada tingkatan pelayanan yang berbeda. Supervisi adalah dasar untuk koordinasi dalam hirarki organisasi, yakni dilakukan pertukaran informasi di antara 2 orang atau seorang yang bertanggung jawab untuk suatu pekerjaan¹⁴.

Secara konteks pelaksanaan program terpadu pengendalian malaria, pelayanan kesehatan ibu hamil dan imunisasi di Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru telah berjalan dan diterima dengan baik oleh pengelola dan penyedia pelayanan, namun untuk keberhasilan jangka panjang dan sustainability program terpadu ini, masih terdapat beberapa tantangan dan tindak lanjut yang harus dilakukan pada setiap komponen.

REFERENSI

1. WHO, Malaria in Pregnancy: Guideline for measuring key monitoring and evaluation indicators. World Health Organization; 2007.
2. Kementerian Kesehatan RI: Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Terpadu Pengendalian Malaria, Pelayanan Ibu Hamil dan Imunisasi, Kemenkes RI, Ditjen PP dan PL. Jakarta, 2011.
3. Mboye AK, Neema S, dan Magnussen P: Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Journal article* 2005, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16317032>.
4. Beiersmann Claudia, Manuela De Allegri, Justin Tiendrebéogo, Maurice Ye, Arbrech Jahn, Olaf Mueller: "Different delivery mechanisms for insecticide-treated nets in rural Burkina Faso: a provider's perspective. <http://www.pubmedcentra.nih.gov/articlerende>; no 10.1186/1475-2875-9-352; 2010.
5. Shaw S, Rosen R dan Rumbold B: What is integrated care, an overview of integrated care in NHS, research report. *Nuffield Trust* 2011, London W1G7LP. New Cavendish Street.
6. Mathanga DP, Luman ET, Campbell CH, Silwimba C, Malenga G: Integration of insecticide-treated net distribution into routine immunization service in Malawi: a pilot study. *Tropical medicine and international health* 2009, vol 14 no.7 July 2009, Blackwell publish Ltd.
7. WHO, Integrated health services: what and why. *H. I Brief No. 1* 2008, WHO department of health policy, development and services.
8. Wallace A, TK Ryman dan V Dietz: Experiences integrating delivery of maternal and child health services with childhood immunization programs: systematic review update, *Oxford University Press in association with the London of Hygiene and tropical medicine* 2012.
9. Partapuri Tasnim, R Steingless dan J Sequira: Integrated delivery of health services during outreach visit: A literature review of program experience through a routine immunization lens. *The Journal of Infectious Disease*, 2012;205:S20-7.
10. Richardson Dominic dan Patana P: Integrating service delivery : Why, for who, and how?. *Social Policy Division, Integrated service and housing consultation* 2012.
11. Lloyd dan Wait: Integrated care a guide for policymakers. *Health the future* 2005. Geronto Centrum. United Kingdom.
12. MCHIP, USAID, Maternal and child health integrated program: Capacity to address malaria in pregnancy and community case management. *Final MCHIP Malaria Brief* 2012.
13. Jacqueline S: Integration of health services: Theory and practices. *Harvard global health review* 2012.
14. Shortel and Arnorld DK: *Essential of health care management*, Delmar Publisher 1997.