

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI SEKSI P2PM (PENCEGAHAN DAN PENGEDALIAN PENYAKIT MENULAR) BIDANG
P2P (PENGENDALIAN PENCEGAHAN PENYAKIT)
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT KUSTA PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2019**



OLEH :

ARMYA ZAKIAH SAFITRI

NIM. 101611133182

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI SEKSI P2PM (PENCEGAHAN DAN PENGEDALIAN PENYAKIT MENULAR)
BIDANG P2P (PENGENDALIAN PENCEGAHAN PENYAKIT) DINAS
KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

Disusun Oleh :

ARMYA ZAKIAH SAFITRI

NIM. 101611133182

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Pendamping Departemen,

27 Januari 2020

Prof. Dr. Chatarina Umbul W., dr., M.S., M.PH.

NIP. 195409161983032001

Pendamping di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

27 Januari 2020

A. Hasan Huda, S.KM., M.Si.

NIP. 196806061985031019

Mengerahui
Ketua Departemen Epidemiologi

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.

NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahnyasehingga dapat terselesaikannya laporan magang yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta Provinsi Jawa Timur Tahun 2019” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini memaparkan gambaran tentang pelaksanaan sistem pelaporan kasus penyakit kusta di Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur pada tahun 2019. Terimakasih dan penghargaan saya sampaikan kepada :

1. Prof Dr. Tri Martiana, dr., M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Ibu Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes, selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. dr. Herlin Ferlian, M.Kes., selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan izin untuk melaksanakan magang
4. dr. Setya Budiono, M.Kes., selaku Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang
5. Prof. Dr. Chatarina Umbul W., dr., M.S., M.PH. selaku dosen pembimbing akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
6. Bapak Hasan Huda, S.KM., M.Si., selaku pembimbing lapangan magang yang telah bersedia memberikan arahan dan bimbingan.
7. Bapak Sumarsono, S.KM. dan Bapak Sulistheo Wibisono, S.KM. selaku pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta yang bersedia membimbing dan berdiskusi selama penyusunan laporan magang
8. Seluruh staff di Seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang mendukung selama pelaksanaan magang
9. Rekan-rekan mahasiswa magang di Bidang Pengendalian dan Penyakit Menular yang saling mendukung dalam pelaksanaan magang hingga akhir penyusunan laporan hasil magang.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan hidayahnya serta balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Semoga lapporan ini bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, 5 Februari 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	3
2.1 Definisi Kusta.....	3
2.2 Surveilans Penyakit Kusta.....	7
2.3 Metode Penentuan Prioritas Masalah	9
2.4 Metode Penentuan Penyebab Masalah	11
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG	14
3.1 Lokasi Kegiatan Magang.....	14
3.2 Waktu Kegiatan Magang.....	14
3.3 Metode Pelaksanaan Magang	15
3.4 Teknik Pengumpulan Data	15
3.5 Teknik Analisis Data	16
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	17
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	17
4.2 Gambaran Kasus Kusta di Jawa Timur	21
4.2 Identifikasi Masalah, Alternatif Solusi Pemecahan Masalah Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	28
BAB V PENUTUP	33
5.1 Kesimpulan.....	33
5.2 Saran.....	33

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.5.1 Tabel Klasifikasi Kusta Menurut WHO.....	10
Tabel 3.2 Timeline Pelaksanaan Kegiatan Magang.....	19
Tabel 4.4.2 Tabel Skoring Prioritas Masalah dengan metode USG.....	33
Tabel 4.4.2 Tabel Prioritas Masalah.....	33
Tabel 4.4.3 Penjabaran Akar Masalah.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.4 Diagram fishbone.....	12
Gambar 4.1.1 Peta Wilayah Jawa Timur.....	17
Gambar 4.2.1 Kasus Kusta di Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2019.....	21
Gambar 4.2.2 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Orang tahun 2017-2019.....	22
Gambar 4.2.3 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan kategori dewasa dan anak tahun 2017-2019.....	22
Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2017.....	23
Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2018.....	24
Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2019.....	25
Gambar 4.2.5 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan tipe kusta tahun 2017-2019.....	26
Gambar 4.2.6 Gambaran Pencapaian Prevalensi Rate Tahun 2017-2019.....	26
Gambar 4.2.7 Gambaran Kasus Kecacatan tingkat II pada Penderita Kusta Jawa Timur tahun 2009-2019.....	27
Gambar 4.2.8 Gambaran Penemuan Kasus Kusta Jawa Timur tahun 2019.....	27
Gambar 4.4.3 Metode <i>Fishbone</i> untuk penentuan akar masalah.....	30

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang yang dilakukan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat merupakan kegiatan mandiri yang diadakan setiap tahunnya sebagai sarana mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah, maupun pada lembaga swadaya. Kegiatan magang yang dalam bidang epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik di dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit. Kegiatan magang dilaksanakan baik di instansi pemerintahan dan swasta sesuai dengan bidang peminatan masing-masing, sehingga Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dipilih sebagai lokasi magang bagi mahasiswa peminatan epidemiologi.

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang dampaknya masih sangat kompleks. Masalahnya yang disebabkan oleh penyakit kusta bukan hanya dari segi medis, tetapi masalah sosial berupa stigma masyarakat yang kuat, ekonomi, budaya, serta keamanan dan ketahanan nasional (Widoyono, 2011).

Kusta termasuk kedalam *neglected disease*, yaitu penyakit yang sudah tidak menjadi perhatian khusus dari WHO maupun kementerian kesehatan republik Indonesia. Namun penyakit kusta termasuk penyakit yang memiliki *urgensi* yang tinggi. Penghapusan kusta sebagai penyakit kesehatan masyarakat seharusnya dalam kenyataan penyakit tersebut sudah tidak menjadi hal yang perlu di khawatirkan. Tetapi pada kenyataannya masih banyak ditemukan kasus baru di beberapa tempat yang lebih dari 1000 kasus baru pertahunnya. Ini menandakan bahwa penyakit kusta harus menjadi perhatian pemerintah. Penyakit kusta juga berdampak kecacatan bagi penderitanya jika tidak segera diketahui dan ditangani sedini mungkin.

Data tahun 2018 Indonesia menunjukkan bahwa jumlah kasus kusta baru sebesar 14.397 kasus. Jumlah penderita baru kusta dengan jenis kelamin laki-laki menyumbang 9.016 penyakit kusta dengan klasifikasi kusta *Multibasiler* dan *Pausibasiler*. Sedangkan untuk jenis kelamin perempuan menyumbang kasus kusta sebesar 5.381 kasus. Pada tahun 2018 kasus kusta di Jawa Timur mengalami pengurangan walaupun tidak terlalu signifikan. Pada tahun 2018 penderita kasus kusta sebesar 3374 kasus dengan Prevalensi Rate per 10.000 adalah 0,93%. Provinsi Jawa

Timur telah berhasil mencapai target menurunkan angka prevalensi rate penderita kusta yaitu kurang dari 1%.

Sebagian besar penemuan kasus kusta baru didapatkan dari pemeriksaan sukarela oleh individu yang berobat ke pelayanan kesehatan. Karena kusta merupakan penyakit yang kronik maka sebagian besar penderita akan memeriksa kondisi kesehatannya jika sudah mengalami gejala yang serius. Oleh sebab itu angka kecacatan tingkat 2 di Jawa Timur pada tahun 2019 cukup tinggi yaitu mencapai 259 kasus dari 3374 orang yang telah terdiagnosis kusta.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan gambaran pelaksanaan program pencegahan dan pengenalan penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2019

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan distribusi kasus kusta Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2019
2. Menggambarkan distribusi kasus kusta menurut jenis kelamin pada tahun 2017-2019
3. Menggambarkan distribusi kasus kusta Provinsi Jawa Timur menurut tipe kusta tahun 2017-2019
4. Menggambarkan kegiatan program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta kusta Provinsi Jawa Timur menurut tipe kusta tahun 2019
5. Menggambarkan kegiatan penemuan kasus kusta baru secara aktif pada wilayah Provinsi Jawa Timur
6. Mengidentifikasi masalah dan alternatif solusi pada program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta kusta Provinsi Jawa Timur menurut tipe kusta tahun 2019

1.1 Manfaat

a. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan mengenai gambaran pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai bekal dalam berkerja

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan dalam penanganan masalah dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

c. Bagi Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Sebagai gambaran pelaksanaan kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai referensi kajian epidemiologi di Fakultas Kesehatan Masyarakat

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 DEFINISI KUSTA

2.1.1 Definisi Penyakit Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit yang menyebabkan permasalahan yang kompleks. Masalah yang timbul tidak hanya dari segi medis, tetapi juga sosial, ekonomi, budaya, serta keamanan dan ketahanan nasional (Widoyono, 2011). Kusta mudah dijumpai di negara negara yang sedang berkembang akibat keterbatasan negara tersebut untuk memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan masyarakat (Kemenkes RI, 2012).

Kusta sering juga disebut sebagai penyakit Hansen. Kusta diketahui dapat menyerang segala tingkat umur, mulai dari usia kanak kanak hingga lansia. Kusta dapat disembuhkan dengan melakukan pengobatan sedini mungkin untuk mencegah kecacatan (WHO, 2016).

Penyakit kusta merupakan penyakit menular dan bersifat kronik. Penyakit kusta di sebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang memiliki sifat *intraseluler obligat* dan terjadi pada saraf tepi (M. Hadi & M. Kumalasari, 2017). Hanya beberapa penderita yang mengalami gejala dan respon dari penyakit kusta, sehingga gejala dan tanda yang muncul tiap orang akan berbeda (Roger, 2009).

2.1.2 Etiologi Penyakit Kusta

Penyakit kusta disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, bakteri ini berbentuk batang dan pewarnaan tahan asam. Bakteri ini memiliki panjang 1-8 μm dan memiliki diameter 0,3 μm (Brennan & Spencer, 2019). Bentuk *Mycobacterium leprae* hampir sama dengan *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan agent penyebab penyakit tuberculosis (TBC). Bakteri *Mycobacterium leprae* belum dapat dikembangbiakkan pada medium buatan sehingga membatasi penelitian dasar. Perkembangbiakan dari bakteri ini relatif lambat (WHO, 2013).

Penyakit kusta disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Bukti yang ada pada penularan *Mycobacterium leprae* sebagian besar tidak secara langsung karena masa inkubasi penyakit kusta yang panjang. Telah dibuktikan bahwa *Mycobacterium leprae* ditularkan dalam jumlah besar dari mulut dan hidung penderita kusta lepromatus yang tidak diobati (Lechat, 2016). Penyakit kusta perjalanannya lama dan bersifat menahun disebabkan oleh pembelahan bakteri *Mycobacterium leprae*

yang memerlukan waktu 12-21 hari dan masa tunas dari bakteri tersebut rata-rata 2-5 tahun (Widoyono, 2011).

Menurut Drapper dalam *The Physiology of Mycobacterium leprae*, ia telah menggambarkan karakteristik dari *Mycobacterium leprae* dalam tiga fitur ultrastruktur dari dinding sel yang memiliki *Mycobacterium leprae* morfologinya menyimpang. Dindingnya seperti pita dan badannya paracrystalline. Penyimpangan yang dimaksudkan oleh Drapper adalah hasil suspensi yang dibuat pada armadillo adalah bentuk silinder klasik basil, tetapi secara khusus bentuk dari bakteri *Mycobacterium leprae* adalah meruncing atau runcing ganda dengan ujung hemisferis yang dikaitkan dengan kegagalan atau kecacatan dalam proses normal pembangunan dinding sel (Brennan & Spencer, 2019).

2.1.3 Patogenesis Penyakit Kusta

Penyebab pasti penularan *Mycobacterium leprae* pada manusia masih belum dapat dijelaskan secara memadai. Sampai saat ini, manusia yang terkena kusta dianggap satu-satunya sumber infeksi. Cara penularan yang paling penting adalah infeksi melalui tetesan mukosa hidung, yang diikuti oleh perkembangan lesi primer lokal yang mirip dengan tuberkulosis (Fischer, 2017).

Tempat masuknya bakteri *Mycobacterium leprae* sebagian besar diyakini melalui hidung, meskipun transmisi melalui kulit juga tidak dapat dikecualikan. Lesi di bagian hidung tidak menyebabkan gejala yang berat, menyebabkan tidak spesifik dan tidak di biopsi, sehingga histopatologis lesi tidak diketahui. Granuloma tuberkuloid dapat terjadi tetapi mungkin menyebabkan gejala yang ringan sehingga tidak di biopsi (Scollard, 2016).

Kusta merupakan penyakit granulomatosa infeksius kompleks yang menyebabkan cedera pada saraf perifer dengan memodulasi respons imun dari host yang di tempati. Patogenesis kusta itu sangat kompleks dan multifaktorial, termasuk kerentanan genetik terhadap mikroorganisme infeksi *Mycobacterium leprae* (Bokhary & Phung, 2017).

2.1.4 Diagnosis Penyakit Kusta

Diagnosis kusta didasarkan pada 3 tanda kardinal : hilangnya sensasi yang pasti pada kulit pucat atau kemerahan, saraf tepi yang menebal atau membesar dengan hilangnya sensasi dan atau kelemahan otot yang di pasok oleh saraf, dan adanya basil tahan asam pada *skin smear* (Lechat, 2016). Biopsi lesi kulit dan

demonstrasi basil tahan asam di dalam saraf tetap menjadi *gold standard* untuk mengonfirmasi diagnosis (Scollard, 2016).

2.1.5 Manifestasi Klinis Penyakit Kusta

Manifestasi klinis kusta ditentukan oleh respon imun pasien terhadap bakteri *Mycobacterium leprae* (Lockwood et al., 2012). Respon imun yang kuat akan menunjukkan bentuk penyakit yang lebih ringan sedangkan respon imun yang lebih lemah mengarah pada bentuk penyakit yang lebih parah (B. Kumar, S. Uprety, 2017).

2.1.5.1 Klasifikasi Kusta Menurut WHO

Fasilitas pemeriksaan histopatologi kulit dan atau biopsi saraf tidak selalu ada pada negara negara endemik yang mayoritas adalah negara berkembang. Oleh karena itu WHO membuat metode yang lebih sederhana untuk membandingkan kusta tipe *multibacillary* (MB) dan *paucibacillary* (PB). Klasifikasi kusta menurut WHO saat ini tentang tipe kusta MB dan PB hanya didasarkan pada jumlah total lesi yang ada pada tubuh penderita kusta. Bentuk Penularan Kusta (B. Kumar, S. Uprety, 2017).

Kriteria penentuan tipe kusta (Widoyono, 2011):

Tabel 2.1.5.1 Tabel Klasifikasi Kusta Menurut WHO

Tanda Kelainan dan Hasil Pemeriksaan Bakteriologis	Pausibasiler	Multibasiler
A. Bercak (Makula)		
1. Jumlah	1-5	Banyak
2. Ukuran	Bervariasi	Kecil-kecil
3. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
4. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus dan berkilat
5. Batas lesi	Tegas	Kurang terlihat tegas

Lanjutan

Tanda Kelainan dan Hasil Pemeriksaan Bakteriologis	Pausibasiler	Multibasiler
6. Sensasi rasa yang hilang pada area bercak	Selalu ada dan jelas	Pada penyakit sudah lanjut akan terlihat jelas, tetapi umumnya tidak jelas
7. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada area lesi	Pada bercak tidak berkeringat, rambut tubuh rontok pada area bercak	Pada bercak masih dapat berkeringat dan rambut tubuh tidak rontok
B. Infiltrasi		
1. Kulit	Tidak ada	Tidak pasti, kadang ada kadang tidak ada
2. Membran mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Tidak pasti, kadang-kadang ada kadang tidak ada
C. Ciri-ciri khusus	<i>Central healing</i> (penyembuhan di tengah)	1. Lesi <i>punched out</i> 2. Madarosis 3. Ginekomastia 4. Hidung pelana 5. Suara bindeng
D. Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
E. Penebalan saraf perifer	Lebih sering terjadi pada kondisi dini	Pada penyakit lanjut kondisi biasanya lebih dari satu
F. Deformitas	Pada kondisi penyakit dini terjadi asimetris	Pada kondisi penyakit lanjut biasanya lebih dari satu dan simetris
G. Hapusan darah	BTA Negatif	BTA Positif

2.2 Surveilans Penyakit Kusta

Surveilans Kusta dilaksanakan baik pada daerah yang belum mencapai Eliminasi Kusta maupun daerah yang telah mencapai Eliminasi Kusta untuk mempertahankan status Eliminasi Kusta.

Sasaran Surveilans Kusta dalam kegiatan Penanggulangan Kusta sebagai berikut:

1. Kelompok orang yang sedang dalam pengobatan Kusta
2. Kelompok masyarakat di wilayah setempat sebagai kelompok yang memiliki resiko penularan Kusta
3. Kelompok orang yang telah menyelesaikan pengobatan Kusta
4. Kelompok orang yang diduga mengalami resistensi obat antimikrobia Kusta

Kegiatan Surveilans Kusta dilaksanakan melalui:

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dalam bentuk penemuan Penderita Kusta secara aktif dan pasif. Penemuan secara aktif dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat melalui:

a. Pemeriksaan kontak

Pemeriksaan kontak pada Penderita Kusta baru dan pasca RFT dilakukan sekali setahun selama 5 tahun. Pemeriksaan ini dilakukan pada kontak serumah, tetangga dan kontak sosial. Kontak serumah adalah mereka yang tinggal dalam satu rumah, kontak tetangga adalah mereka yang tinggal kira-kira 10 rumah sekitar Penderita Kusta, sementara kontak sosial adalah teman sekolah atau rekan sekerja yang bergaul dengan Penderita Kusta minimal 20 jam per minggu.

b. *Rapid Village Survey*, intensifikasi penemuan Penderita Kusta tingkat kabupaten/kota, dan pemeriksaan anak sekolah

Rapid Village Survey (RVS) yang selanjutnya disebut dengan pemeriksaan cepat desa dilakukan di desa yang memiliki kasus atau riwayat kasus Kusta. Pemeriksaan dilakukan untuk mencari suspek minimum 10% dari populasi desa tersebut. Apabila distribusi Penderita Kusta di suatu wilayah kabupaten/kota cukup luas dan masih terus ditemukan kasus dalam waktu 2-5 tahun terakhir, maka dilakukan intensifikasi penemuan Penderita Kusta. Target pemeriksaan Kusta minimal 80% dari total penduduk.

Pemeriksaan anak sekolah diintegrasikan dengan pelaksanaan penjangkaran kesehatan anak sekolah. Kegiatan ini lebih diintensifkan pada wilayah yang memiliki kasus Kusta pada anak kurang dari 15 tahun.

- c. Kegiatan partisipasi masyarakat dalam Penanggulangan Kusta melalui Desa Sahabat Kusta, Cinta Keluarga, Kelompok Sobat Kusta yang berbasis masyarakat.

Kegiatan tersebut berfokus pada partisipasi kelompok potensial lokal dalam mengedukasi pengenalan tanda dini Kusta kepada masyarakat di sekitarnya dan memotivasi suspek untuk memeriksakan diri ke Puskesmas. Penemuan secara pasif adalah pengumpulan data berdasarkan kedatangan Penderita Kusta ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya atas kemauan sendiri karena mengenali tanda Kusta atau datang untuk konsultasi permasalahan kesehatan lainnya.

Pengumpulan data pencegahan disabilitas dilakukan pada Penderita Kusta yang sedang dalam pengobatan dan setelah selesai pengobatan. Penderita Kusta yang sedang dalam pengobatan diamati keteraturan berobat, fungsi saraf, dan adanya reaksi setiap bulan. Penderita Kusta yang telah menyelesaikan pengobatan diamati fungsi saraf dan adanya reaksi selama selama 2 tahun untuk tipe PB dan 5 tahun untuk tipe MB.

Pengumpulan data juga dilakukan pada kelompok yang diduga mengalami resistensi obat anti mikrobial Kusta, yaitu Penderita Kusta baru dan Penderita Kusta yang mendapatkan pengobatan kembali.

2. Pengolahan Data

Data dari fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat, dan sumber data lainnya diolah dan selanjutnya divalidasi secara berkala. Data harus memenuhi standar yaitu lengkap, tepat waktu dan akurat, serta sesuai dengan indikator program. Pengolahan data dilakukan melalui Sistem Informasi Pencatatan dan Pelaporan Kusta ke dalam bentuk tabel, grafik, dan peta.

3. Analisis Data

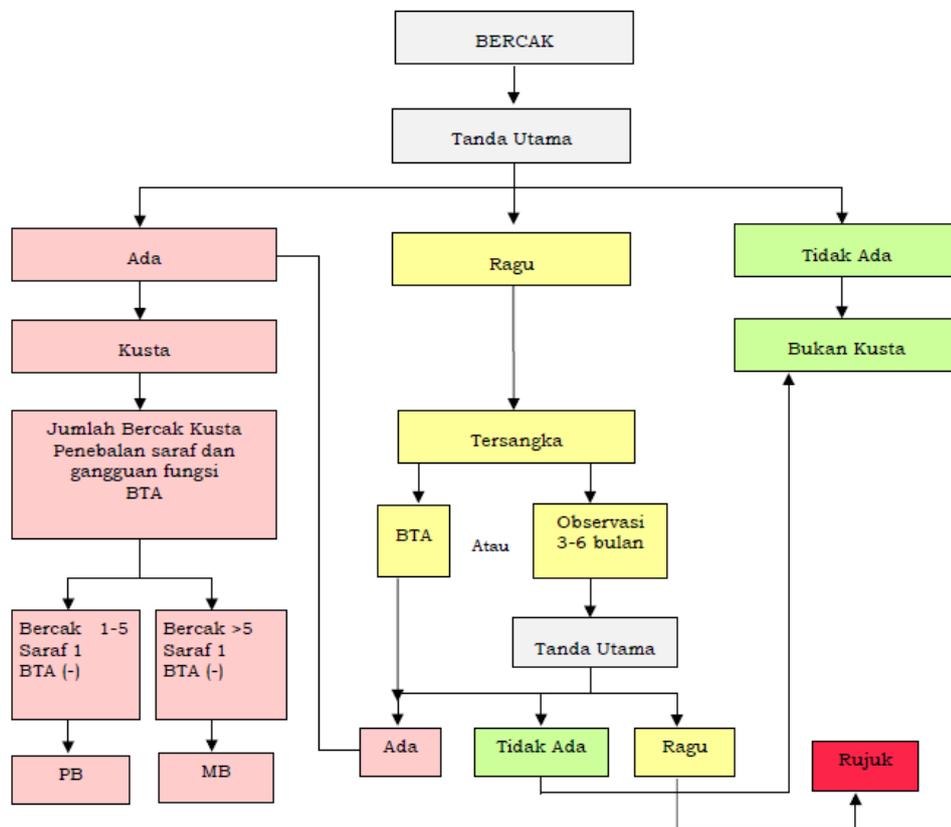
Analisis data dilakukan secara deskriptif dan/atau analitik menurut orang, tempat, dan waktu. Analisis berupa angka prevalensi, angka penemuan kasus baru, proporsi kasus anak di antara kasus baru, proporsi kasus MB di antara kasus baru, proporsi kasus perempuan di antara kasus baru, proporsi

kasus cacat tingkat 2 di antara kasus baru, proporsi penemuan kasus Kusta baru tanpa cacat, angka cacat tingkat 2, proporsi cakupan pemeriksaan kontak.

4. Diseminasi Informasi

Hasil analisis dibuat dalam bentuk laporan dan/atau presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi dan memberi umpan balik. Diseminasi informasi juga ditujukan kepada seluruh stakeholder yang terkait, yaitu jajaran kesehatan, LSM, profesi, perguruan tinggi, dan masyarakat. Informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan perencanaan pencegahan pengendalian Kusta dan evaluasi program.

Bagan 2.2 Alur Surveilans Pencegahan dan Pengendalian Kusta



2.3 Metode Penentuan Prioritas Masalah

Metode USG merupakan salah satu cara menetapkan urutan prioritas masalah dengan metode teknik *Scoring. Urgency, Seriousness, Growth* (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Proses untuk metode USG dilaksanakan dengan memperhatikan urgensi dari masalah, keseriusan masalah yang dihadapi, serta kemungkinan berkembangnya masalah tersebut semakin besar. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu

dengan menentukan skala nilai 1-5 atau 1-10. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas.

Kepner dan Tragoe (1981) menyatakan pentingnya suatu masalah dibandingkan masalah lainnya dapat dilihat dari tiga aspek berikut :

1. Bagaimana gawatnya masalah dilihat dari pengaruhnya sekarang ini terhadap produktivitas, orang, dan/atau sumber dana dan daya.
2. Bagaimana mendesaknya dilihat dari waktu yang tersedia.
3. Bagaimanakah perkiraan yang terbaik mengenai kemungkinan berkembangnya masalah.

Pada penggunaan Matriks USG, untuk menentukan suatu masalah yang prioritas, terdapat tiga faktor yang perlu dipertimbangkan. Ketiga faktor tersebut adalah *urgency*, *seriousness*, dan *growth*.

1. *Urgency*

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.

2. *Seriousness*

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri.

3. *Growth*

Seberapa kemungkinan-kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan semakin memburuk kalau dibiarkan.

Untuk mengurangi tingkat subyektivitas dalam menentukan masalah prioritas, maka perlu menetapkan kriteria untuk masing-masing unsur USG tersebut. Umumnya digunakan skor dengan skala tertentu. Misalnya penggunaan skor skala 1-5. Semakin tinggi tingkat urgensi, serius, atau pertumbuhan masalah tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing unsur tersebut.

2.4 Metode Penentuan Penyebab Masalah

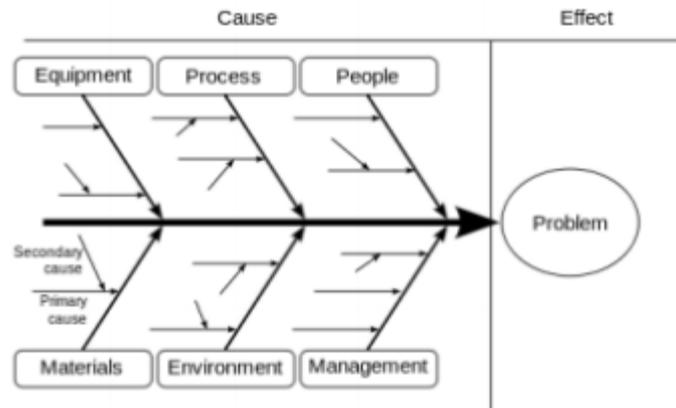
Diagram tulang ikan adalah alat (*tools*) sederhana yang digunakan untuk memahami permasalahan dan akar penyebab masalah secara cepat dan efektif dalam menentukan tindakan korektif. Diagram tulang ikan dapat membantu dalam *brainstorming* untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan dalam memilah ide-ide ke dalam kategori yang berguna.

Dikatakan diagram *fishbone* (tulang ikan) karena memang berbentuk mirip dengan tulang ikan yang moncong kepalanya menghadap ke kanan. Diagram ini akan menunjukkan sebuah dampak atau akibat dari sebuah permasalahan dengan berbagai penyebabnya. Efek atau akibat dituliskan sebagai moncong kepala. Sedangkan tulang ikan diisi oleh sebab-sebab sesuai dengan pendekatan permasalahannya. Dikatakan diagram *Cause and Effect* (Sebab dan Akibat) karena diagram tersebut menunjukkan hubungan antara sebab dan akibat. Berkaitan dengan pengendalian proses statistikal, diagram sebab-akibat dipergunakan untuk menunjukkan faktor-faktor penyebab (sebab) dan karakteristik kualitas (akibat) yang disebabkan oleh faktor-faktor penyebab itu. Fungsi dasar diagram *Fishbone* (tulang ikan) adalah untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi penyebab-penyebab yang mungkin timbul dari suatu efek spesifik dan kemudian memisahkan akar penyebabnya. Pada dasarnya diagram *Fishbone* (tulang ikan) dapat dipergunakan untuk kebutuhan-kebutuhan berikut:

1. Membantu mengidentifikasi akar penyebab dari suatu masalah
2. Membantu membangkitkan ide-ide untuk solusi suatu masalah
3. Membantu dalam penyelidikan atau pencarian fakta lebih lanjut
4. Mengidentifikasi tindakan (bagaimana) untuk menciptakan hasil yang diinginkan
5. Membahas isu secara lengkap dan rapi
6. Menghasilkan pemikiran baru

Representasi dari diagram *Fishbone* sederhana, yakni sebuah garis horizontal yang melalui berbagai garis sub penyebab permasalahan. Diagram ini dapat digunakan juga untuk mempertimbangan risiko dari berbagai penyebab dan sub penyebab dari dampak tersebut, termasuk risikonya secara global.

Fishbone Diagram



Gambar 2.4 Diagram fishbone

Berikut adalah langkah-langkah yang harus dilakukan dalam melakukan analisis dengan diagram fishbone yaitu:

1. Langkah 1: Menyiapkan sesi Analisa Tulang Ikan

Analisa Tulang Ikan kemungkinan akan menghabiskan waktu 50 -60 menit. Dengan menggunakan alat curah pendapat memilih pelayanan atau komponen pelayanan yang akan dianalisa. Menyiapkan kartu dan kertas *flipchart* untuk setiap kelompok

2. Langkah 2: Mengidentifikasi akibat atau masalah akibat atau masalah yang akan ditangani ditulis pada kotak sebelah paling kanan diagram tulang ikan. Identifikasi kategori penyebab.

3. Langkah 3: Mengidentifikasi berbagai kategori sebab utama

Dimulai dari garis horizontal utama, membuat garis diagonal yang menjadi cabang. Setiap cabang mewakili sebab utama dari masalah yang ditulis. Sebab ini diinterpretasikan sebagai *cause*, secara visual dalam *fishbone* seperti tulang ikan. Kategori-kategori ini antara lain: Kategori 6M (digunakan dalam industri manufaktur)

- a) *Machine* (mesin atau teknologi)
- b) *Method* (metode atau proses)
- c) *Material* (termasuk *raw material*, *consumption*, dan informasi)
- d) *Man Power* (tenaga kerja atau pekerjaan fisik) / *Mind Power* (pekerjaan pikiran: *kaizen*, saran, dan sebagainya)
- e) *Measurement* (pengukuran atau inspeksi)

f) *Milieu / Mother Nature* (lingkungan)

4. Langkah 4: Menemukan sebab potensial

Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*. Saat sebab-sebab dikemukakan, tentukan bersama-sama dimana sebab tersebut harus ditempatkan diagram *fishbone*, yaitu tentukan dibawah kategori yang mana gagasan tersebut harus ditempatkan. Sebab-sebab ditulis dengan garis horizontal sehingga banyak “tulang” kecil keluar dari garis diagonal. Pertanyakan kembali “Mengapa sebab itu muncul?” sehingga “tulang” lebih kecil (sub-sebab) keluar dari garis horizontal tadi. Satu sebab bisa ditulis di beberapa tempat jika sebab tersebut berhubungan dengan beberapa kategori.

5. Langkah 5: Mengkaji kembali setiap kategori sebab utama

Setelah menemukan penyebab potensial dari setiap penyebab yang mungkin, kemudian dikaji kembali urutan penyebab hingga ditemukan akar penyebabnya. Setelah itu tempatkan akar penyebab masalah tersebut pada cabang yang sesuai dengan kategori utama sehingga membentuk seperti tulang-tulang kecil dari ikan. Selanjutnya adalah menginterpretasikan dan mengkaji kembali diagram sebab akibat tersebut mulai dari masalah awal hingga ditemukannya akar penyebab tersebut.

6. Langkah 6: Mencapai kesepakatan atas sebab-sebab yang paling mungkin.

Setelah proses interpretasi dengan melihat penyebab yang muncul secara berulang, didapatkan kesepakatan melalui konsensus tentang penyebab itu, sehingga sudah dapat dilakukan pemilihan penyebab yang paling penting dan dapat diatasi. Selanjutnya adalah memfokus perhatian pada penyebab yang terpilih melalui konsensus tersebut untuk hasil yang lebih optimal.

BAB III METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang berlokasi di Jalan A. Yani 118, Ketintang, Kecamatan Gayungan, Kota Surabaya, Jawa Timur pada bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

3.2 Waktu Kegiatan Magang

Waktu pelaksanaan magang dilakukan selama 4 minggu yang dimulai pada tanggal 2 Januari 2020 sampai dengan 31 Januari 2020 dengan jadwal sesuai dengan jam kerja karyawan. Magang dilakukan setiap hari senin sampai jumat dimulai pukul 07.00 WIB sampai pukul 15.30 WIB

Tabel 3.2 Timeline Pelaksanaan Kegiatan Magang

No	Kegiatan	Januari				
		1	2	3	4	5
1	Pengenalan lingkungan kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada seksi P2PM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular)					
2	Mempelajari struktur organisasi, prosedur kerja, visi, misi, dan pelayanan yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.					
3	Mempelajari kegiatan dan program yang dilakukan di seksi P2PM					
4	Melakukan <i>indepth interview</i> dengan pemegang program Kusta					
5	Mengidentifikasi masalah di program Kusta					
6	Menentukan kajian pustaka dan studi literatur terhadap daftar masalah yang ditemukan pada program Kusta					
7	Menentukan prioritas masalah dari daftar masalah yang telah ditemukan dengan menggunakan USG					
8	Mengidentifikasi penyebab masalah dengan menggunakan metode <i>Fishbone</i>					
9	Menyusun dan memilih alternatif pemecahan masalah					
10	Penyusunan laporan kegiatan magang					
11	Seminar magang dan pengumpulan laporan magang					

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan dengan menggunakan beberapa metode yaitu :

1) Kegiatan Observasi

Peserta magang melakukan observasi langsung terhadap lingkungan kerja petugas serta proses pelaksanaan kegiatan yang ada di bidang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

2) Indepth Interview

Indepth interview dilakukan untuk memperoleh gambaran secara jelas tentang gambaran program yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta. Indepth interview dilakukan bersama dengan pemegang program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta

3) Partisipasi

Peserta magang ikut berpartisipasi dalam kegiatan petugas baik di dalam ruangan maupun kegiatan lapangan. Kegiatan yang dilakukan diantaranya adalah membantu pembuatan *power point* berkaitan dengan eradikasi Frambusia.

4) Studi literatur

Studi literatur dilakukan untuk memperoleh teori yang berkaitan dengan permasalahan yang diangkat dan mendukung dengan kondisi yang ditemukan di lapangan

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan selama kegiatan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terkait dengan pelaksanaan P2 Penyakit Kusta:

a. Data primer

Data primer diperoleh dari wawancara dengan penanggungjawab program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Kegiatan ini dilakukan untuk mendapatkan data terperinci terkait kegiatan yang dilakukan serta permasalahan yang dialami dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

b. Data Sekunder

Data ini didapatkan berupa profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, laporan kegiatan, serta form pelaporan kasus Kusta.

3.5 Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan membuat gambaran mengenai situasi atau kejadian. Analisis deskriptif ini menggambarkan data yang diperoleh dalam bentuk grafik, tabel dan diagram yang disertai dengan narasi yang berisi penjelasan pelengkap.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Kondisi Geografis dan Administrasi

Provinsi Jawa Timur terletak di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki luas wilayah daratan 47.799,75 km² (*sumber Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur*). Jawa Timur berada pada 111°0' hingga 114°4' Bujur Timur (BT) dan 7°12' hingga 8°48'

Lintang Selatan (LS) dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a) sebelah utara : Laut Jawa
- b) sebelah selatan : Samudera Hindia
- c) sebelah barat : Selat Bali
- d) sebelah timur : Provinsi Jawa Tengah

Gambar 4.1.1 Peta Wilayah Jawa Timur



Provinsi Jawa Timur memiliki 229 pulau, yang terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai sekitar 2.833,85 km. Pulau Madura merupakan pulau terbesar yang saat ini sudah terhubung dengan wilayah daratan Jawa Timur melalui jembatan ‘Suramadu’. Di sebelah timur Pulau Madura terdapat gugusan pulau-pulau, yang paling timur adalah Kepulauan Kangean dan yang paling utara adalah Kepulauan Masalembu. Di bagian selatan Provinsi Jawa Timur, terdapat 2 (dua) pulau kecil, yakni Nusa Barung dan Pulau Sempu. Sedangkan di bagian utara terdapat Pulau Bawean yang berada 150 km sebelah utara Pulau Jawa. Kabupaten Banyuwangi memiliki wilayah paling luas di antara kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur. Secara administratif, Provinsi

Jawa Timur terdiri dari 29 kabupaten, 9 kota, 666 kecamatan dan 8.501 desa/kelurahan

4.1.2 Kependudukan

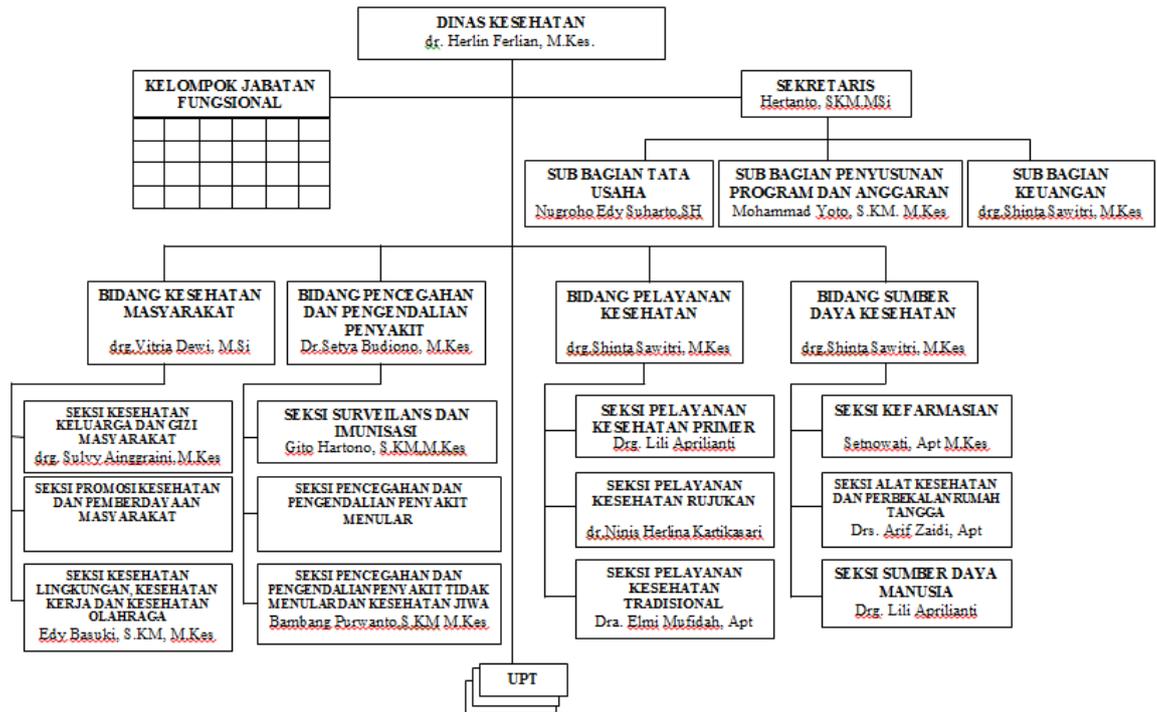
Jumlah penduduk Provinsi Jawa Timur tahun 2018 sebesar 39.500.851 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki 19.502.156 jiwa dan penduduk perempuan 19.998.695 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Surabaya (2.885.555 jiwa), sedangkan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kota Mojokerto (128.282 jiwa). Kepadatan penduduk di kota relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten. Kota Surabaya memiliki kepadatan penduduk tertinggi dengan 8.231,74 km²/jiwa yang artinya 1 km² dihuni oleh 8.232 jiwa.

Komposisi penduduk terbesar adalah kelompok umur 15-19 tahun dengan jumlah penduduk laki-laki 1.560.158 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 1.497.411 jiwa. Sedangkan komposisi penduduk paling sedikit adalah kelompok umur 70-74 tahun dengan jumlah penduduk laki-laki 392.026 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 483.949 jiwa.

Indikator penting terkait distribusi penduduk menurut umur yang sering digunakan untuk mengetahui produktivitas penduduk yaitu Angka Beban Tanggungan atau Dependency Ratio. Angka Beban Tanggungan adalah angka yang menyatakan perbandingan antara banyaknya orang berumur tidak produktif (belum produktif/umur dibawah 15 tahun dan tidak produktif lagi/umur 65 tahun ke atas) dengan yang berumur produktif (umur 15–64 tahun). Angka ini dapat digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu negara. Semakin tinggi persentase dependency ratio menunjukkan semakin tinggi beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase dependency ratio yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi.

Angka Beban Tanggungan penduduk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 sebesar 43,70. Hal ini berarti bahwa 100 penduduk Provinsi Jawa Timur yang produktif, di samping menanggung dirinya sendiri, juga menanggung 44 orang yang tidak produktif.

4.1.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Bagan 4.1.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.4 Visi, Misi, dan Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

A. Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

“Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat”

Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Jawa Timur menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

B. Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
3. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
4. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
5. Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan.

C. Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Untuk mewujudkan misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", maka ditetapkan tujuan : Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.

Untuk mewujudkan misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", maka ditetapkan tujuan: Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

Untuk mewujudkan misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", maka ditetapkan tujuan:

1. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.
2. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
3. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
4. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.

Untuk mewujudkan misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", maka ditetapkan tujuan: Mencegah menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.

Untuk mewujudkan misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

4.1.5 Tugas dan Fungsi

A. Tugas Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

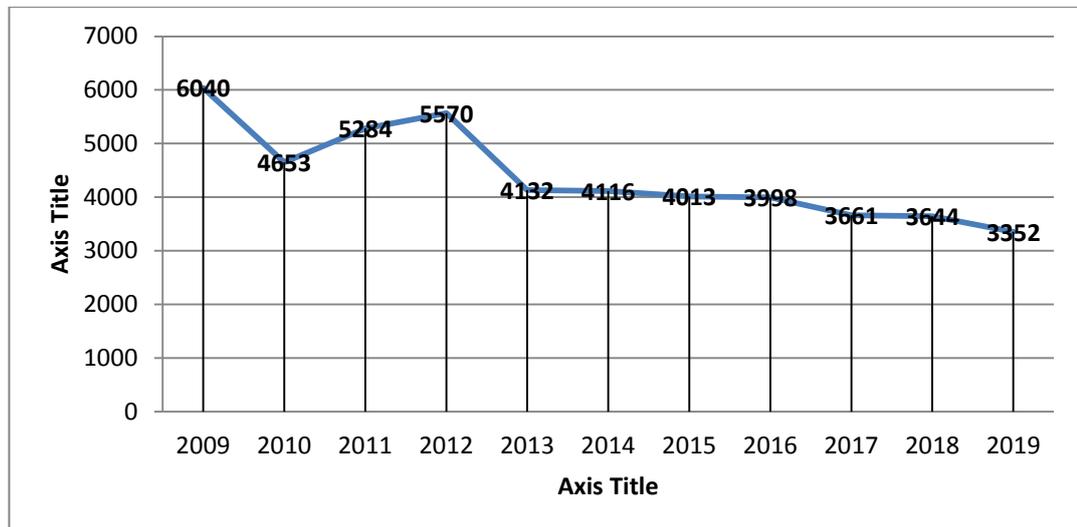
Membantu Gubernur melaksanakan urusa pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi di bidang Kesehatan serta tugas pembantu.

B. Fungsi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

1. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan
3. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan
4. Pelaksanaan administrasi Dinas di bidang kesehatan
5. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Gubernur terkait dengan tugas dan fungsinya

4.2 Gambaran Kasus Kusta di Jawa Timur

4.2.1 Kasus Kusta di Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2019

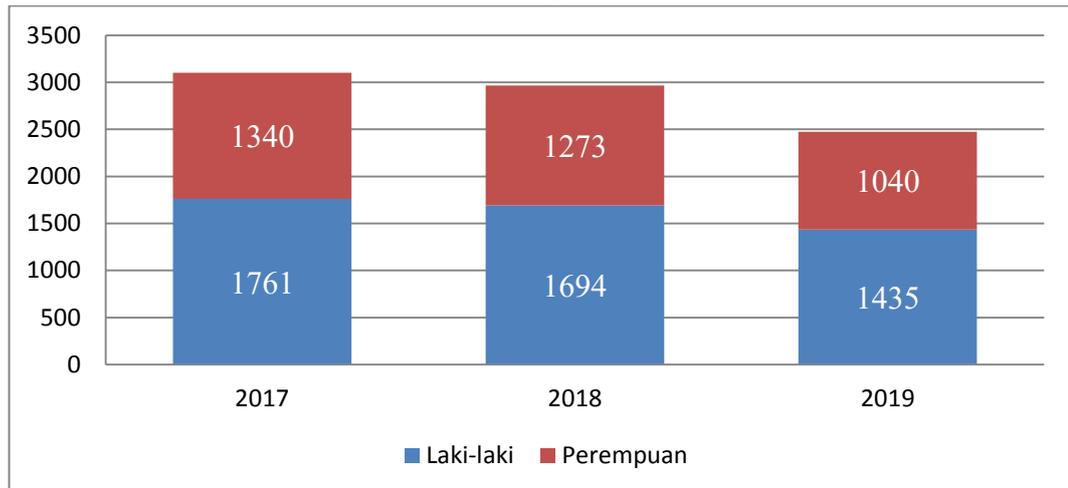


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2009-2019 (Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.1 Kasus Kusta di Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2019

Dari grafik diatas dapat dilihat pada kurun waktu 2009-2013 jumlah kasus kusta baru cenderung flukatif. Setelah tahun 2013 kasus kusta baru cenderung menurun. Hingga tahun 2017 Provinsi Jawa Timur telah dinyatakan mengalami eliminasi kusta. Pada tahun tahun berikutnya penemuan kusta baru cenderung menurun.

4.2.2 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Orang tahun 2017-2019

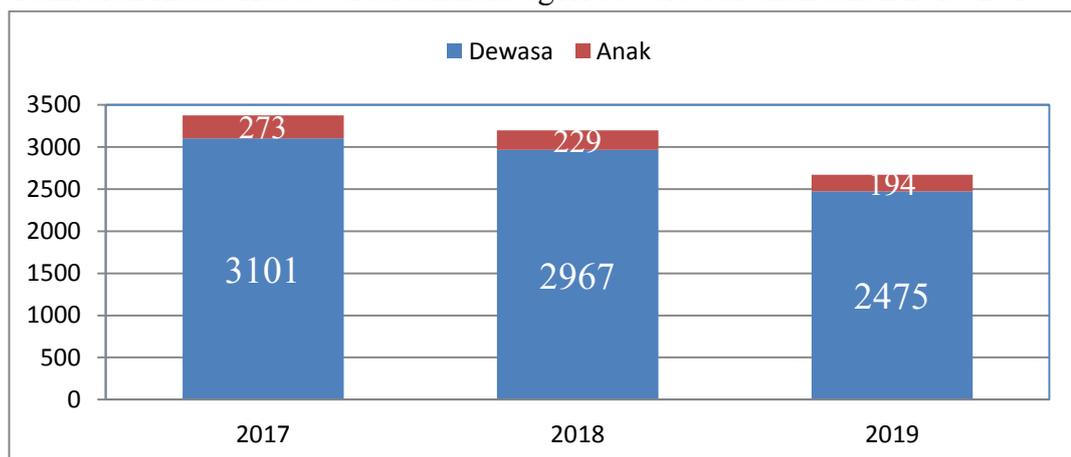


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019 (Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.2 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Orang tahun 2017-2019

Gambaran kasus kusta berdasarkan jenis kelamin dalam kurun waktu 3 tahun terakhir. Didapatkan bahwa laki-laki lebih dominan, akan tetapi penderita kusta wanita juga banyak ditemukan. Pada tahun 2017 proporsi penderita kusta laki-laki sebesar 1761 kasus dan penderita kasus kusta berjenis kelamin perempuan sebesar 1340 kasus. Pada tahun berikutnya yaitu tahun 2018 dapat dilihat pada diagram di atas bahwa jumlah penderita kusta laki-laki mengalami sedikit penurunan yaitu menjadi 1694 kasus, sedangkan kasus kusta perempuan berjumlah 1273 jumlah tersebut juga mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun kemarin. Selanjutnya pada tahun 2019 jumlah kasus kusta pada laki-laki sebanyak 1435 kasus dan kasus kusta perempuan sebesar 1040.

4.2.3 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan kategori dewasa dan anak tahun 2017-2019



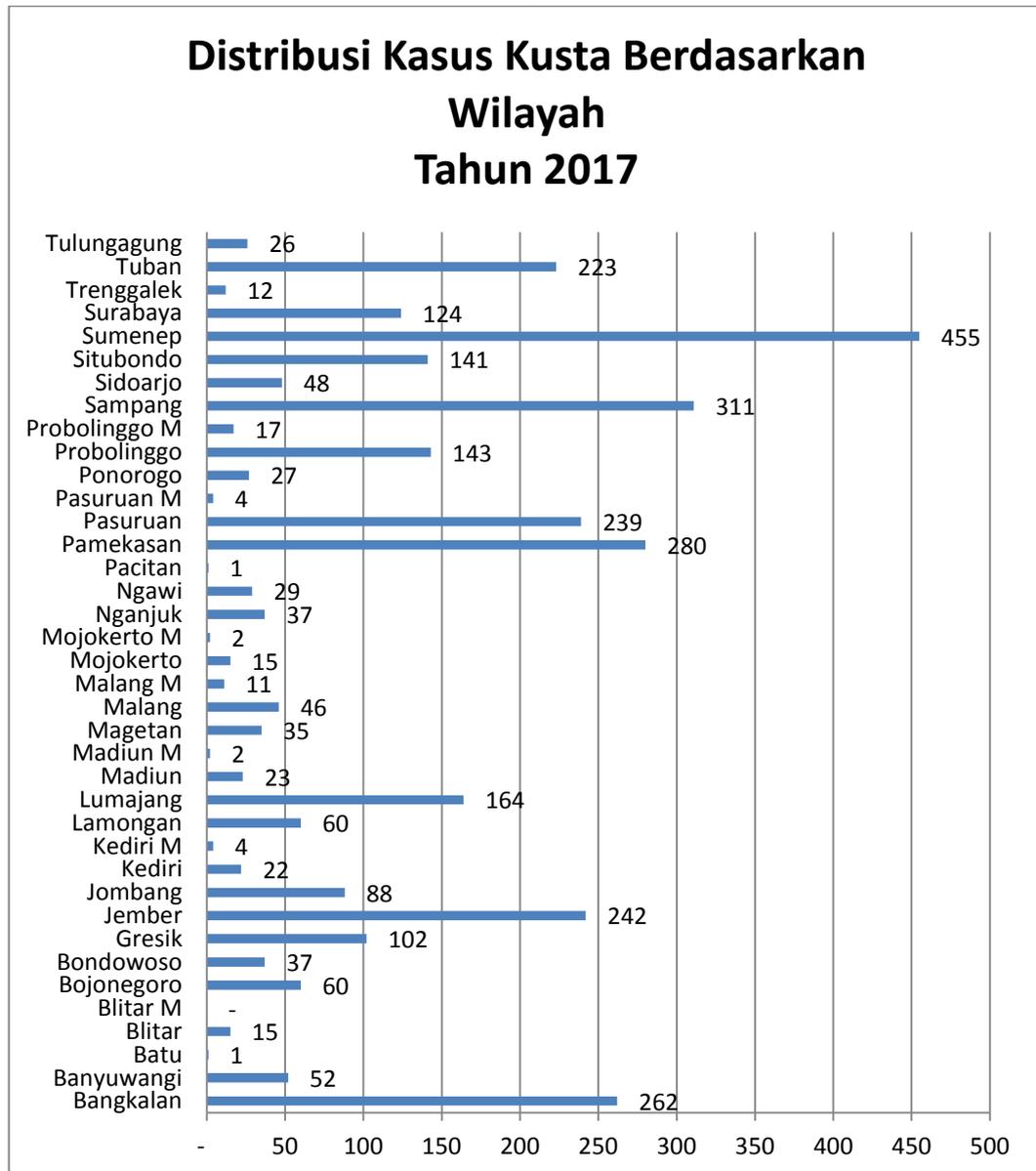
Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019 (Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.3 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan kategori dewasa dan anak tahun 2017-2019

Penurunan jumlah kasus kusta baru dewasa juga diikuti dengan menurunnya jumlah kasus kusta pada anak. Pada tahun 2017 jumlah kasus kusta baru dewasa

berjumlah 3101 dengan kasus kusta anak sebesar 273 kasus. Pada tahun 2018 jumlah kasus kusta baru mengalami penurunan, kasus kusta dewasa pada tahun 2018 sebesar 2967 dan kasus kusta baru anak sebesar 229. Pada tahun 2019 kasus kusta dewasa baru sebesar 2475, jumlah tersebut mengalami pengurangan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Untuk kusta baru anak pada tahun 2019 diidentifikasi berjumlah 194 kasus.

4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2017-2019

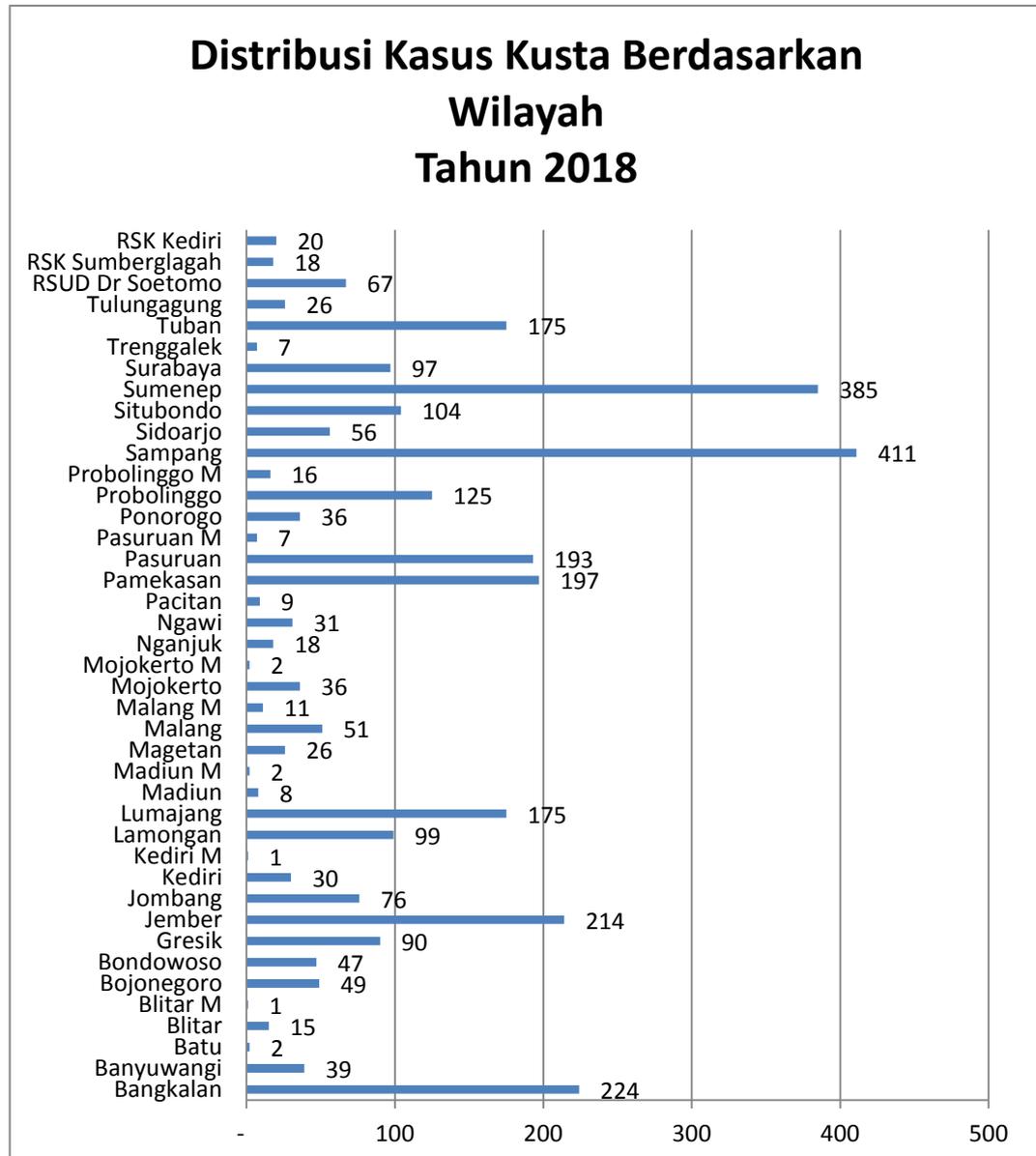


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019
(Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2017

Pada tahun 2017 jumlah kasus kusta baru terbesar ada pada kabupaten Sumenep dengan jumlah kasus kusta baru sebesar 455 kasus. Dalam panduan pemeriksaan klinis dan pengendalian kusta yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa Kabupaten/Kota dapat dikatakan termasuk high burden disease apabila dalam satu tahun ditemukan kasus baru ≥ 30 kasus.

Kabupaten atau kota yang masuk kedalam kategori *high burden disease* adalah Kabupaten/Kota Tuban, Surabaya, Sumenep, Situbondo, Sidoarjo, Sampang, Kota Probolinggo, Pasuruan, Pamekasan, Nganjuk, Malang, Magetan, Lumajang, Lamongan, Jombang, Jember, Gresik, Bondowoso, Bojonegoro, Banyuwangi, dan Bangkalan. Kabupaten/Kota yang tidak melaporkan kejadian adalah Kota Blitar.

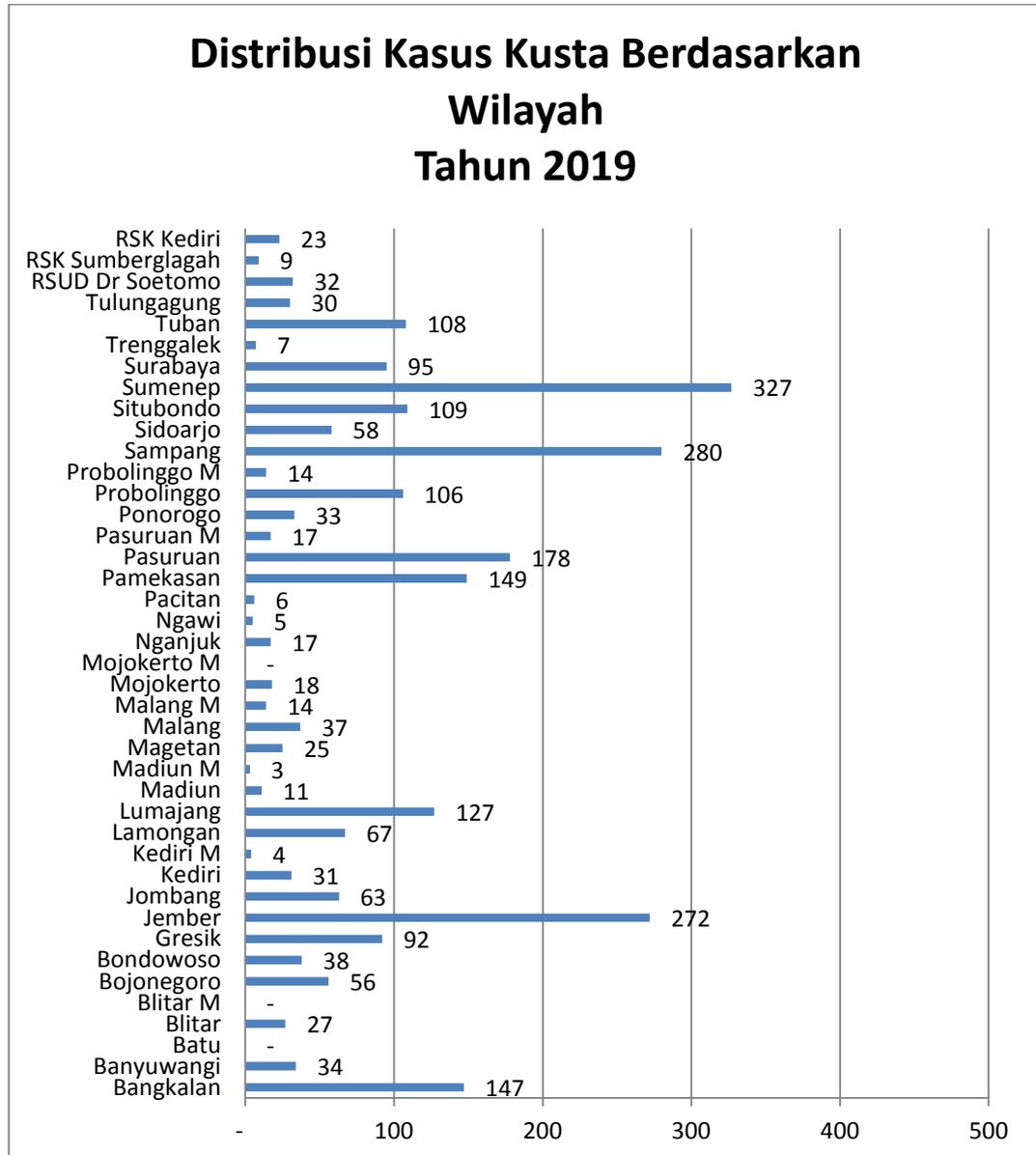


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019
(Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2018

Pada tahun 2018 beberapa Kabupaten/Kota telah mengalami pengurangan jumlah penemuan kusta, namun masih ada beberapa Kabupaten/Kota yang justru mengalami kenaikan jumlah kusta baru. Untuk kategori eliminasi tiap-tiap daerah memiliki target eliminasi yang berbeda-beda. Adapun Kabupaten/Kota yang belum mengalami kenaikan jumlah penemuan kusta baru adalah Kabupaten/Kota Sampang yang mengalami kenaikan yang cukup tinggi, pada tahun sebelumnya

jumlah penderita kusta pada Kabupaten Sampang adalah 311 kasus menjadi 411 kasus. Kabupaten Sampang juga menjadi Kabupaten yang memiliki jumlah kasus kusta tertinggi. Kabupaten Tuban juga mengalami kenaikan jumlah kasus baru. Pada tahun 2018 semua Kabupaten/Kota telah melaporkan penemuan kasus kusta.

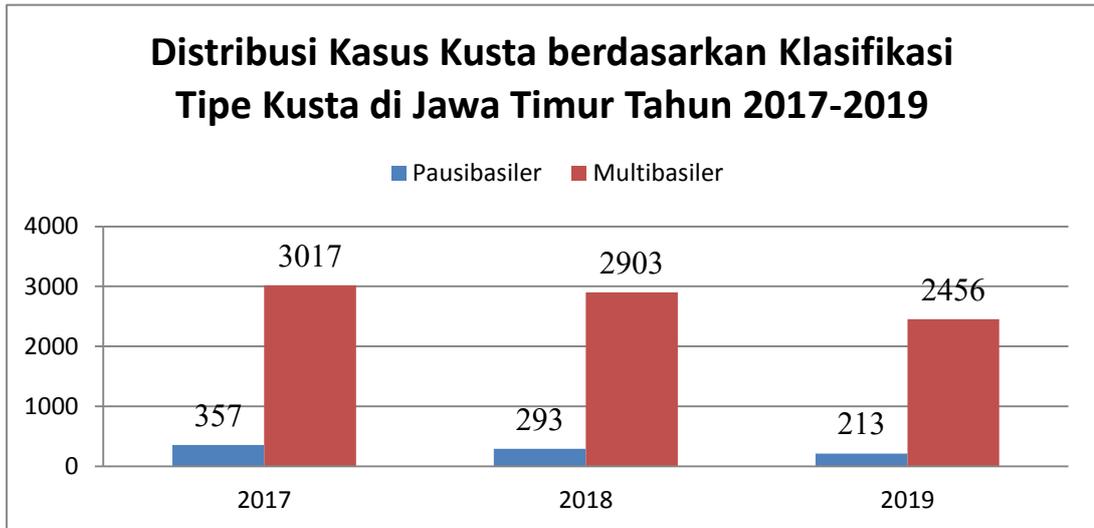


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019
(Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.4 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2019

Berdasarkan diagram diatas dapat diketahui pada tahun 2019 ini ada beberapa Kabupaten/Kota yang belum melaporkan penemuan kasus kusta yaitu Kota Blitar, Kota Mojokerto, dan Kota Batu. Penemuan kasus kusta terbanyak ada pada Kabupaten Sumenep yaitu ditemukan sebanyak 327 kasus. Kabupaten/Kota yang masih masuk kedalam *high burden disease* adalah Tulungagung, Tuban, Surabaya, Sumenep, Situbondo, Sidoarjo, Sampang, Probolinggo, Ponorogo, Pasuruan, Pamekasan, Malang, Lumajang, Lamongan, Kediri, Jombang, Jember, Gresik, Bondowoso, Banyuwangi, dan Bangkalan.

4.2.5 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Klasifikasi Pausibasiler dan Multibasiler Jawa Timur Tahun 2017-2019

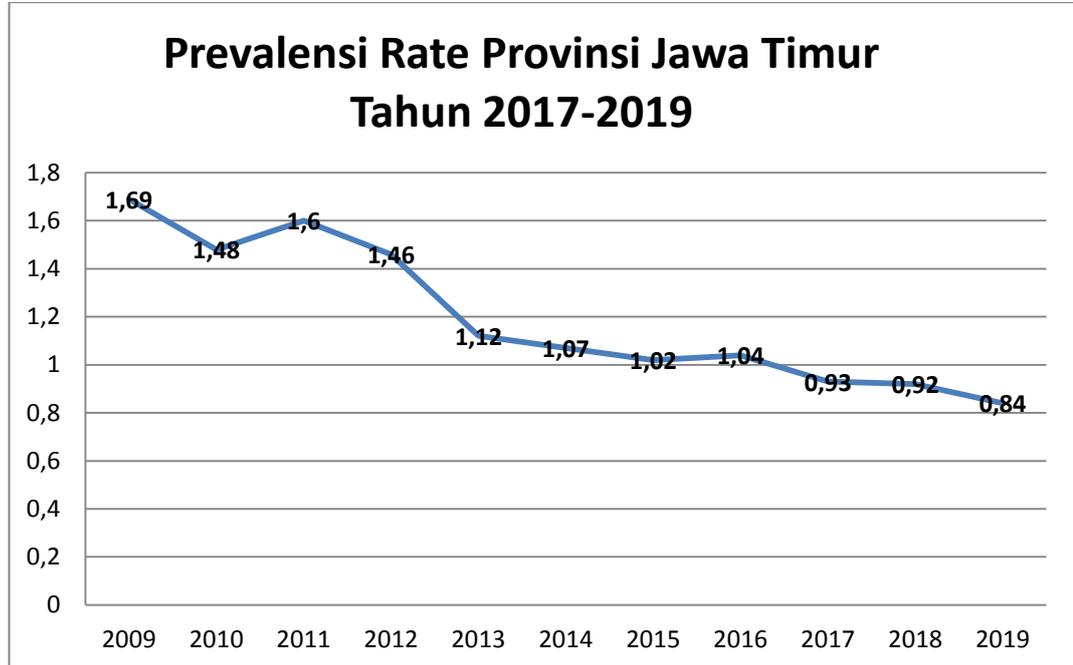


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019
(Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.5 Gambaran Kasus Kusta berdasarkan Tempat tahun 2017-2019

Dari diagram diatas dapat diketahui bahwa mayoritas pasien yang teridentifikasi terkena kusta masuk kedalam klasifikasi *Multibasiler*. Dari tahun 2017 hingga tahun 2019 kusta yang dominan ditemukan adalah *Multibasiler*.

4.2.6 Gambaran Pencapaian Prevalensi Rate Tahun 2017-2019



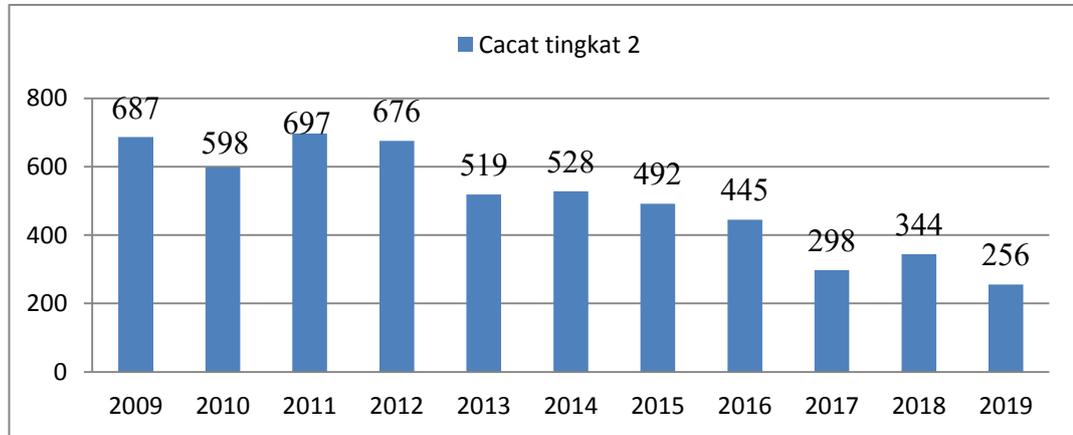
Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019
(Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.6 Gambaran Pencapaian Prevalensi Rate Tahun 2017-2019

Salah satu indikator yang harus dicapai adalah angka *prevalensi rate* kurang dari 1. Provinsi Jawa Timur telah berhasil menurunkan angka *prevalensi rate*

secara signifikan. Untuk hasil tahun 2019 belum final karena ada beberapa Kabupaten/Kota yang belum melaporkan penemuan kasus kusta.

4.2.7 Gambaran Kasus Kecacatan tingkat II pada Penderita Kusta Jawa Timur tahun 2017-2019

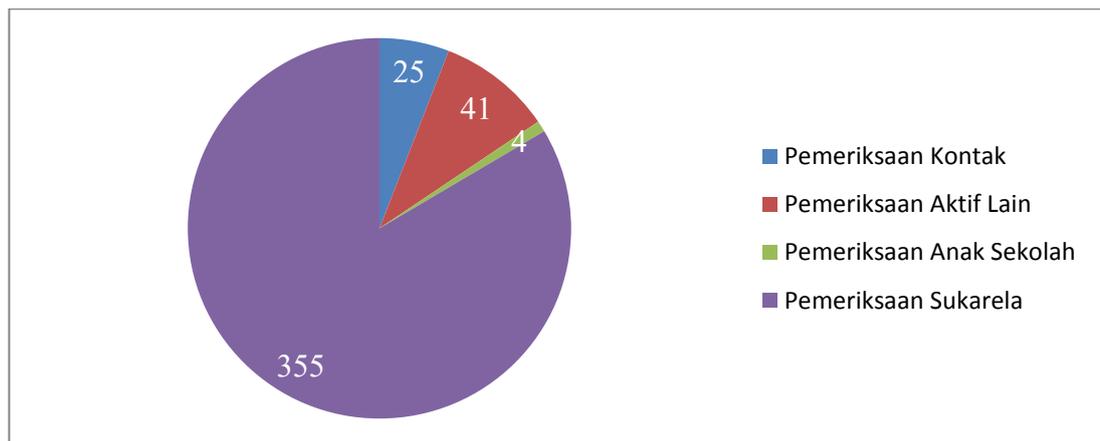


Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2009-2019 (Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.7 Gambaran Kasus Kecacatan tingkat II pada Penderita Kusta Jawa Timur tahun 2017-2019

Dari diagram diatas dapat diketahui bahwa angka kasus kusta dengan kecacatan tingkat 2 cenderung fluktuatif. Pada tahun 2017 jumlah pasien kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2 sebesar 298. Selanjutnya pada tahun 2018 meningkat menjadi 344 kasus. Pada tahun 2019 cenderung menurun menjadi 256 kasus. Akan tetapi data 2019 belum final karena ada beberapa Kabupaten/Kota yang belum melaporkan penemuannya.

4.2.8 Gambaran Penemuan Kasus Kusta Jawa Timur tahun 2019



Sumber :Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2019 (Data diambil pada Januari 2020)

Gambar 4.2.8 Gambaran Penemuan Kasus Kusta Jawa Timur tahun 2019

Dari diagram diatas diagram diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar kasus kusta didapatkan dari pemeriksaan sukarela oleh penderita kusta. Pemeriksaan sukarela masuk kedalam kategori pemeriksaan kusta pasif. Sedangkan

pemeriksaan secara aktif belum banyak dilakukan. Pemeriksaan sukarela berhasil menemukan 355 kasus kusta. Sedangkan pemeriksaan secara aktif menemukan 75 kasus kusta.

4.2 Identifikasi Masalah, Alternatif Solusi Pemecahan Masalah Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.4.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil pengamatan, studi dokumen, dan hasil wawancara pada pemegang program kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, didapatkan permasalahan sebagai berikut :

1. Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut. Sebagian besar penderita secara sukarela melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan. Target cakupan pemeriksaan kontak kasus baru dalam Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta tahun 2012 > 60%
2. Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat untuk mengurangi stigma masyarakat masih rendah.
3. Pelaporan kusta dilaksanakan 3 bulan sekali sehingga data kurang update.

4.4.2 Prioritas Masalah

Prioritas masalah diperoleh dari hasil diskusi dengan bantuan kuesioner yang dilakukan pada 2 orang pemegang program kusta di Seksi P2PM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular). Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan menggunakan metode USG, yang memperhatikan *Urgency*, *Seriousness*, dan *Growth*. Skor yang diberikan berskala 1-5 dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 4.4.2 Tabel Skoring Prioritas Masalah dengan metode USG

<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>
1 = sangat tidak mendesak	1 = sangat tidak berdampak serius	1 = sangat tidak berkembang
2 = tidak mendesak	2 = tidak berdampak serius	2 = tidak berkembang
3 = cukup mendesak	3 = cukup berdampak serius	3 = cukup berkembang
4 = sangat mendesak	4 = sangat berdampak serius	4 = sangat berkembang
5 = sangat mendesak (mutlak)	5 = sangat berdampak serius (mutlak)	5 = sangat berkembang (mutlak)

Prioritas utama merupakan masalah yang mendapatkan skor tertinggi dari hasil penjumlahan seluruh kriteria. Berikut ini hasil skoring dari 4 masalah dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta.

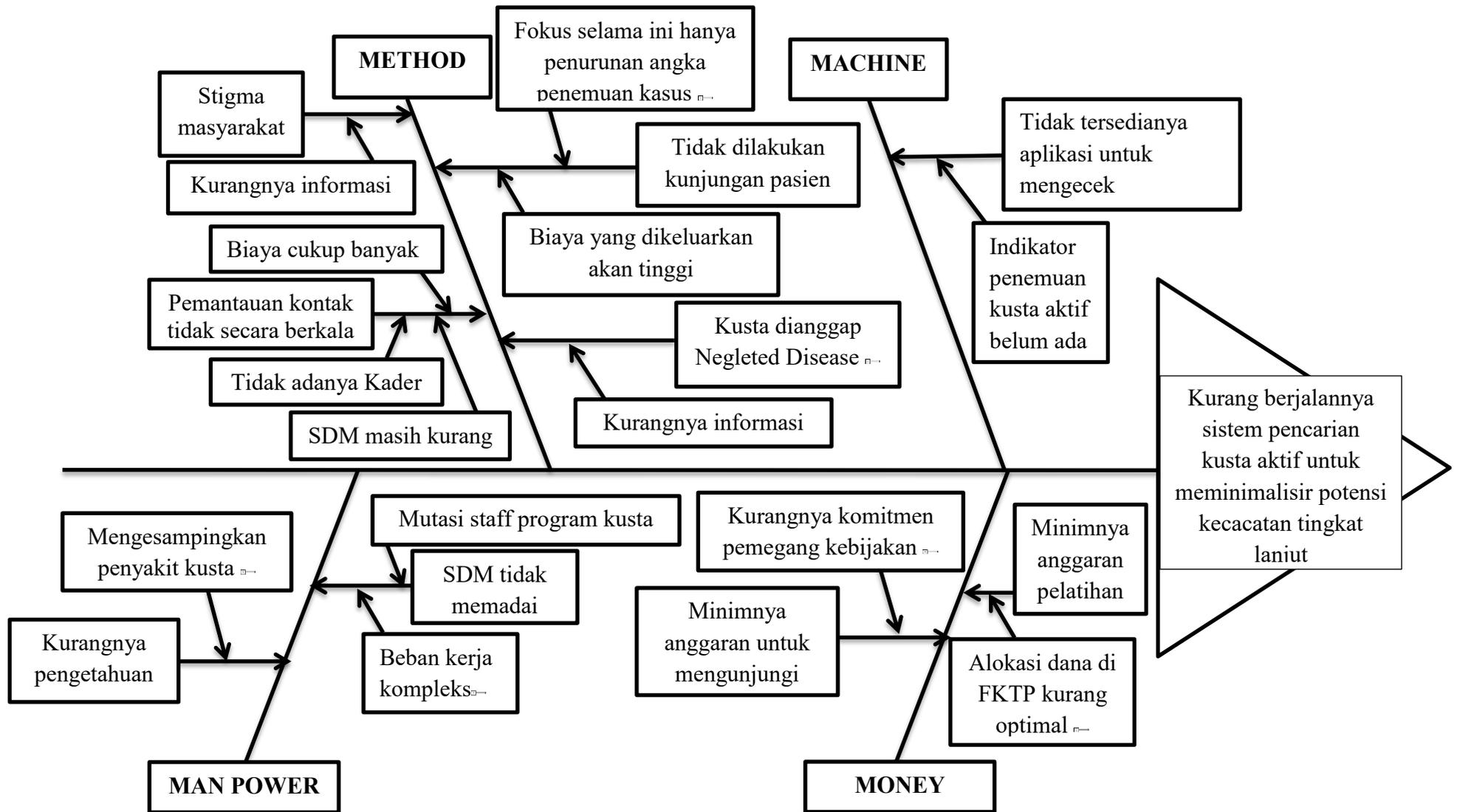
Tabel 4.4.2 Tabel Prioritas Masalah

No.	Daftar Masalah	U	S	G	Total
1	Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut.	13	13	9	35
2	Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat untuk mengurangi stigma masyarakat masih rendah.	13	12	9	34
3	Pelaporan kusta dilaksanakan 3 bulan sekali sehingga data kurang update.	9	9	9	27

Berdasarkan tabel 4.4.2, maka prioritas masalah dari permasalahan pada program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di seksi P2PM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah masalah nomor 1 yaitu Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut.

4.4.3 Analisis Penyebab Masalah

Prioritas masalah yang telah didapatkan dengan menggunakan metode USG, maka dilakukan analisis penyebab masalah dengan menggunakan diagram *fishbone*. Berikut merupakan hasil analisis penyebab masalah berdasarkan prioritas masalah dari permasalahan pada program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di seksi P2PM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Gambar 4.4.3 Metode *Fishbone* untuk penentuan akar masalah

Tabel 4.4.3 Penjabaran Akar Masalah

Prioritas Masalah	Penyebab Primer	Penyebab Sekunder	Penyebab Tersier
Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut	Method	1. Tidak dilakukan Kunjungan rumah pasien	10. Biaya yang dikeluarkan akan tinggi 11. Fokus selama ini hanya penurunan angka penemuan kasus kusta baru
		2. Kusta dianggap Neglected Disease sehingga tidak menjadi fokus pengendalian	12. Kurangnya informasi berkaitan dengan program nasional eliminasi kusta
		3. Stigma masyarakat yang masih tinggi	13. Kurangnya informasi berkaitan dengan kusta
		4. Pemantauan kontak dengan penderita kusta tidak secara berkala	14. Biaya yang dikeluarkan cukup besar 15. Sumberdaya manusia masih kurang 16. Tidak adanya Kader khusus kusta
	Machine	5. Tidak tersedianya aplikasi untuk mengecek apakah anggota keluarga penderita kusta telah dilakukan pengecekan	17. Indikator keberhasilan berkaitan dengan penemuan aktif belum ada
	Man Power	6. SDM tidak memadai	18. Beban kerja terlalu kompleks 19. Mutasi staff program kusta tanpa sepengetahuan pihak dinas kesehatan provinsi.

		7. Kurangnya pengetahuan berkaitan dengan pentingnya pemeriksaan aktif	20. Mengesampingkan penyakit kusta karena jarang ditemui
	Money	8. Minimnya anggaran pelatihan tentang kusta di Puskesmas	21. Alokasi dana di FKTP kurang optimal
		9. Minimnya anggaran untuk mengunjungi rumah pasien kusta untuk pemeriksaan kontak di Puskesmas	22. Kurangnya komitmen pemegang kebijakan untuk peningkatan penemuan aktif dengan tujuan pengurangan risiko kecacatan tingkat lanjut

4.4.4 Alternatif Pemecahan Masalah

Alternatif pemecahan masalah berdasarkan analisis akar masalah *fishbone* :

1. Penyebarluasan Informasi berkaitan dengan kusta guna mengurangi stigma yang timbul di Masyarakat. Karena ini era digital maka penyebarluasan informasi dapat dilakukan melalui beberapa media sosial yang di biasa digunakan di masyarakat. Seperti *Instagram, Twitter, Facebook*, dll. Sasaran untuk program ini tidak hanya usia tua tetapi juga usia muda agar lebih sadar akan kesehatannya dan dapat mengurangi stigma terhadap penderita kusta.
2. Pembuatan peraturan berkaitan dengan mutasi staff program kusta. Apabila terjadi perubahan staff mutasi harus diinformasikan kepada pihak dinas kesehatan provinsi Jawa Timur. Sehingga dapat dipastikan bahwa pengampu program yang baru paham dengan sistem surveilans kusta dan lebih fokus pada penemuan aktif untuk pencegahan kecacatan tingkat lanjut.
3. Dilakukan pendataan secara lengkap terkait dengan kontak penderita kusta. Tujuan dari pendataan tersebut untuk memastikan apakah keluarga penderita kusta telah dilakukan pemeriksaan secara berkala. Untuk mengurangi angka penemuan kasus baru dengan kecacatan.
4. Melakukan Advokasi pada daerah endemis Kusta untuk mengalokasikan dana untuk program kusta. Khususnya anggaran untuk penemuan kusta secara aktif dan berkala agar dapat mencegah kecacatan.
5. Pembentukan kader khusus kusta yang bertujuan untuk mengurangi stigma di masyarakat dan membantu pihak FKTP untuk menemukan penderita kusta secara aktif.

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut. Sebagian besar penderita secara sukarela melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan. Target cakupan pemeriksaan kontak kasus baru dalam Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta tahun 2012 > 60%
2. Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat untuk mengurangi stigma masyarakat masih rendah.
3. Pelaporan kusta dilaksanakan 3 bulan sekali sehingga data kurang update.
4. Prioritas masalah yang terjadi pada program pencegahan dan pengendalian kusta adalah kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut.
5. Rekomendasi Alternatif pemecahan masalah dari prioritas masalah kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut adalah :
 - a. Penyebarluasan Informasi berkaitan dengan kusta guna mengurangi stigma yang timbul di Masyarakat.
 - b. Pembuatan peraturan berkaitan dengan perubahan jabatan. Apabila terjadi perubahan jabatan harus diinformasikan kepada pihak dinas kesehatan provinsi Jawa Timur.
 - c. Dilakukan pendataan secara lengkap terkait dengan kontak penderita kusta khususnya wanita dan anak-anak.
 - d. Melakukan Advokasi pada daerah endemis Kusta untuk mengalokasikan dana untuk program kusta. Khususnya anggaran untuk penemuan kusta secara aktif dan berkala agar dapat mencegah kecacatan.
 - e. Pembentukan kader khusus kusta yang bertujuan untuk mengurangi stigma di masyarakat dan membantu pihak FKTP untuk menemukan penderita kusta secara aktif.

5.2 Saran

1. Perlunya dibentuk sebuah mekanisme kedisiplinan kabupaten/kota dalam pencatatan dan pelaporan kasus kusta yang lengkap, tepat waktu dan akurat. Dengan adanya sistem pelaporan yang baik, maka diharapkan setiap kasus kusta di Provinsi Jawa Timur dapat terpantau sehingga upaya penanggulangannya dapat dilakukan dengan sesegera mungkin.
2. Hendaknya perlu diadakan peningkatan dalam upaya penemuan kasus baru secara intensif di beberapa kabupaten/kota yang endemis maupun yang tidak endemi sebagai upaya pencegahan keterlambatan penemuan kasus dan mencegah kecacatan. Dan optimalisasi pencatatan jumlah kasus kusta dengan melakukan pemberdayaan masyarakat untuk membentuk kader kusta.

3. Meningkatkan kerjasama dengan pemerintah daerah, rumah sakit, LSM, puskesmas, dalam upaya penguatan komitmen dan dukungan terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur.
4. Supervisi yang dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi dilakukan secara rutin dan optimal untuk melakukan evaluasi terhadap indikator pencapaian.
5. Dilakukan pelatihan petugas kusta yang baru setiap setelah dilakukan mutasi.
6. Meningkatkan sosialisasi/kampanye tentang pencegahan dan pengendalian kusta kepada masyarakat sebagai upaya menghilangkan stigma penyakit kusta di masyarakat.
7. Dilakukannya advokasi ke kepala desa terkait alokasi dana desa untuk program kesehatan di wilayah kerja puskesmas terkait.
8. Perlu peningkatan pengetahuan penderita kusta tentang perlindungan dan perawatan diri untuk mencegah kecacatan yang lebih berat terutama pada penderita yang bekerja.

DAFTAR PUSTAKA

- B. Kumar, S. Uprety, S. D. (2017). *Clinical diagnosis of Leprosy*. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000317>
- Bokhary, M., & Phung, T. L. (2017). Molecular Pathogenesis of Leprosy. *Current Tropical Medicine Reports*, (December). <https://doi.org/10.1007/s40475-016-0094-y>
- Brennan, P. J., & Spencer, J. S. (2019). *The Physiology of Mycobacterium leprae Morphology and Cell Wall*.
- Fischer, M. (2017). *Leprosy – an overview of clinical features , diagnosis , and treatment*. 801–827. <https://doi.org/10.1111/ddg.13301>
- Lechat, M. F. (2016). Epidemiology of leprosy. In *Quaderni di Cooperazione Sanitaria*.
- Lockwood, D. N. J., Nicholls, P., Smith, W. C. S., Das, L., Barkataki, P., van Brakel, W., & Suneetha, S. (2012). Comparing the clinical and histological diagnosis of leprosy and leprosy reactions in the infir cohort of indian patients with multibacillary leprosy. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001702>
- M. Hadi & M. Kumalasari. (2017). *Kusta Stadium Subklinis* (F. Andiamana, ed.). Surabaya.
- Scollard, D. M. (2016). *Pathogenesis and pathology of leprosy*. Retrieved from <https://www.internationaltextbookofleprosy.org/chapter/pathology?sect=authors>
- WHO. (2013). *Frequently asked question on leprosy*. Retrieved from http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5044.pdf
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Lampiran 1

PANDUAN *INDEPTH INTERVIEW*

Panduan digunakan untuk melakukan indepth interview dengan pengampu program kusta yaitu Bapak Sumarsono dan Bapak Sulistheo.

1. Apakah kegiatan dari program P2 penyakit Kusta dan Frambusia ?
2. Bagaimana indikator dan target apa saja yang digunakan pada program P2 penyakit Kusta ?
3. Bagaiman pencapaian target dari indikator tersebut ?
4. Apakah ada pelaporan kasus kusta yang berbasis online ?
5. Bagaimana sistem pelaporan kasus kusta di program P2 kusta ?
6. Apa saja *feedback* yang diberikan untuk FKTP dan dinas kesehatan kabupaten/kota ?
7. Bagaimana upaya penyebarluasan informasi berkaitan dengan P2 kusta ?
8. Apa saja kendala yang dialami dalam menjalankan program P2 kusta ?
9. Apa saja sekiranya upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut ?

Lampiran 2

Hasil USG

No.	Hasil Identifikasi Masalah
1.	Kurang berjalannya sistem pencarian kusta aktif untuk meminimalisir potensi kecacatan tingkat lanjut. Sebagian besar penderita secara sukarela melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan. Target cakupan pemeriksaan kontak kasus baru dalam Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta tahun 2012 > 60%
2.	Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat untuk mengurangi stigma masyarakat masih rendah.
3.	Pelaporan kusta dilaksanakan 3 bulan sekali sehingga data kurang update.

Masalah	Kriteria	Petugas			Jumlah	Jumlah Akhir	Prioritas
		1	2	3			
1	U	4	4	5	13	35	1
	S	5	4	4	13		
	G	3	3	3	9		
2	U	4	5	4	13	34	2
	S	5	3	4	12		
	G	4	3	2	9		
3	U	3	4	2	9	27	3
	S	3	3	3	9		
	G	3	3	3	9		

Petugas 1 : Bapak Sumarsono selaku pemegang program kusta

Petugas 2 : Bapak Sulistheo selaku pemegang program kusta

Petugas 3 : Bapak Priyo selaku pemegang program ISPA yang sebelumnya memegang program kusta kurang lebih 10 tahun

Lampiran 3

Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Armya Zakiah Safitri

NIM : 101611133182

Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1	a. Pengarahan oleh Bapak Herry selaku pemegang program DBD b. Perkenalan kepada masing-masing pemegang program yang ada di seksi Pengendalian Penyakit Menular	
Hari ke-2	a. Pengenalan dengan program TB dan Kusta b. Pengenalan software surveilans yaitu software SITT yang digunakan	
Hari ke-3	Membuat power point berkaitan dengan eradikasi Frambusia	
Hari ke-4	Melanjutkan pembuatan power point berkaitan dengan eradikasi Frambusia dan mendiskusikan hasilnya dengan pengampu program kusta yaitu Pak. Sumarsono	
Hari ke-5	a. Supervisi dari dosen pembimbing fakultas b. Pengenalan dengan program filariasis dan pengendalian vector bersama Bapak Huda c. Kunjungan ke laboratorium entomologi d. Pengamatan terhadap perbedaan vektor nyamuk. e. Mengamati perkembangan jentik nyamuk yang dikembangbiakan di laboratorium entomologi untuk keperluan penelitian.	
Minggu ke-2		
Hari ke-1	a. Mempelajari software surveilans filariasis yaitu software e-filca. b. Rekapitulasi data dari software e-filca Provinsi Jawa Timur Tahun 2019. c. Mengamati cacing B.Malayi penyebab penyakit filariasis dengan menggunakan mikroskop	
Hari ke-2	a. Mendapatkan informasi mengenai program HIV secara umum dari Bu Eka b. Rekapitulasi data EID (<i>Early Infant Diagnosis</i>) HIV di Jawa timur tahun 2016-2019 c. Mendapatkan informasi mengenai program	

	Malaria dari Bu Desya dan Pak Bambang d. Pengenalan software surveilans malaria yaitu software e-SISMAL	te
Hari ke-3	a. Mendapatkan informasi mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS) dari Bu Eka b. Melanjutkan Rekapitulasi data EID (<i>Early Infant Diagnosis</i>) HIV di Jawa timur tahun 2016-2019	te
Hari ke-4	Rekapitulasi data EID (<i>Early Infant Diagnosis</i>) HIV di Jawa timur tahun 2016-2019	te
Hari ke-5	a. Mendapatkan informasi mengenai program Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dari Pak Priyo b. Melanjutkan Rekapitulasi data EID (<i>Early Infant Diagnosis</i>) HIV di Jawa timur tahun 2016-2019	te
Minggu ke-3		
Hari ke-1	a. Mendapatkan informasi mengenai program Hepatitis B, Hepatitis C, dan Diare dari Bu Norma b. Melanjutkan Rekapitulasi data EID (<i>Early Infant Diagnosis</i>) HIV di Jawa timur tahun 2016-2019	te
Hari ke-2	a. Mengikuti upacara yang rutin dilaksanakan setiap tanggal 17 b. Melakukan <i>indepth interview</i> dengan petugas pengelola program kusta	te
Hari ke-3	a. Menganalisis <i>form</i> pelaporan Kusta tribulan b. Melakukan <i>indepth interview</i> dengan petugas program kusta berkaitan dengan kendala yang dialami pada pelaksanaan program kusta	te
Hari ke-4	a. Mendiskusikan hasil analisis <i>form</i> pelaporan kusta tribulan kepada pengelola program kusta	te
Hari ke-5	a. Menyusun laporan magang	te
Minggu ke-4		
Hari ke-1	a. Melakukan koordinasi berkaitan dengan kegiatan seminar magang kepada pembimbing lapangan dan pengampu program.	te
Hari ke-2	a. Mengikuti kegiatan senam bersama b. Melakukan <i>indepth interview</i> dengan pengampu program kusta berkaitan dengan list masalah yang telah ditemukan	te
Hari ke-3	a. Melakukan diskusi bersama beberapa pengelola program, <i>sharing</i> informasi.	te
Hari ke-4	a. Menyusun laporan magang b. Melakukan metode USG kepada pengampu Program Kusta	te
Hari ke-5	a. Melakukan <i>indepth interview</i> dengan pengampu program kusta berkaitan dengan akar masalah	te

Minggu ke-5		
Hari ke-1	a. Melakukan USG dengan mantan pengampu program kusta dan mendiskusikan berkaitan dengan hal yang mendasari permasalahan	<i>h</i>
Hari ke-2	a. Mengikuti kegiatan senam rutin b. Melaksanakan penutupan magang dengan seluruh staff seksi P2PM	<i>h</i>

Lampiran 4

Lembar Absensi

ABSENSI MAGANG MAHASISWA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
 DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
 TANGGAL 2 JANUARI-31 JANUARI 2020

No.	Nama	NIM	Januari							
			2	3	4	5	6	7	8	9
1	Elyira Revita	101611133042	Datang Ren							
2	Eren Silvia H	101611133045	Datang Ren							
3	Armya Zakiah	101611133182	Datang Ren							

No.	Nama	NIM	Januari							
			9	10	11	12	13	14	15	16
1	Elyira Revita	101611133042	Datang Ren							
2	Eren Silvia H	101611133045	Datang Ren							
3	Armya Zakiah	101611133182	Datang Ren							

No	Nama	NIM	Januari									
			16	17	20	21	22	16	17	20	21	22
1	Elvira Revita	101611133042	Datang Re	Pulang Re								
2	Erren Silvia H	101611133045	Datang Sly	Pulang Sly								
3	Armaya Zakiah	101611133182	Datang Sly	Pulang Sly								

No.	Nama	NIM	Januari									
			23	24	17	28	29	23	24	17	28	29
1	Elvira Revita	101611133042	Datang Re	Pulang Re								
2	Erren Silvia H	101611133045	Datang Sly	Pulang Sly								
3	Armaya Zakiah	101611133182	Datang Sly	Pulang Sly								

No.	Nama	NIM	Januari			
			30	31	30	31
1	Elvira Revita	101611133042	Datang Re	Pulang Re	Datang Re	Pulang Re
2	Erren Silvia H	101611133045	Datang Sly	Pulang Sly	Datang Sly	Pulang Sly
3	Armaya Zakiah	101611133182	Datang Sly	Pulang Sly	Datang Sly	Pulang Sly

Lampiran 5

Surat Ijin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id> E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.


a.n. Dekan,
Wakil Dekan I
Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP 196609271997022001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618
Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

**DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Tempat Magang	Pembimbing	Pelaksanaan
1.	Anugrah Lintang Indrawati	101611133058	Epidemiologi	Bagian Penyakit Tidak Menular	Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes	23 Desember 2019 s.d. 24 Januari 2020
2.	Nida Luthfina	101611133097				
3.	Indria Dwi Saraswati	101611133037				
4.	Annisa Nur Illahi	101611133191		Bagian Surveillans	Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D	
5.	Alya hanifa Rasyidi	101611133147				
6.	Made Nita Sintari	101611133161				
7.	Erren Silvia Herdiyani	101611133045		Bagian Penyakit Menular	Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., MPH	
8.	Elvira Revita	101611133042				
9.	Armya Zakiah Safitri	101611133182				
10.	Tashya Angelic Tamara	101611133035	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes	Januari s.d. Februari 2020
11.	Aldila Mazaya Ghaisani	101611133158				
12.	Ana mariatul Ulfa	101611133082				
13.	Riphyana Novayanti	101611133031				

Lampiran 6

Dokumentasi Kegiatan Magang

		
<p>Penjelasan dari pengelola program berkaitan dengan filariasis dan vektor</p>	<p>Melakukan rekap data EID (Early Infant Diagnosis) HIV di Jawa Timur Tahun 2016-2019</p>	<p>Melakukan kunjungan ke Laboratorium Entamologi untuk mengamati vektor penyebab penyakit</p>
		
<p>Mengikuti kegiatan apel yang dilakukan setiap hari</p>	<p>Mengikuti kegiatan peregangan yang dilakukan setiap hari pukul 10.00 dan pukul 14.00</p>	<p>Supervisi oleh dosen pembimbing dari universitas</p>