

**BUKU PANDUAN**

**RISET OPERASIONAL INTENSIFIKASI**

**PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR**

**(RO - IP2M)**

**Revisi 1 Agustus 2000**

**Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan**  
**Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman**  
**Departemen Kesehatan RI**  
**JAKARTA 2000**

## I. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan menurut GBHN 1993 diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas hidup termasuk usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat dan produktif. Perhatian khusus diberikan pada golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah, daerah kumuh perkotaan, daerah pedesaan, daerah terpencil dan kelompok masyarakat yang hidupnya masih terasing, daerah transmigrasi, serta daerah pemukiman baru. Arahan GBHN 1993 juga menekankan riset dan pengembangan kesehatan yang perlu terus dilanjutkan antara lain untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sedangkan penggalan, riset, pengujian, pengembangan dan penemuan obat-obatan tradisional termasuk budi daya tanaman obat tradisional yang secara medis dapat dipertanggungjawabkan perlu terus ditingkatkan dan didorong.

Sampai saat ini masalah penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menjadi penyebab kesakitan dan kematian utama di Indonesia, khususnya di kalangan masyarakat berpenghasilan rendah dan kelompok rentan. Meskipun berbagai program pemberantasan penyakit menular telah dilaksanakan, masih dijumpai berbagai kendala yang menghambat keberhasilan program antara lain karena belum digunakannya secara konsisten data epidemiologi dalam pengambilan keputusan di semua tingkatan, belum terlaksananya desentralisasi manajemen dan pembiayaan pelayanan kesehatan serta belum optimalnya peranserta masyarakat. Berbagai permasalahan dan kendala tersebut erat kaitannya dengan kualitas sumberdaya pengelola program baik dari segi teknis maupun manajemen.

Berdasarkan berbagai permasalahan yang dikemukakan, Asian Development Bank (ADB) membantu dilaksanakannya proyek Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular, terutama penyakit menular yang paling berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat khususnya angka kematian ibu dan bayi serta anak, yaitu malaria, ISPA (dalam hal ini: pneumonia akut), tuberkulosis, dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I - dalam hal ini: campak).

Proyek ini merupakan proyek bantuan ADB kepada Ditjen P2MPLP dengan maksud untuk membangun suatu strategi nasional yang baru dalam pemberantasan keempat penyakit menular tersebut, mengintegrasikan kegiatan pemberantasan penyakit menular di tingkat kabupaten dan mengurangi pendekatan "top-down".

Sasaran proyek adalah sesuai atau sama dengan sasaran Pelita VI, meliputi: a) peningkatan angka penyembuhan TB lebih dari 85% dan perluasan cakupan TB sampai 70%, b) menurunkan angka kesakitan malaria menjadi 30/1000, c) menurunkan angka kematian anak balita karena pneumonia sebesar 30/1000, d) meningkatkan cakupan imunisasi pada anak menjadi 80%, TT pada ibu hamil 85%, e) eliminasi polio pada tahun 2000 dan f) memasukkan vaksinasi hepatitis B dalam program nasional. Proyek juga mengintegrasikan kegiatan surveilans secara lebih efektif dan efisien pada deteksi kasus, penatalaksanaan kasus dan pelayanan pengobatan. Diharapkan bahwa proyek dapat melahirkan suatu model integratif penanggulangan penyakit menular lainnya dan juga penyakit tidak menular di seluruh Indonesia. Mengingat proyek dilaksanakan mulai 1997 s/d 2002, tujuan tersebut akan ditingkatkan sehingga mencapai sasaran Pelita VII.

Riset Operasional adalah penelitian yang dilakukan untuk memecahkan masalah-masalah operasional (pelaksanaan) dalam suatu organisasi dengan menggunakan metode ilmiah (Matematika dan statistik) untuk mencapai optimalisasi penggunaan sumberdaya.

Prinsip Riset Operasional Dalam Program Kesehatan adalah:

#### **A. Client Oriented**

- Riset Operasional selalu berorientasi pada pemenuhan kebutuhan “client”, dalam hal ini adalah pihak yang membutuhkan dan akan menggunakan hasil penelitian tersebut.
- “Client Oriented” berarti permasalahan yang akan diteliti serta pertanyaan apa yang perlu dijawab (pertanyaan penelitian) adalah pertanyaan yang datang atau dirumuskan oleh “client” atau “user”, dan bukan masalah atau pertanyaan yang dimunculkan oleh peneliti.
- Ini berarti “user” harus dilibatkan dalam setiap langkah penelitian: identifikasi masalah, perumusan pertanyaan penelitian, desain penelitian, cara analisis dan penyajian hasil serta bagaimana aplikasi hasil tersebut dalam memecahkan masalah pelaksanaan program yang bersangkutan .
- Selain itu Riset Operasional tidak berhenti pada penyampaian atau penyajian hasil kepada “user”, akan tetapi terus berlanjut dalam bentuk pemberian jasa konsultasi untuk membantu “user” memanfaatkan hasil penelitian dalam memecahkan masalah yang dihadapinya.

## **B. Multidisiplin**

Riset Operasional pada umumnya membutuhkan ilmu dan metode dari berbagai disiplin ilmu. Ini sesuai dengan kenyataan bahwa sistem kesehatan pada hakekatnya bersifat kompleks dan “multifactorial”. Oleh sebab itu dalam perencanaan dan pelaksanaannya, dibutuhkan suatu tim yang terdiri dari berbagai pakar sesuai dengan kebutuhan penelitian bersangkutan

## **C. Action Research**

Riset Operasional umumnya berkaitan dengan program-program yang sudah atau sedang berjalan, dengan tujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi program tersebut. Oleh sebab itu pelaksanaan Riset Operasional kadang-kadang langsung merupakan bagian dari program yang sedang berjalan. Artinya, tidak dilakukan suatu eksperimen dengan suatu desain tersebut.

## **D. Penggunaan Metode Ilmiah**

Prinsip dan metode ilmiah (Induksi, deduksi dan verifikasi) tetap dipegang teguh dalam pelaksanaan Riset Operasional, akan tetapi derajat validitas serta kemaknaannya tidak seketat penelitian akademis yang bertujuan mencari “kebenaran ilmiah” misalnya, untuk menjamin adanya validitas eksternal dalam penelitian ilmiah diperlukan sejumlah sample dengan error dan keyakinan yang tinggi, maka dalam Riset Operasional dengan “judgement” sipeneliti dapat ditolerir jumlah sample yang lebih sedikit, sesuai dengan ketersediaan sumberdaya. Demikian juga, derajat kemaknaan yang secara konvensional ditetapkan pada batas  $P < 0.05$ , dalam Riset Operasional bisa saja batas  $P < 0.10$  sudah mempunyai arti praktis di lapangan. Dalam Riset Operasional di bidang militer, metode kuantitatif (matematika dan statistik) merupakan andalan utama dalam analisisnya. Dalam bidang kesehatan (RO) metode ilmiah tersebut tidak terbatas pada metode kuantitatif.

## **E. Terikat Pada Waktu (“timely”)**

Penyelesaian suatu Riset Operasional selain terikat pada batas waktu dimana hasil-hasil penelitian tersebut masih sempat dipakai oleh “user”. Maksudnya, biasanya perencanaan kesehatan mengikuti suatu siklus anggaran atau siklus perencanaan yang mengikuti jadwal tertentu. Penyelesaian Riset Operasional tertentu harus mengikuti jadwal tersebut, kalau tidak hasilnya tidak berguna untuk mengambil keputusan.

Dalam proyek ICDC, Kegiatan Riset Operasional adalah kegiatan penunjang yang bertujuan untuk memecahkan masalah-masalah operasional dalam eksekusi kegiatan dalam ICDC, baik kegiatan administrasi/manajemen, kegiatan penunjang maupun kegiatan pelayanan (4 program ICDC). Pada pelaksanaan Riset Operasional dalam ICDC ini tidak bisa terlepas dari ciri utama dari ICDC itu sendiri, yaitu Intensifikasi, Desentralisasi, dan kemitraan (Building Linkages)

## **II. TUJUAN**

Meningkatkan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) di lokasi ICDC/IP2M untuk berpikir analitik melalui pelaksanaan riset Operasional sehingga para pengambil keputusan dapat menggunakan informasi epidemiologi dan teknologi tepat guna dalam rangka IP2M, khususnya penyakit-penyakit ISPA/Pneumonia, PD3I/Campak, TB dan Malaria

## **III. SASARAN**

1. Menghasilkan data, informasi dan pengetahuan yang relevan, spesifik dan tepat waktu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pemberantasan keempat penyakit menular tersebut di atas guna perbaikan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program di tingkat Kabupaten/Kota..
2. Meningkatkan mutu SDM di lokasi proyek dalam melaksanakan riset operasional sehingga para pengambil keputusan dapat menggunakan data\informasi hasil riset untuk pengambilan keputusan dalam rangka intensifikasi pemberantasan penyakit menular.
3. Membangun dan membina suasana kerjasama dan lingkungan yang memacu perkembangan riset kesehatan operasional dalam rangka intensifikasi program pemberantasan penyakit menular.
4. Memacu keikutsertaan institusi dan peneliti kesehatan tingkat Pusat dan Provinsi untuk membina/mendampingi peneliti tingkat Kabupaten/kota

## **IV. PENGERTIAN**

1. Riset Operasional Intensifikasi P2M adalah: kegiatan riset dalam upaya meningkatkan intensifikasi Program Pemberantasan Penyakit Menular yang meliputi penyakit ISPA, khususnya Pneumonia pada anak, PD3I, khususnya Campak, TB dan Malaria.

2. ROI-P2M merupakan kegiatan riset yang berdisain sederhana, berjangka pendek, cost-effective, dan dapat membuahkan hasil yang tepat waktu, dapat segera dimanfaatkan untuk memperbaiki program pemberantasan keempat penyakit di atas.
3. Pembina Pusat adalah unsur-unsur dari Badan Litbangkes, Program, Universitas, organisasi profesi dan konsultan ICDC yang juga berfungsi sebagai pendamping Provinsi.
4. Pembina Provinsi adalah unsur-unsur Program, Tim Epidemiologi Surveilans (EST), Universitas terdekat, organisasi profesi dan konsultan ICDC Provinsi.

## **V. RUANG LINGKUP**

Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular meliputi permasalahan yang terkait dengan keempat penyakit tersebut diatas, diutamakan yang bersifat spesifik daerah Kabupaten /Kota. Intervensi yang dilaksanakan disesuaikan dengan kemampuan daerah untuk menjamin kesinambungannya.

Secara khusus dan berdasarkan Loan Agreement ICDC Project No.1523 INO kegiatan riset ini mencakup 15 tema sebagai di bawah ini, dengan tidak menghalangi kemungkinan adanya tema lain berdasarkan prioritas masalah di daerah proyek:

### **1. Peran Serta Masyarakat dalam Pengenalan Dini dan Rujukan Anak-anak dengan Gejala Pnemonia**

Banyak kematian akibat Pnemonia terjadi akibat anak terlambat atau tidak dibawa berobat sama sekali. Masalahnya makin berat bila terjadi pada bayi berusia kurang dari 2 bulan karena gejala penyakitnya tidak dapat dikenali. Budaya setempat mungkin menjadi penghalang dibawanya anak untuk berobat.

Disain riset hendaknya mencakup pengumpulan informasi mengenai pengetahuan dan praktek di masyarakat yang berhubungan dengan Pnemonia pada bayi dan balita, dan melakukan uji intervensi untuk mengubah perilaku keluarga yang tidak mendukung program penanggulangan Pnemonia. Intervensi ditujukan untuk mengatasi faktor sosial-budaya dan lingkungan lain yang menghambat pencarian

pengobatan dini ataupun perujukan anak dengan gejala Pnemonia. Efektifitas bidan di desa untuk mengenali dan merujuk anak-anak seperti ini perlu dinilai.

## **2. Evaluasi Surveilans Klinik Hasil Pengobatan Pnemonia**

Efektifitas program penanggulangan ISPA untuk menurunkan kematian akibat pnemonia pada anak tergantung dari efektifitas pengobatan antibiotik. Proyek ini akan mengembangkan suatu sistem surveilans untuk memantau hasil pengobatan pnemonia dan resistensi antibiotik pada anak-anak di kalangan masyarakat pengunjung fasilitas kesehatan (berobat jalan).

Riset hendaknya ditujukan untuk mencari teknik-teknik baru, misalnya menguji metode identifikasi resistensi yang disederhanakan dan alternatif-alternatif metode pemilihan sampel anak-anak yang akan diambil dan diuji spesimennya.

Program ISPA dengan muatan materi ISPA yaitu:

1. Sosialisasi penyakit Pnemonia pada Balita kepada masyarakat umum.
2. Pola pencarian pertolongan pengobatan oleh masyarakat bagi Balita dengan penyakit Pneumonia
3. Optimalisasi pelaksanaan berdasarkan pemeriksaan tatalaksana standart kasus ISPA untuk Balita dengan keluhan batuk oleh petugas kesehatan
4. Rasionalisasi pemakaian obat antibiotik bagi Balita dengan ISPA dan permasalahannya.
5. Kesulitan dalam hal rujukan.

## **3. Kepatuhan pada DOTS (Directly Observed Short-course Therapy)**

Tujuan pengobatan tuberculosis adalah untuk mengobati penyakit yang sekarang sedang diderita pasien, mencegah kekambuhan dan mencegah timbulnya mikobakterial yang resisten. Untuk menjamin keberhasilan tujuan ini, harus diterapkan kemoterapi baku selama 6 bulan, termasuk pemakaian 4 macam obat pada fase awal. Telah dibuktikan bahwa sedikitnya 30% dari pasien tidak mematuhi tata-cara pengobatan yang telah ditentukan. Cara terbaik agar pasien patuh ialah dengan menugaskan seorang petugas kesehatan atau orang lain untuk mengawasi pada saat mereka meminum obatnya, yang dapat dilakukan di fasilitas kesehatan, tempat-tempat pertemuan umum, sekolah, ataupun di rumah pasien sendiri.

Riset hendaknya mencari cara-cara pengorganisasian DOTS yang efektif, termasuk bekerja-sama dengan berbagai lembaga swadaya masyarakat (LSM), pelatihan dan supervisi relawan-relawan yang dapat diterima dan dapat dipercaya oleh pasien. Dalam satu kabupaten, area yang berbeda mungkin memerlukan cara pendekatan efektif yang berbeda pula.

#### **4. Surveilans Dampak Infeksi HIV pada Kejadian TB**

Pesatnya penyebaran infeksi HIV di Asia Tenggara mungkin dapat meningkatkan angka kejadian TB di Indonesia di masa depan. Infeksi HIV adalah faktor risiko terbesar untuk timbulnya penyakit TB pada orang yang sudah pernah terinfeksi basil tuberkel.

Riset hendaknya menentukan tingkat prevalensi dan kecenderungan infeksi HIV pada kasus-kasus TB baru. Riset harus menganut pedoman anonimitas yang diperlukan untuk survei semacam itu. Informasi yang didapat ini akan membantu pemahaman kecenderungan rasio deteksi kasus TB (Tuberculosis Case Detection Rate) dan rasio kematian kasus (Case Fatality Rate). Juga dapat untuk meramalkan tingginya laporan efek samping pengobatan TB, karena risiko terjadinya efek samping ini lebih besar pada kasus terinfeksi HIV-TB.

#### **5. Uji Coba Alat Sekali Pakai pada Imunisasi**

Beberapa riset di Indonesia memperlihatkan bahwa penggunaan semprit dan jarum biasa untuk imunisasi dan penyuntikan lain berisiko menularkan virus seperti HIV dan Hepatitis B. Cara terbaik untuk mengatasi hal ini ialah dengan menggunakan semprit dan jarum sekali pakai (disposable). Penerapan teknologi sekali suntik untuk imunisasi ini perlu diuji-cobakan terlebih dahulu, terutama sistem pengamanannya agar barang-barang tersebut tidak dipakai untuk menyuntik lagi. Salah satu jalan keluar ialah penggunaan semprit dan jarum yang otomatis rusak setelah dipakai (auto-destruct).

Riset hendaknya mengembangkan analisis manajemen dan implikasi biaya dari teknologi sekali pakai ini, dan mengujicobakan sistem pembuangan yang aman bagi barang-barang yang telah dipakai. Beberapa hal yang perlu diprioritaskan untuk program imunisasi:

1. Study operasional peran swasta dalam pelayanan imunisasi.
2. Safe injection study
3. Study operasional suntikan tunggal imunisasi hepatitis B dengan uniject pada neonatus.

4. Pengembangan software logistik imunisasi
5. Uji coba komputerisasi logistik dan manise
6. Penelitian windpower refrigerator pelayanan imunisasi daerah pantai
7. Kajian logistik terhadap alat suntik
8. Study operasional quadrivalen vaksin (DTP + HB)

#### **6. Pemanfaatan Bidan di Desa untuk Kegiatan Rutin Imunisasi**

Program EPI memerlukan pendekatan-pendekatan baru untuk mencapai anak-anak yang dengan strategi sekarang luput di imunisasi secara lengkap sebelum usia 1 tahun. Proyek ini akan mempelajari cara-cara melibatkan bidan di desa ke dalam kegiatan rutin imunisasi.

Riset hendaknya mencakup isu pelatihan bidan di desa sebagai vaksinator, supervisi, penyediaan sarana, rantai-dingin, pemeliharaan alat dan biaya transportasi untuk pendistribusian vaksin.

#### **7. Konseling untuk Menurunkan Akibat Infeksi pada Gizi Anak**

Kunjungan anak-anak sakit ke fasilitas kesehatan dapat dimanfaatkan untuk memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai gizi anak selama sakit dan sesudah sembuh.

Riset hendaknya menilai dampak konseling gizi dalam mengurangi akibat infeksi pada status gizi anak. Pertama, diperlukan informasi mengenai praktek pemberian makanan pada anak, terutama bayi, pada setiap area riset. Informasi ini akan dipergunakan untuk menentukan masalah umum dalam pemberian makanan anak dan untuk mengembangkan rekomendasi pemberian makanan, termasuk promosi pemberian ASI, perbaikan praktek penyapihan dengan menggunakan makanan bergizi kaya enersi yang mudah didapat dan dapat diterima oleh masyarakat setempat. Uji coba rekomendasi di dalam rumah-tangga akan dilakukan.

Setelah kelayakan dan penerimaan konseling gizi dimantapkan, dampaknya terhadap status gizi anak sakit akan segera dinilai. Konseling gizi serupa juga akan diuji-cobakan pada anak yang dengan KMS dinilai berada pada status malnutrisi sedang.

#### **8. Kriteria Penyemprotan Insektisida pada Pengendalian Vektor**

Diperlukan bukti entomologis sebagai dasar keputusan melakukan penyemprotan untuk pengendalian malaria. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan ialah: bionomik spesies vektor, puncak kepadatan vektor

berdasarkan musim, pola variasi insidens malaria, pola pencarian makan vektor yang eksofilik atau endofilik, risiko wabah, perubahan lingkungan dan habitat spesies yang mendadak, dan pengelompokan kaum migran di habitat-habitat baru. Penyemprotan hanya dilakukan bila faktor-faktor risiko tidak dapat diatasi dengan cara lain.

Variasi risiko terkena malaria di berbagai daerah menyebabkan perlunya dilakukan studi-studi independen untuk mengidentifikasi kriteria dan kondisi untuk penyemprotan insektisida. Bentuk pengendalian vektor alternatif (manajemen lingkungan, pemberantasan larva, dan pemberantasan sarang nyamuk) perlu diperbandingkan untuk mendapatkan cara yang biayanya paling sedikit.

#### **9. Sistem Kewaspadaan Dini untuk Mencegah KLB Malaria**

Risiko terjadinya KLB (kejadian luar biasa) malaria meningkat dengan adanya 2 macam migrasi pekerja. Yang pertama, kelompok pekerja yang pergi ke lokasi panen musiman (karet, kopi, rempah-rempah). Di sini terdapat risiko pekerja pulang membawa parasit yang telah resisten ke populasi yang relatif masih "bersih". Yang kedua adalah datangnya transmigran dari luar pulau ke habitat yang berbahaya, terutama ke hutan-hutan.

Riset hendaknya ditujukan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memprediksi timbulnya KLB, mengumpulkan data entomologis dan parasitologis, melakukan penilaian cepat (rapid assessment) pada perilaku masyarakat dan pekerja, dan merekomendasikan rencana kegiatan untuk menghindari atau membatasi KLB.

Jenis intervensi harus mencakup survei longitudinal dan spot entomologi, diskusi kelompok terarah (focus group discussion) dengan pekerja, survei malariometrik, dan penggunaan sistem informasi geografis pada area pemukiman transmigran untuk memprediksi risiko populasi.

#### **10. Strategi Pencegahan Malaria di Masyarakat**

Seringkali angka penyakit malaria dapat diturunkan dengan kombinasi pendekatan di tingkat masyarakat dan rumah-tangga. Pendekatan di tingkat masyarakat mencakup teknik irigasi, pembersihan semak untuk mengurangi tempat persembunyian nyamuk di musim kering, dan penghindaran tempat-tempat berisiko (sumur, kali). Pendekatan di tingkat rumah-tangga mencakup kelambu yang telah diberi zat kimia (terutama untuk anak) dan skrining.

Riset dapat ditujukan untuk meningkatkan pendidikan kesehatan dan untuk memotivasi solusi di tingkat masyarakat.

#### **11. Resistensi terhadap Obat Anti-malaria**

Resistensi terhadap obat anti-malaria disebabkan oleh penggunaan obat yang irasional oleh dokter/perawat praktek, apotek, dan kedai obat.

Diperlukan riset operasional untuk mempelajari perilaku pemberi obat dan pasien agar dapat mencari pemecahan masalah. Manifestasi klinik yang khas untuk daerah endemis mungkin menjadi salah satu penyebab bagi penggunaan obat irasional ini.

#### **12. Pemulihan Biaya (Cost Recovery) pada Pelayanan Pemberantasan Penyakit Menular**

Kebanyakan sumber dana untuk P2M berasal dari sektor publik, dan berangsur-angsur hal ini berarti memberikan subsidi bagi masyarakat kelas menengah yang jumlahnya kian meningkat yang sebenarnya dapat membayar sendiri pelayanan-pelayanan tertentu. Melihat mahalnya obat-obat TB, dan vaksin hepatitis B, skema pemulihan biaya dapat diujicobakan di masyarakat dan puskesmas untuk menentukan apakah: 1) harga menghambat orang untuk datang berobat dan mematuhi regimen pengobatan, terutama di kalangan masyarakat miskin; 2) dana berputar di masyarakat dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan kepada si miskin; 3) dua macam harga (bagi yang mampu dan yang tak mampu) di puskesmas dapat diterima secara sosial dalam rangka menurunkan ketergantungan kelas menengah pada subsidi.

#### **13. Hubungan Perencanaan dan Pembiayaan Kesehatan Terpadu dengan Pemantauan Keuntungan dan Evaluasi (Benefit Monitoring & Evaluation)**

Proyek ini meliputi 3 kabupaten "otonomi" yang akan memadukan biaya proyek ke dalam biaya Pemerintah. Belum jelas apakah proses perencanaan biaya responsif terhadap data epidemiologi dan karenanya setiap tahun disesuaikan dengan prioritas baru.

Tujuan riset adalah untuk mempelajari apakah sistem pemantauan keuntungan dan evaluasi dari proyek ini, yang ditunjang dengan "peer review" dan "performance audit", mempengaruhi re-alokasi dana dalam siklus perencanaan dan pembiayaan tahunan. Dapat digunakan sampel kabupaten-kabupaten yang mempunyai distribusi penghasilan tertinggi dan

terendah. Penggunaan BME untuk melihat "cost-effectiveness" proyek juga dapat diteliti, terutama dalam menumbuhkan rasa kepemilikan Pemerintah Daerah sehingga bersedia memikul porsi biaya yang lebih besar.

#### **14. Kepatuhan pada Standard Kinerja**

Apa yang menyebabkan petugas kesehatan mematuhi standard kinerja di fasilitas kesehatan Pemerintah dan swasta? Karakteristik petugas kesehatan, standard, dan lingkungan perlu diteliti untuk menjawab pertanyaan tersebut dan menemukan pemecahan masalah.

#### **15. Pengaruh Budaya Masyarakat**

Karena proyek ini akan mempunyai dampak terhadap kehidupan dan budaya masyarakat tertentu (di NTT dan Kalimantan Selatan), maka melalui pelayanan kesehatan di propinsi tersebut akan dilakukan riset operasional khusus untuk melihat apakah masyarakatnya siap menerima intervensi medis modern, apakah dukungan berbasis masyarakat yang khusus diperlukan agar masyarakat dapat menerima pelayanan kesehatan, terutama imunisasi anak, dan untuk melihat apakah survei data dasar dan epidemiologi dilaksanakan untuk memperoleh informasi mengenai pengetahuan, sikap, dan praktek yang berhubungan dengan kesehatan dalam masyarakat tersebut. Hal ini diperlukan untuk mengembangkan paket-paket KIE yang sesuai dengan budaya setempat. Pemantauan dan evaluasi akan difokuskan pada dampak budaya masyarakat tertentu pada program P2M.

#### **16. Dan lain-lain riset sesuai permasalahan dalam program pemberantasan ke 4 penyakit menular tersebut di lokasi proyek yang disepakati/dianggap perlu, baik oleh Pemda setempat, Ditjen P2M-PLP, Balitbangkes, ataupun ketiganya.**

### **VI. PELAKSANAAN**

#### ***A. Peneliti***

Peneliti utama dalam RO-IP2M adalah tenaga kesehatan daerah Kabupaten/Kota termasuk Puskesmas dan RS di daerah tersebut. Peneliti Utama harus berada ditempat tugasnya sampai penelitian tersebut selesai dilaksanakan.

Program riset dikembangkan bersama dengan pengelola program di Provinsi dan konsultan terkait. Identifikasi masalah riset sedapat mungkin dilakukan melalui audit manajemen kasus dan/atau audit kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota. Walaupun bukan persyaratan mutlak, riset dianjurkan untuk dilakukan terpadu dan multidisiplin yang melibatkan peneliti dari berbagai lembaga, termasuk lembaga pendidikan di Provinsi lokasi proyek.

Tingkat pendidikan peneliti utama paling rendah S1 dan peneliti paling rendah D3. Jumlah peneliti maksimal 7 orang, yang terdiri dari:

- peneliti utama : 1 orang
- peneliti : 3 orang
- pembantu peneliti/teknisi : 2 orang
- tenaga administrasi : 1 orang

Satu orang peneliti hanya boleh menjadi peneliti utama pada satu penelitian dan menjadi anggota tim peneliti pada satu penelitian lain pada waktu yang sama. Bila tidak menjadi peneliti utama, satu orang peneliti juga hanya dapat menjadi anggota tim peneliti pada 2 penelitian dalam waktu yang sama. Riset dapat melibatkan 1 orang tenaga konsultan domestik dengan keahlian yang sesuai dengan bidang yang akan diteliti.

## ***B. Pembinaan***

Pembinaan dilakukan ditingkat Kabupaten oleh Tim Pembina RO Kabupaten atau koordinator RO Kabupaten, ditingkat Provinsi oleh Tim Pembina RO Provinsi dan ditingkat Pusat oleh Tim Pembina RO Pusat. Masing-masing dengan pembobotan yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kebutuhan.

**Tugas Tim Pembina terbagi dalam 3 tahap :**

Kegiatan Pembinaan	Tim Pembina		
	Pusat	Prov.	Kab.
<b>I. Pra. RO :</b>			
1. Sosialisasi RO	X	X	X
2. Bimbingan Pembuatan Proposal			
- Identifikasi masalah		X	XX
- Penyediaan Literatur	XX	X	X
- Metodologi	X	XX	X
- Penulisan Proposal & Protokol	X	XX	X
3. Seleksi RO (>Rp.50 juta)	X	XX	X
4. Ethical clearance	X		
5. Penyelesaian Kontrak	XX		X
<b>II Pelaksanaan RO</b>			
- Monitoring & Evaluasi	X	XX	XX
- Administrasi Pelaksanaan RO	X	XX	XX
<b>III Pasca RO</b>			
- Diseminasi Hasil		XX	X
- Tindak Lanjut OR		X	XX
- Publikasi	X	X	
Jaga Mutu Seluruh Proses RO	XX	X	X

**C. Pembiayaan**

Komponen pembiayaan terdiri dari :

1. Biaya sosialisasi, pengembangan dan seleksi proposal RO
2. Biaya Riset
3. Biaya seminar/diseminasi hasil, publikasi dan tindak lanjut hasil RO

**Komponen biaya riset meliputi :**

- Honorarium: peneliti utama maksimum Rp. 9.000/jam, peneliti maksimum Rp. 8.000/jam, pembantu peneliti dan tenaga administrasi masing-masing maksimum Rp. 6.000/jam.
- Biaya perjalanan disesuaikan dengan ketentuan Pemerintah.

- Pembelian barang harus memenuhi ketentuan Pemerintah R.I.dan ADB.
- Lain-lain sesuai dengan kebutuhan riset.

#### ***D. Proposal***

Proposal dikirim ke alamat Bidang Bina program Kanwil Depkes Provinsi masing-masing

Proposal disusun menggunakan format terlampir yang terdiri dari:

I. **Halaman Ringkasan:** memuat nama, jabatan, instansi, alamat instansi, dan alamat rumah peneliti utama, judul riset, ikhtisar riset, kata kunci, lokasi dan lama riset, dan ringkasan rencana biaya.

II. **Isi Proposal:** memuat sistematika proposal riset berupa latar belakang (permasalahan dan manfaat riset), tujuan riset, metodologi, jadwal dan target kegiatan, susunan tim peneliti dan uraian tugasnya, perincian rencana anggaran, persyaratan etik, daftar pustaka.

Judul riset harus singkat tetapi cukup menjelaskan gagasan penelitian. Ikhtisar riset memuat uraian singkat mengenai yang akan dikerjakan, alasan diadakan riset, dan data/informasi/pengetahuan/teknologi yang ingin dihasilkan. Lokasi riset adalah nama tempat atau daerah. Lama riset adalah dalam bulan.

Pada latar belakang, di bawah sub judul permasalahan, diuraikan secara singkat latar belakang masalah, perumusan masalah dengan mencantumkan kepustakaan/rujukan yang berkaitan dan bagaimana riset ini dapat membantu memecahkannya. Di bawah sub judul manfaat, dijabarkan secara lebih konkrit hasil-hasil yang ingin diperoleh dari riset ini dan dengan cara bagaimana dapat dimanfaatkan. Kemukakan relevansinya dengan program/komponen/aspeknya.

Pada tujuan riset dijabarkan secara jelas tujuan umum dan khusus riset ini, misalnya jenis data atau informasi yang ingin dihasilkan, teknologi yang ingin dikembangkan, atau hipotesis yang ingin dibuktikan.

Pada metodologi diuraikan prosedur dan disain riset untuk mencapai tujuan tersebut di atas, cara pengumpulan data, analisis dan interpretasi data.

#### ***E. Seleksi***

Seleksi proposal pertama dilaksanakan di tingkat Kabupaten oleh Tim Pembina RO/Koordinator RO Kabupaten dengan penekanan pada aspek relevansi yang meliputi :

- Memenuhi prinsip-prinsip RO (client oriented, multidisiplin, action reserch, ilmiah, timely)
- Memenuhi salah satu masalah ICDC (ISPA, TB Paru, Malaria, PD3I)
- Berada dalam 3 area kegiatan ICDC (surveilans, audit medis, audit kesehatan masyarakat dan intervensi)
- Memenuhi salah satu dari tiga ciri ICDC (intensifikasi 4 program, desentralisasi dan pengembangan kemitraan)

Seleksi proposal selanjutnya dilaksanakan di tingkat Provinsi oleh Tim Pembina RO provinsi, yang meliputi aspek : relevansi, kelayakan dan metodologi.

Seleksi tidak dilaksanakan di tingkat Pusat, kecuali untuk :

- Proposal dengan dana > Rp. 50 juta – 75 Juta
- Proposal yang memerlukan Ethical Clearance

Skoring diperlukan untuk mengidentifikasi titik-titik lemah proposal sebagai bahan pembinaan untuk perbaikan proposal. Cara penilaian dan pembobotan skoring diserahkan kepada masing-masing Provinsi.

Seleksi akan menghasilkan proposal yang

1. Disetujui
2. Disetujui dengan perbaikan
3. Ditolak

#### ***F. Pelaporan***

Kemajuan pelaksanaan penelitian dilaporkan pada pertengahan dan akhir waktu penelitian pada pertemuan pembinaan. Laporan tengah meliputi kegiatan dan permasalahan. Laporan akhir meliputi: latar belakang, permasalahan, tujuan, metodologi, hasil, diskusi dan rekomendasi..

#### ***G. Diseminasi Hasil Penelitian***

Hasil RO disebarluaskan oleh Provinsi masing-masing melalui seminar, publikasi atau kegiatan lain. Hasil RO perlu ditindak lanjuti oleh Kabupaten masing-masing dengan pemantauan oleh Provinsi. Badan Litbangkes dapat membantu melalui salah satu publikasi triwulan, publikasi puslit dan melalui jaringan komputer bila memungkinkan.

#### **H. Jadwal**

Jadwal seleksi tergantung pada daerah masing-masing, dengan memperhatikan batas akhir pelaksanaan Proyek ICDC pada bulan Agustus 2002. Seleksi dapat dilakukan 2X dalam setahun.

Jadwal seleksi di Kabupaten/Provinsi perlu diinformasikan kepada Provinsi/Pusat untuk pemantauan dan pembinaan kualitas seleksi.

### **VII. PENUTUP**

Buku Panduan Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular (RO-IP2M) ini berlaku untuk semua pihak yang akan melakukan riset untuk menunjang keberhasilan proyek Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular (Intensified Communicable Diseases Control Project) .

Bila terdapat hal-hal yang kurang jelas dapat ditanyakan kepada:

Teknis : **Dr. Endang R. Sedyaningsih, Dr.PH**  
**Dr. Between Lutam**  
Telpon: (021) 426-7419 / 424-4375  
Fax : (021) 424-5386  
e-mail : esedyani @indo.net.id

Administratif :

**Nurhasnah Husin, SKM, MM**  
**Harmen Mardjunin, SE, MM**  
Telepon : (021) 4261088 ext. 114  
Fax : (021) 424-3933  
e-mail : [verifikasi@litbang.depkes.go.id](mailto:verifikasi@litbang.depkes.go.id)