

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR PROGRAM
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT KUSTA
DI PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2017**



Oleh :

**MAYAM TAMI
NIM. 101511133111**

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 2 JANUARI - 31 JANUARI 2019**

Disusun Oleh:

MAYAM TAMI

NIM. 101511133111

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 26 Februari 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes,
NIP. 196811021998022001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,

Tanggal 26 Februari 2019

Sumarsono, S.KM
NIP. 196703101991031013

Mengetahui,

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 26 Februari 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes,
NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan magang dengan judul “**Evaluasi Capaian Indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017**” dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan kegiatan Pencegahan Pengendalian Kusta yang dilaksanakan oleh petugas Kusta di seksi Pemberantasan Penyakit (P2).

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, serta selaku dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
3. Siti Murtini SKM, M.M.kes selaku Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit (P2) yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang
4. Sumarsono, SKM selaku koordinator program P2 Kusta yang secara terbuka mendukung dan membimbing selama pelaksanaan magang.
5. Sulistheo Wibowo, SKM selaku pembimbing magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang.
6. Nurul Laili, SKM selaku pembimbing magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang.
7. Teman-teman magang di seksi P2 yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.
8. Orang tua dan keluarga yang senantiasa mendukung dan memberikan semangat serta selalu mendoa'kan yang terbaik.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya serta balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini. Semoga bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 19 Februari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	1
HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL.....	6
DAFTAR GAMBAR	7
BAB I PENDAHULUAN	8
1.1 Latar Belakang	8
1.2 Tujuan Kegiatan.....	10
1.2.1 Tujuan Umum	10
1.2.2 Tujuan Khusus	10
1.3 Manfaat Kegiatan.....	11
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa.....	11
1.3.2 Manfaat Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	11
1.3.3 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Definisi Penyakit Kusta	12
2.2 Epidemiologi Penyakit Kusta	12
2.3 Strategi Penemuan Kasus Kusta	14
2.4 Cara Penularan Penyakit Kusta.....	16
2.5 Klasifikasi Penyakit Kusta.....	17
2.6 Diagnosa Penyakit Kusta	18
2.7 Kecacatan Kusta.....	19
2.8 Dampak Kecacatan Kusta	20
2.9 Pengobatan Kusta.....	21
2.10 Pencatatan dan Pelaporan.....	22
2.11 Monitoring dan Evaluasi	23
2.12 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL	24
2.13 Analisis Masalah dengan Metode Diagram Fishbone.....	26

BAB III METODE KEGIATAN MAGANG	27
3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang	27
3.1.1 Lokasi Magang.....	27
3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang	27
3.2 Metode Pelaksanaan Kegiatan	27
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	28
3.4 Output Kegiatan	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	30
4.1 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	30
4.1.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019	30
4.1.2 Gambaran Capaian Indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2017	33
4.1.3 Identifikasi Masalah Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017	40
4.1.4 Prioritas Masalah Menggunakan Metode CARL.....	40
4.1.5 Distribusi kecacatan kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur berdasarkan orang, tempat dan waktu	41
4.1.6 Akar Penyebab Masalah Menggunakan Metode Fishbone.....	46
4.1.7 Alternatif Solusi	51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
5.1 Kesimpulan	54
5.2 Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN	57

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Situasi kusta menurut regional WHO pada awal tahun 2016	13
Tabel 2.2 Tren kasus kusta di wilayah regional WHO tahun 2012-2015	13
Tabel 2.3 Tanda utama kusta pada tipe PB dan MB	18
Tabel 2.4 Tanda lain untuk klasifikasi kusta.....	18
Tabel 2.5 Tingkat Kecacatan di Indonesia	20
Tabel 2.6 Pedoman Pengobatan Penyakit Kusta Tipe PB.....	21
Tabel 2.7 Pedoman Pengobatan Penyakit Kusta Tipe MB	22
Tabel 2.8 Skoring Metode CARL	25
Tabel 2.9 Matriks Metode CARL	26
Tabel 3.1 Timeline Kegiatan Magang.....	27
Tabel 4.1 Penentuan Prioritas Masalah pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit kusta Tahun 2017.....	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang dilaporkan ke WHO awal tahun 2015	12
Gambar 2.2 Alur Diagnosis Penyakit Kusta	19
Gambar 2.3 Alur Pelaporan Program P2 Kusta	23
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	32
Gambar 4.2 Tren Prevalensi Penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III	33
Gambar 4.3 Prevalensi Kusta di Jawa Timur Berdasarkan Kab/Kota Tahun 2017	34
Gambar 4.4 Jumlah Kasus Kusta Baru Berdasarkan Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	35
Gambar 4.5 Jumlah Kasus Kusta Baru Berdasarkan Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	35
Gambar 4.6 Tren Kasus Baru Kusta Per Triwulan Tahun 2017-2018 TW I-III	36
Gambar 4.7 Trend Proporsi dan Kasus Baru Kusta pada Anak di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III	36
Gambar 4.8 Trend Proporsi Cacat Tingkat II Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III	37
Gambar 4.9 Proporsi Cacat Kusta Tingkat II di Kab/Kota Jawa Timur Tahun 2017	38
Gambar 4.10 Tren Angka Kesembuhan (RFT) penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2017	38
Gambar 4.11 RFT Rate Kusta Tipe PB di Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017	39
Gambar 4.12 RFT Rate Kusta Tipe MB di Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017	39
Gambar 4.13 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Kelompok Umur di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	42
Gambar 4.14 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	42
Gambar 4.15 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan Tipe Kusta di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	43
Gambar 4.16 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Metode Penemuan Kasus Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	43
Gambar 4.17 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Metode Penemuan Kasus di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III	44
Gambar 4.18 Pola Kasus Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan variabel Waktu di Provinsi Jawa Timur	46
Gambar 4.19 Akar Penyebab Masalah Dengan Metode Fishbone	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan diluar lingkungan kampus khususnya dilembaga institusi untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang di bidang peminatan epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik di dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit serta instansi kesehatan. Kurikulum program magang bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan ketrampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum terjun ke dunia kerja nyata (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2018).

Tujuan dari program magang pada bidang epidemiologi adalah untuk mengenal struktur organisasi dan prosedur kerja, program pencegahan, dan penanggulangan penyakit, serta surveilans dan imunisasi yang di terapkan di tempat magang mulai mengumpulkan, mengolah, dan menganalisis data serta diseminasi informasi. Selain itu, belajar mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah, menentukan alternatif pemecahan masalah serta mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan instansi (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2018).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan. Adapun misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencakup kegiatan pencegahan, surveilans, deteksi dini baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, bencana dan imunisasi. Informasi mengenai hal tersebut telah didapatkan selama perkuliahan dan hal itulah yang menjadi dasar dalam menjadikan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat magang.

Penyakit kusta atau *Morbus Hansen* di ambil dari nama penemu kumannya yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen. Kusta merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae* dengan tipe penyakit *granulomatosa* pada saraf tepi & mukosa dari

saluran nafas atas yang bisa menyerang pada segala rentang usia. Penyakit ini bisa menunjukkan dampak yang sangat progresif, menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak, & mata bila tidak ditangani dengan baik (Tosepu, 2016).

Kusta termasuk salah satu penyakit tertua diantara penyakit menular lainnya. Menurut *World Health Organization* (WHO) kusta merupakan salah satu dari tujuh penyakit tropis yang terabaikan & membutuhkan perhatian khusus dunia (Smith, 1992). Kusta dikenal juga sebagai “*The Great Imitator Disease*” karena manifestasinya yang mirip dengan banyak penyakit kulit biasa lainnya seperti infeksi jamur kulit, sehingga kemunculannya seringkali tidak disadari oleh penderitanya (Widoyono, 2008). Hal ini juga dikarenakan bakteri kusta sendiri mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu, daya tahan hidup di luar tubuh manusia mffencapai 9 hari & memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan lebih (Kementerian Kesehatan, 2017).

Insiden kusta di dunia pada tahun 2016 berdasarkan data WHO mengalami peningkatan yakni dari 211.973 (2015) menjadi 214.783 (2016) menurut angka resmi dari 145 negara di 6 Wilayah. Jumlah kasus baru ini menunjukkan adanya tingkat penularan infeksi lanjutan & tingkat pelacakan serta penemuan kasus kusta di dunia. 94% dari insiden kusta ini dilaporkan oleh 14 negara yang melaporkan >1000 kasus baru tiap tahunnya. Hal ini menunjukkan masih banyaknya wilayah yang menjadi kantong endemisitas tinggi kusta didunia, termasuk negara yang melaporkan < 1000 kasus baru.

Berdasarkan laporan insiden tersebut, Asia Tenggara merupakan regional dengan insiden kusta tertinggi yakni 161.263 kasus tahun 2016, mengalami peningkatan sebesar 5.145 kasus dari tahun sebelumnya (WHO, 2017). Indonesia sebagai negara penyumbang insiden kusta ke 3 terbanyak di dunia berjumlah 16.286 kasus, setelah Brazil diposisi kedua yakni 25.218 kasus & India 145.485 kasus berada di posisi pertama (WHO, 2017). Ke 3 negara ini stagnan pada posisinya masing-masing bahkan hampir 10 tahun terakhir.

Pengendalian kasus kusta antara lain dengan meningkatkan deteksi kasus dini. Indikator keberhasilan yang digunakan salah satunya adalah proporsi cacat tingkat 2. Indonesia juga menduduki posisi ke 3 penyumbang insiden kecacatan kusta tingkat 2 terbanyak di dunia (WHO, 2017). Pada tingkat provinsi tertinggi ada di wilayah Indonesia bagian Timur seperti Maluku Utara, Sulawesi Selatan & Papua, sedangkan jika dilihat di pulau Jawa, Jawa Timur

menjadi provinsi dengan insiden kusta (3.373 kasus) terbanyak & cacat kusta tingkat 2 nomor 2 terbanyak (293 kasus) pada tahun lalu 2017 (Kementerian Kesehatan, 2017). Jawa Timur sempat masuk menjadi satu-satunya provinsi di bagian Barat Indonesia dengan kategori *High Burden* yakni NCDR >10/100.000 penduduk & atau insiden >1000 kasus tahun 2016.

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, persentase angka kecacatan tingkat 2 di Jawa Timur pada tahun 2017 masih cukup tinggi, 8,83% melebihi target nasional (<5%). Hal ini sebagai indikator adanya keterlambatan antara kejadian penyakit dan penegakan diagnosis (keterlambatan pasien mencari pengobatan atau keterlambatan petugas dalam penemuan pasien).

Kegiatan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mempunyai peranan sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit kusta. Salah satu upaya yang penting dilakukan untuk penyakit kusta adalah dengan intensifikasi penemuan kasus kusta secara dini oleh petugas kesehatan melalui penguatan komitmen semua pihak. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan program pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Hal ini sangat penting untuk dilakukan analisis dan pemecahan masalah guna pencapaian penurunan penyakit dan kecacatan akibat kusta.

1.2 Tujuan Kegiatan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis gambaran pelaksanaan kegiatan pada program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja di Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur.
2. Mempelajari program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur.

3. Mempelajari sistem surveilans yang diterapkan di program kusta Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur mulai dari proses pengumpulan, pengolahan dan analisis data, serta diseminasi informasi.
4. Mengidentifikasi masalah kesehatan di program kusta kusta Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur, membuat prioritas masalah kesehatan dan mencari alternatif pemecahan masalah (*probelm solving*) tentang kesehatan.
5. Mengikuti kegiatan dilapangan yang dilakukan di Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur dan menerapkan konsep epidemiologi.

1.3 Manfaat Kegiatan

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

Dapat menambah pemahaman mahasiswa terutama mengenai kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di lingkup provinsi Jawa Timur dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Memperoleh informasi mengenai gambaran pelaksanaan sistem pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

1.3.3 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Memperoleh masukan mengenai alternatif pemecahan permasalahan yang berkaitan dengan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Penyakit Kusta

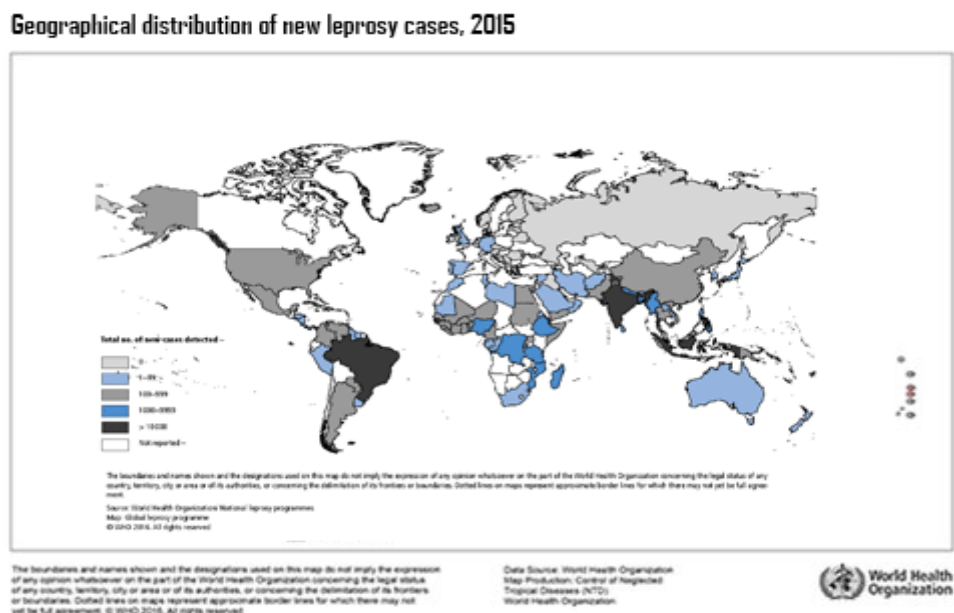
Kusta merupakan penyakit infeksius akibat infeksi *Mycobacterium Leprae* yang menyerang saraf perifer & kulit dan dapat menyebabkan mati rasa & hilangnya sensasi dibagian tubuh yang terkena, & bisa mempengaruhi pada mata dan hidung. Tanda-tanda awal termasuk perubahan warna atau bercak ringan pada kulit dengan hilangnya sensasi. Ketika saraf di dalam lengan terkena, bagian tangan menjadi mati rasa dan otot-otot kecil menjadi lumpuh.

Pada jari-jari dan jempol bisa terjadi keriting (WHO, 2013). Ketika kusta menyerang saraf di kaki, itu mengganggu komunikasi sensasi sampai ke kaki. Kusta kebanyakan dijumpai ditempat yang tropis & subtropis atau pada tempat yang memiliki kelembapan tinggi. Dalam keadaan yang paling parah, infeksi ini dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk merasakan sakit di tangan atau kaki, kehilangan angka, dan kebutaan (Richardus, *et al.*, 2016). Tanda dan gejala sangat bervariasi, tergantung pada resistensi penderita terhadap penyakit ini.

2.2 Epidemiologi Penyakit Kusta

a. Distribusi penyakit kusta menurut geografi

Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia terlihat pada gambar dibawah ini:



Sumber: (*Weekly Epidemiological Record*, WHO 2017)

Gambar 2.1 Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang telapor ke WHO awal tahun 2015

jumlah kasus baru kusta di dunia pada tahun 2016 berdasarkan data WHO mengalami peningkatan yakni dari 211.973 (2015) menjadi 214.783 (2016) menurut angka resmi dari 145 negara di 6 Wilayah. Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara (161.263), diikuti regional Amerika (27.356), regional Afrika (19.384), dan sisanya berada di regional lain di dunia.

Tabel 2.1 Situasi kusta menurut regional WHO pada awal tahun 2016

Regional WHO	Jumlah kasus baru per (100.00 penduduk) yang terdeteksi awal tahun 2016	Jumlah kasus kusta terdaftar (prevalensi) per 10.000 penduduk awal tahun 2017
Afrika	19.384 (2,0)	21.465 (0,3)
Amerika	27.356 (2,7)	26.365 (0,31)
Mediterania Timur	2.834 (0,4)	3.102 (0,01)
Asia tenggara	161.263 (8,2)	115.180 (0,6)
Pasifik barat	3.914 (0,2)	5.820 (0,03)
Eropa	32	16
Total	214.783 (2,9)	171.948 (0,23)

Sumber: (*Weekly Epidemiological Record*, WHO 2017)

b. Distribusi menurut waktu

Tren kasus kusta di wilayah regional WHO tahun 2012-2015

Tabel 2.2 Tren kasus kusta di wilayah regional WHO tahun 2012-2015

Regional WHO	Jumlah kasus baru				
	2012	2013	2014	2015	2016
Afrika	20599	20911	18597	20004	19384
Amerika	36178	33084	33789	28806	27356
Mediterania Timur	4235	1680	2342	2167	2834
Asia tenggara	166445	155385	154834	156118	161263
Pasifik barat	5400	4596	4337	3645	3914
Eropa	-	-	-	18	32
Total	232857	215656	213899	210740	214783

Sumber: (*Weekly Epidemiological Record*, WHO 2017)

Tren kasus kusta selama 5 tahun di wilayah regional WHO terlihat pada tabel diatas, dapat diketahui bahwa sejak tahun tahun 2012-2015 jumlah kasus kusta baru cenderung mengalami penurunan. Namun pada tahun 2016 mengalami kenaikan jumlahnya sebesar 4043 kasus kusta baru. Hampir diseluruh benua memiliki jumlah kasus kusta baru tiap tahunnya dari 2012-2016 >1000 kasus, kecuali eropa yang pada tahun 2012-2014 jumlah kasus kusta barunya adalah 0.

c. Distribusi menurut faktor manusia

a) etnik atau suku

Dalam satu negara atau wilayah yang sama kondisi lingkungannya, didapatkan bahwa faktor etnik mempengaruhi distribusi tipe kusta. Di Myanmar kejadian kusta lepromatosa lebih sering terjadi pada etnik Burma dibandingkan dengan etnik India.

Situasi di Malaysia juga mengindikasikan hal yang sama, kejadian kusta lepromatosa lebih banyak pada etnik China dibandingkan etnik Melayu atau India.

b) Faktor sosial ekonomi

Faktor ini berperan penting dalam kejadian kusta, dan hal ini terbukti pada negara-negara di Eropa. Dengan adanya peningkatan sosial ekonomi, maka kejadian kusta sangat cepat menurun bahkan hilang. Kasus kusta yang masuk dari negara lain ternyata tidak menularkan kepada orang yang sosial ekonominya tinggi.

c) Distribusi menurut umur

Kebanyakan penelitian melaporkan distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan prevalensi, hanya sedikit yang berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Dengan kata lain, kejadian penyakit sering terkait pada usia saat ditemukan ketimbang saat timbulnya penyakit. Pada penyakit kronis seperti kusta, angka prevalensi penyakit berdasarkan kelompok umur tidak menggambarkan risiko kelompok umur tertentu untuk terkena penyakit. Kusta diketahui terjadi pada semua usia berkisar antara bayi sampai usia lanjut (3 minggu sampai >70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada usia muda dan produktif.

d) Distribusi menurut jenis kelamin

Kusta dapat mengenai laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan laporan, sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang daripada perempuan. Rendahnya penyakit kusta pada perempuan kemungkinan karena faktor lingkungan dan sosial budaya. Pada kebudayaan tertentu akses perempuan ke layanan kesehatan sangat terbatas.

2.3 Strategi Penemuan Kasus Kusta

Penemuan pasien bertujuan untuk mendapatkan orang dengan penyakit kusta melalui serangkaian kegiatan sehingga secepat mungkin dapat dilakukan pengobatan hingga sembuh dan tidak menjadi sumber penularan maupun sampai menimbulkan kecacatan. Strategi Penemuan kasus kusta secara garis besar terdiri dari penemuan pasif dan aktif.

a. Penemuan kasus secara aktif

Pasien yang ditemukan secara aktif, melalui kegiatan-kegiatan seperti:

1. Intensifikasi

Penemuan kasus kusta secara aktif dengan melakukan sosialisasi tentang kusta kemudian melakukan pemeriksaan kusta pada kasus yang diduga kusta. Kegiatan intensifikasi penemuan kasus kusta diawali dengan kegiatan sosialisasi dan orientasi. Kegiatan sosialisasi berupa diseminasi informasi tentang penyakit kusta, situasi dan

kebijakan program puskesmas dengan mengajarkan selang pandang tatalaksana kasus dan pengobatan. Metode yang dilakukan berupa presentasi, diskusi, tanya jawab dan praktek pemeriksaan kusta.

Setelah kegiatan sosialisasi dan orientasi, pengelola program di puskesmas diberi waktu seminggu untuk mempersiapkan pelaksanaan kegiatan sekaligus sosialisasi kusta dan frambusia kepada bidan dan kader desa. Kegiatan ini dapat dilakukan di balai desa/dusun/kampung. Masing-masing desa/dusun/kampung mendapat 2 hari untuk pemeriksaan penduduk. Hari pertama adalah pemeriksaan klinis kusta. Acara ini diawali dengan penjelasan maksud dan tujuan kegiatan oleh kepala desa/dusun/kampung, kemudian dilanjutkan dengan penyuluhan tentang penyakit kusta serta pemeriksaan klinis oleh petugas kesehatan (pengelola program di puskesmas). Penduduk yang dicurigai sebagai kasus kusta dilakukan pemeriksaan lanjutan dihari berikutnya. Hari kedua adalah pemeriksaan lanjutan klinis kusta. Pada hari kedua ini dilakukan pemeriksaan ulang bagi penduduk yang dicurigai sebagai kasus kusta.

Daerah yang menjadi target kegiatan intensifikasi penemuan kasus kusta adalah wilayah yang menjadi kantong kusta dalam waktu 2-5 tahun terakhir. Target pemeriksaan kusta adalah 80% dari total penduduk. Sasaran pemeriksaan klinis kusta adalah masyarakat/penduduk yang ada di desa/dusun/kampung.

2. Pemeriksaan Kontak yakni dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien yang baru ditemukan (kasus indeks). Kegiatan ini memerlukan biaya yang rendah namun memiliki efektifitas yang tinggi sehingga wajib dilakukan.
3. Rapid Village Survey (RVS) yakni penemuan kasus aktif yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat, meningkatnya pengetahuan dan partisipasi petugas puskesmas dan ditemukannya kasus baru dalam lingkup kecil/desa.
4. Chase Survey
Adalah kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dengan mengunjungi wilayah tertentu berdasarkan informasi dari berbagai sumber tentang keberadaan suspek kusta di wilayah tersebut. Kegiatan yang dilakukan adalah pemeriksaan suspek dan penyuluhan kepada masyarakat di lokasi tersebut.
5. Pemeriksaan anak sekolah SD sederajat.
Kegiatan ini diprioritaskan pada wilayah yang terdapat kasus anak. Agar lebih efisien, sebaiknya kegiatan ini diintegrasikan dengan usaha kesehatan sekolah (UKS). Sasaran dari kegiatan ini adalah guru dan murid SD/sederajat. Tujuan dari kegiatan ini adalah:

- (1) meningkatkan pengetahuan dan kesadaran guru dan murid tentang penyakit kusta.
- (2) ditemukannya pasien baru secara dini.

6. Leprosy Elimination Campaign (LEC).

7. Special Action Program For Elimination Leprosy (SAPEL).

SAPEL merupakan proyek khusus untuk mencapai tujuan eliminasi kusta dan dilaksanakan pada daerah yang mempunyai geografis yang sulit. Pada kegiatan ini MDT diberikan sekaligus 1 (satu) paket dibawah pengawasan kader atau keluarga.

b. Penemuan kasus secara pasif (sukarela)

Pasien yang ditemukan, datang ke puskesmas/sarana kesehatan lainnya atas kemauan sendiri atau saran orang lain. Faktor-faktor yang menyebabkan pasien terlambat berobat, disebabkan oleh dua aspek yakni:

1. Aspek dari sisi pasien: tidak mengerti tanda dini kusta, malu datang ke puskesmas, tidak tahu bahwa ada obat tersedia gratis di puskesmas, jarak rumah pasien ke puskesmas/sarana kesehatan lainnya terlalu jauh, dll.
2. Aspek dari penyedia layanan kesehatan: ketidakmampuan mengenali tanda kusta dan mendiagnosis, pelayanan yang tidak mengakomodasi kebutuhan klien dll.

2.4 Cara Penularan Penyakit Kusta

Sampai saat ini hanya manusia satu-satunya yang dianggap sebagai sumber penularan walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadillo, simpanse dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus (Kemenkes RI, 2012). Binatang armadillo liar di Lusiana dan Texas secara alamiah diketahui dapat menderita penyakit seperti kusta. Diduga secara alamiah dapat terjadi penularan terhadap manusia dari binatang armadillo. Penularan penyakit kusta juga terjadi pada monyet dan simpanse yang ditangkap di Nigeria dan Sierra Leone (Chin J, 2000). Kuman kusta banyak ditemukan di mukosa hidung manusia. Berjuta-juta basil *M. Leprae* terdapat pada lendir hidung penderita kusta tipe lepromatosa yang tidak diobati dan dapat hidup selama 7 hari pada lendir hidung yang kering. Hal tersebut membuktikan bahwa saluran nafas bagian atas merupakan sumber kuman pada pasien tipe lepromatosa (Kemenkes, 2012). Penularan kusta dapat terjadi apabila bakteri kusta yang utuh dan hidup keluar dari tubuh penderita kusta kemudian masuk ke dalam tubuh orang lain yang melakukan kontak.

Kuman kusta yang keluar dari tubuh penderita berbentuk utuh, memiliki kemungkinan penularan yang lebih besar dibandingkan dengan kuman kusta yang keluar dengan tidak utuh. Kuman kusta diluar tubuh dapat mati dengan adanya sinar matahari serta terhindar dari tempat-tempat yang lembab (Kemenkes, 2015). Perjalanan penularan kusta sampai

kepada tahap seseorang terjangkit kusta tidak mudah. Hanya sebagian orang yang akan terjangkit kusta setelah mengalami kontak dengan penderita dikarenakan adanya kekebalan tubuh (Kemenkes, 2012). Kalau sistem imunitas selular tinggi, penyakit berkembang ke arah tuberkuloid dan bila rendah, berkembang ke arah lepromatosa. *M. leprae* berpredileksi di daerah-daerah yang relatif lebih dingin, yaitu daerah akril dengan vaskularisasi yang sedikit (Arif Mansjoer, 2000 dalam Yuniarasari, 2013). Kemenkes (2012) mengemukakan bahwa seseorang dalam lingkungan yang telah mengalami kontak dengan penderita kusta terdiri dari tiga kelompok yaitu:

- a. Pejamu dengan kekebalan tubuh yang tinggi, kelompok ini merupakan kelompok terbesar yang akan menjadi resisten terhadap kuman kusta.
- b. Pejamu yang mempunyai kekebalan rendah terhadap kuman kusta, apabila terserang penyakit kusta biasanya pada tipe PB.
- c. Pejamu yang sama sekali tidak memiliki kekebalan terhadap kuman kusta, kelompok ini merupakan kelompok terkecil dan biasanya termasuk pada penderita kusta tipe MB.

2.5 Klasifikasi Penyakit Kusta

Banyak metode sebelumnya dari proses pengklasifikasian yakni ada yang didasarkan pada klinis, imunologi, dan karakter histopatologi (Richardus, et al., 2016). Diagnosis umum dari kusta sebaiknya dihindari. Berikut adalah klasifikasi kusta yang telah ada menurut beberapa ahli:

- a. Klasifikasi Kusta Internasional pada konferensi Madrid tahun 1953.

Klasifikasi kusta telah menjadi bahan perdebatan selama bertahun-tahun. Pertama klasifikasi hanya didasarkan pada parameter klinis, menghasilkan kebingungan & kontroversi. Sejak awal abad ke-20, ada kebutuhan akan kesatuan klasifikasi internasional, klasifikasi berdasarkan empat kelompok penyakit utama dirumuskan yakni *Lepromatous leprosy*, *Tuberkuloid leprosy*, *indeterminate leprosy*, dan *Borderline leprosy*.

- b. Klasifikasi menurut (Ridley & Jopling, 1966).

Klasifikasi ini berdasarkan pada histopatologi & derajat CMI terdiri dari 5 spektrum kelompok kusta yaitu tipe TT (Bentuk tuberkuloid yang murni), BT (Bentuk tuberkuloid yang daya tubuhnya terhadap basil kusta lebih rendah dari TT tetapi masih cukup), BB (daya tahan tubuhnya tepat berada di pertengahan antar tuberkuloid murni dan lepromatosa murni), BL (daya tahan tubuh rendah dan mulai mendekati lepromatosa yang

murni, namun belum hilang sama sekali), dan tipe LL (Bentuk lepromatosa murni dimana daya tahan tubuh sudah hilang sama sekali) (Cole & Singh, 2012).

c. Klasifikasi menurut WHO.

Pedoman utama untuk menentukan klasifikasi kusta menurut WHO (1995) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tanda utama kusta pada tipe PB dan MB

Tanda Utama	PB	MB
Lesi kulit (berbentuk bercak, datar, papul atau nodul)	Jumlah lesi 1-5 Hipopigmentasi atau eritema Distribusi asimetris Mati/kurang rasa jelas	Jumlah lesi >5 Distribusi lebih asimetris Mati/kurang rasa tidak jelas
Kerusakan saraf (ditemukan adanya mati/kurang rasa, dan atau kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena).	Hanya satu saraf	Lebih dari 1 saraf

Sumber: (Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, Kemenkes RI 2016).

Tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Tanda lain untuk klasifikasi kusta

Tanda Utama	PB	MB
Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
Permukaan bercak	Kering, kasar	Halus, mengkilap
Batas bercak	Tegas	Kurang tegas
Mati rasa pada bercak	Jelas	Biasanya kurang jelas
Deformitas	Proses terjadi lebih cepat	Terjadi pada tahap lanjut
Ciri-ciri khas	-	Madarosis, hidung pelana, wajah singa, ginekomastia pada laki-laki

Sumber: (Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, Kemenkes RI 2016).

2.6 Diagnosa Penyakit Kusta

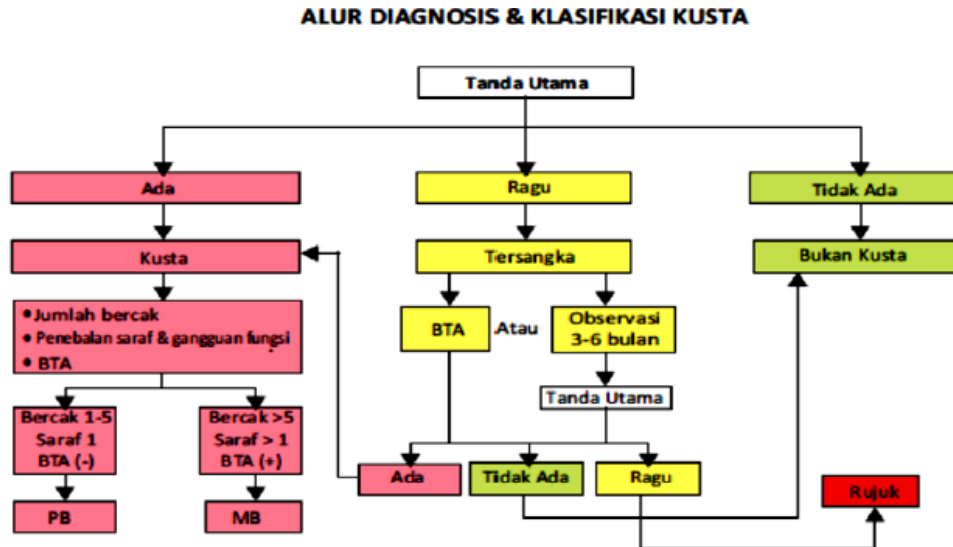
Diagnosa kusta dapat dilihat dari adanya tanda-tanda utama atau *cardinal sign*, yaitu:

1. Kelainan (lesi) kulit yang mati rasa.
2. Penebalan syaraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi syaraf.

Gangguan fungsi syaraf ini dapat berupa:

- a. Gangguan fungsi sensoris: mati rasa
 - b. Gangguan fungsi motoris: kelemahan (paresis) atau kelumpuhan (paralisis) otot.
 - c. Gangguan fungsi otonom: kulit kering dan retak-retak.
3. Adanya basil tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*).

Berikut adalah alur diagnosis dan klasifikasi kusta:



Sumber: (Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, Kemenkes RI 2016).

Gambar 2.2 Alur Diagnosis Penyakit Kusta

2.7 Kecacatan Kusta

Kecacatan pada penderita kusta menjadi tantangan bagi kesehatan masyarakat, layanan sosial & rehabilitasi di negara endemis kusta. Masalah kecacatan ini lebih dari sekedar kerusakan fisik semata, namun juga keterbatasan aktivitas, stigma & diskriminasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Brakel, *et al.*, 2012) yang meneliti mengenai kecacatan pada orang kusta di Indonesia tahun 2012, dari keseluruhan 1.358 orang dengan kecacatan dan 931 komunitas yang dilibatkan 70% nya mengalami gangguan fisik, 60% melaporkan pembatasan aktivitas & partisipasi dan 36% mendapat stigma.

Menurut (WHO, 1980) cacat kusta dapat dibedakan menjadi *impairment*, *disability* & *handicap*. *Impairment* adalah segala abnormalitas struktur & fungsi yang bersifat psikologik, fisiologik atau anatomi. *Impairment* dapat dibedakan menjadi primer (*facial disfigurement*, kerusakan saraf & mata, kelainan kepribadian), dan sekunder (ulkus, pemendekan jari tangan dan kaki, dan destruksi tulang). *Disability* adalah segala keterbatasan untuk melakukan kegiatan dalam batas kehidupan yang normal bagi manusia (misalnya perawatan diri, mobilitas dan kebiasaan komunikasi). *Handicap* adalah ketidakmampuan persisten yang membatasi individu pada kehidupan normal di masyarakat (misalnya tidak memiliki pekerjaan, ketergantungan ekonomi dan fisik serta integrasi sosial).

Menurut ICF (*Internatinal Classification Of Function Disability And Health*) kecacatan meliputi 3 aspek yaitu kerusakan sruktur dan fungsi (*impairment*), keterbatasan aktifitas (*activity limitation*), dan masalah partisipasi (*participation problem*) (Dirjen, 2012). Kerusakan struktur seperti deviasi atau kehilangan penglihatan, paralisis, sendi kontraktur,

dan bisul. Keterbatasan aktivitas adalah kesulitan seseorang dalam melakukan kegiatan kesehariannya, misalnya tidak bisa makan atau berpakaian seperti biasanya. Masalah partisipasi misalnya penderita kusta yang dilarang pergi ke sekolah, bekerja atau ikut berpartisipasi dalam kegiatan kelompok tertentu.

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses yaitu infiltrasi langsung *M. Leprae* ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya mata) dan melalui reaksi kusta. Sesuai patogenesisnya, susunan saraf yang terkena akibat penyakit ini adalah susunan saraf perifer, khususnya beberapa saraf berikut: saraf facialis, radialis, ulnaris, medianus, poplitea lateralis (poroneus communis) dan tibialis posterior. Kerusakan fungsi sensoris, motoris maupun otonom darisaraf-saraf tersebut secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas. Tingkat cacat juga digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas. Fungsi lain dari tingkat cacat adalah untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 di antara penderita baru (Kemenkes RI, 2016).

Tabel 2.5 Tingkat Kecacatan di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Anestesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta)	
2	Ada lagophthalmus	Ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus jari kiting, kaki semper

Sumber: (Depkes RI, 2006)

2.8 Dampak Kecacatan Kusta

Dampak yang bisa dirasakan dari adanya penyakit kusta ini selain bisa dirasakan oleh penderitanya sendiri juga bisa dirasakan oleh orang sekitar terutama keluarga. Baru-baru ini perhitungan DALY & QALY telah diperkenalkan dalam penilaian epidemiologi kusta. Dampak yang paling mengenai pada penderita kusta sendiri yaitu terkait stigma & kesejangan sosial di masyarakat yang masih menganggap kusta ini sebagai penyakit yang tidak biasa & disebabkan oleh kutukan dsb.

Adanya hal semacam ini menghadirkan berbagai reaksi bagi penderita kusta secara langsung sebagai dampak psikologis, bahkan ada diantara mereka yang menjadi tidak mau lagi keluar rumah atau hanya sekedar bergabung dengan komunitas di masyarakat. Imbasnya dari hal ini penderita menjadi tidak mau lagi pergi ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kondisinya dan untuk memenuhi pengobatannya, sehingga kebanyakan dari mereka menjadi *Drop Out* MDT dan jika mereka kembali lagi mereka harus mengulangi pengobatannya dari awal untuk menghindari resistensi kuman terhadap pengobatan sebelumnya yang telah dilakukan.

2.9 Pengobatan Kusta

Regimen pengobatan kusta di Indonesia disesuaikan dengan rekomendasi WHO (1995), yaitu program *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan kombinasi obat medika sentosa utama yang terdiri dari Rifampisin, Klofazimin (Lamprene) dan DDS (Dapson/4,4-diaminodifenil-sulfon) yang telah diterapkan sejak tahun 1981. Program MDT ini bertujuan untuk mengatasi resistensi Dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidak-taatan pasien, menurunkan angka putus obat, mengefektifkan waktu pengobatan dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan. Berikut ringkasan pedoman pengobatan MDT (Kusta) di Indonesia sesuai rekomendasi WHO antara lain:

Tabel 2.6 Pedoman Pengobatan Penyakit Kusta Tipe PB

Jenis Obat	<5 th	5-9 th	10-14 th	>14 th	keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di depan petugas

Sumber: (Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, Kemenkes RI 2016).

*Sesuaikan dosis bagi anak-anak yang lebih kecil dari 10 tahun. Misalnya, dapson 25mg/hari dan Rifampisin 300 mg/bulan (diawasi).

Pengobatan MDT untuk kusta tipe PB yakni 6 dosis (blister) yang diselesaikan dalam waktu 6-9 bulan untuk bisa dinyatakan RFT (*Released From Treatment* = selesai minum obat kusta). Setelah 2 tahun dari ditetapkannya status RFT tersebut, baru kemudian pasien dinyatakan sebagai RFC (*Released From Control* = Bebas dari pengamatan).

Tabel 2.7 Pedoman Pengobatan Penyakit Kusta Tipe MB

Jenis Obat	<5 th	5-9 th	10-14 th	>14 th	keterangan
Rifampisin	Berdasarkan berat badan*	300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/bln	Minum di depan petugas
Lampren		100 mg/bln	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
		50 mg 2x seminggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg per hari	Minum di depan petugas

Sumber: (Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, Kemenkes RI 2016).

*Sesuaikan dosis bagi anak-anak yang berusia <10 tahun. Misalnya, dapso 25 mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi). Lampren 50 mg 2 kali seminggu, dan lampren 100 mg/bulan (diawasi).

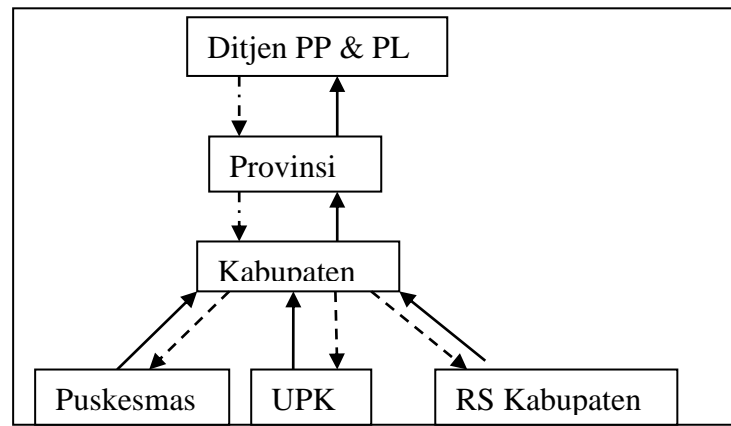
Pengobatan MDT untuk kusta tipe MB yakni 12 dosis (blister) yang diselesaikan dalam waktu 12-18 bulan untuk bisa dinyatakan RFT (*Released From Treatment* = selesai minum obat kusta). Setelah 5 tahun dari ditetapkannya status RFT tersebut, baru kemudian pasien dinyatakan sebagai RFC (*Released From Control* = Bebas dari pengamatan).

2.10 Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan adalah salah satu elemen yang sangat penting dalam gambaran dan informasi kegiatan pada seluruh tingkat pelaksana program penegndalian penyakit kusta. Pencatatan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh petugas untuk mencatat hasil hasil kegiatan program pencegahan dan pengendalian kusta. Dinas kesehatan provinsi menggunakan formulir pencatatan sebagai berikut:

- a. Rekapitulasi laporan program P2 kusta kabupaten
- b. Data pokok program P2 kusta
- c. Formulir register stok obat MDT
- d. Formulir permintaan MDT-1, MDT-4

Sedangkan pelaporan merupakan kegiatan penyampaian hasil pelaksanaan program P2 kusta di suatu wilayah kerja dalam jangka waktu tertentu dengan benar dan tepat waktu.



Sumber : (Kemenkes RI, 2012)

Gambar 2.3 Alur Pelaporan Program P2 Kusta

Keterangan:

- Jalur laporan Copy Monitoring/Register
- - - - -> Jalur umpan balik dari kabupaten ke puskesmas/UPK lain
- Jalur laporan Tribulanan kabupaten LT P2 kusta
-> Jalur umpan balik pusat ke provinsi dan kabupaten

Formulir pelaporan pelaksanaan program P2 kusta untuk puskesmas berupa *copy* register kohort PB dan MB yang selanjutnya dikirim ke kabupaten pada minggu I awal tribulan berikutnya, laporan tribulanan P2 kusta oleh kabupaten kemudian dikirim ke dinas kesehatan provinsi dalam bentuk laporan tribulanan pada minggu II awal tribulan berikutnya, laporan tribulanan kabupaten/kota direkap oleh provinsi yang selanjutnya dikirim ke Ditjen PP-PL pada minggu III awal tribulan berikutnya. Laporan yang telah dikirim kepada Ditjen PP-PL oleh dinas kesehatan provinsi kemudian direkap dan dihasilkan laporan tahunan Kusta (Kemenkes, 2012)

2.11 Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi merupakan unsur penting pada setiap kegiatan baik dari aspek masukan, proses maupun keluaran. Monitoring merupakan kegiatan manajemen yang memiliki tujuan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah program segera setelah diketahui adanya masalah. Monitoring dapat dilaksan secara langsung maupun tidak langsung. Monitoring secara langsung dilakukan melalui kontak langsung dengan petugas dan secara tidak langsung melalui laporan yang sudah ada (Kemenkes, 2012).

Evaluasi merupakan suatu proses penilaian pencapaian target dan tujuan dalam jangka waktu tertentu, dalam melakukan monitoring dan evaluasi program maka diperlukan suatu alat yang efektif yaitu indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian target program. Berikut ini adalah indikator utama yang dipakai untuk monitoring dan evaluasi program pengendalian kusta:

1. Angka Penemuan Kasus Baru (CDR= *Case Detection Rate*)

Merupakan indikator yang paling bermanfaat dalam menetapkan besarnya masalah transmisi penyakit yang sedang berlangsung.

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan pada periode satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

2. Angka Cacat Tingkat 2 (*Grade 2 Disability Rate*)

Angka cacat tingkat 2 dapat menggambarkan perubahan dalam deteksi kasus baru dengan penekanan pada penemuan kasus secara dini.

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru dengan cacat tingkat 2 yang ditemukan dalam periode satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

3. Angka Kesembuhan (RFT= *Release from Treatment*)

Angka Kesembuhan sangat penting dalam kualitas tatalaksana pasien dan kepatuhan pasien dalam minum obat. Angka Kesembuhan (RFT) terdiri dari RFT Rate MB dan RFT Rate PB

1) RFT rate MB

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru MB yg menyelesaikan 12dosis dalam 12-18 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru MB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yg sama}} \times 100\%$$

2) RFT rate PB

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru PB yg menyelesaikan 6 dosis dalam 6-9 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru PB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yg sama}} \times 100\%$$

4. Angka Prevalensi (PR=*Prevalensi Rate*)

Angka ini menunjukkan besarnya masalah di suatu daerah, menentukan beban kerja dan sebagai alat evaluasi.

$$\frac{\text{Jumlah kasus kuta terdaftar pada suatu saat tertentu}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}} \times 100\%$$

2.12 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL

Menurut Supriyanto (2010), penentuan prioritas masalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan. Masalah yang terjadi dalam organisasi umumnya disebabkan karena sarana (*resources* = 6M2TI) bidang kesehatan yang terbatas. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan berkaitan

dengan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan.

Metode CARL adalah suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Metode ini dilakukan dengan menentukan skor atas kriteria tertentu, seperti kemampuan (*capability*), kemudahan (*accessibility*), kesiapan (*readiness*), serta pengaruh (*leverage*). Semakin besar skor semakin besar masalahnya, sehingga semakin tinggi letaknya pada urutan prioritas.

Penggunaan metode CARL untuk menetapkan prioritas masalah dilakukan apabila pengelola program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah. Penggunaan metode ini menekankan pada kemampuan pengelola program. Kriteria CARL tersebut mempunyai arti:

- C (*Capability*) :Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)
- A (*Accesibility*) :Kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
- R (*Readness*) :Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi.
- L (*Lverage*) :Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah Pelaksanaan CARL:

1. Menuliskan daftar masalah
2. Menentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah

Tabel 2.8 Skoring Metode CARL

Skor atau nilai untuk <i>Capability</i> : 1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik	Skor atau nilai untuk <i>Accesability</i> : 1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik
Skor atau nilai untuk <i>Readiness</i> : 1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik	Skor atau nilai untuk <i>Lverage</i> : 1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik

3. Masing-masing kriteria memiliki rentang skor 1-5 dengan dimana semakin tinggi skor memiliki arti semakin mudah dilakukan atau semakin tersedia.

4. Masing-masing kriteria akan dikalikan (C x A x R x L) sehingga mendapatkan nilai akhir.
5. Nilai akhir akan dirangking berdasarkan Nilai akhir tertinggi, dan yang mendapat skor akhir tertinggi merupakan masalah utama yang diprioritaskan.

Tabel 2.9 Matriks Metode CARL

No	Masalah	C	A	R	L	Nilai	Rank
1	Masalah 1						
2	Masalah 2						
3	Masalah 3						
4	Masalah n						

Metode CARL dapat diterapkan dengan *key person* untuk berpartisipasi. Output dari tahap prioritas masalah ini adalah terjadi kesepakatan dan persamaan tujuan mengenai permasalahan kesehatan mana yang menjadi prioritas yang paling utama diintervensi.

2.13 Analisis Masalah dengan Metode Diagram Fishbone.

Fishbone diagram atau bisa juga disebut *Ishikawa diagram* atau *cause and effect diagram* adalah salah satu *Quality Control tools* yang memudahkan identifikasi suatu masalah dalam produksi. *Fishbone diagram* adalah satu-satunya *quality control tool* yang menggunakan data verbal (kualitatif) dan bukan menggunakan data numerik dalam penyajiannya. Alat bantu kontrol ini membantu mengidentifikasi “penyimpangan mutu” melalui berbagai macam parameter penyebab yang saling berhubungan. Masalah-masalah dikategorikan dalam kelompok tertentu dari mulai *path* utama, kemudian bercabang menjadi kelompok masalah yang berhubungan dan seterusnya sehingga terlihat seperti “tulang ikan” (Supriyanto & Damayanti, 2007).

Langkah dalam menyusun diagram *fishbone*:

1. Pemilihan masalah terpenting
2. Tarik garis kekiri sebagai path utama berbentuk seperti panah
3. Tentukan sebab-sebab utama
4. Penjabaran sebab-sebab utama tersebut melalui cabang

Dalam pembuatan diagram ini diperlukan analisis sebab akibat yang tepat. Bagaimana kita memahami suatu penyebab masalah dan dimana kita meletakkannya menjadi hal yang penting. Dengan begitu, ketika terjadi suatu masalah, kita bisa dengan tepat menganalisis akar permasalahan yang tepat dan akurat dengan mengandalkan diagram ini. Kriteria yang dapat digunakan untuk membentuk dan menentukan cabang dari *fishbone* adalah 6M2T1I (*Man, Machine, Money, Method, Material, Market, Technology, Time, Information*) (Supriyanto, 2010).

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.1.1 Lokasi Magang

Lokasi magang di kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yang terletak di Jalan Ahmad Yani No.118 Surabaya. Pelaksanaan magang di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, khususnya seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, pada Program P2 Kusta.

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Waktu pelaksanaan magang adalah selama 4 minggu, yaitu mulai tanggal 2 Januari 2019 sampai 31 Januari 2019. Adapun jadwal magang sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu mulai mulai pukul 07.00-15.30 WIB pada hari Senin-Kamis, dan pukul 07.00-14.30 WIB pada hari Jum'at. Berikut adalah jadwal magang Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur:

Tabel 3.1 Timeline Kegiatan Magang

Kegiatan	Minggu ke-				
	1	2	3	4	5
Pelaksanaan magang					
Pengumpulan data.					
Pengolahan data, identifikasi masalah, prioritas masalah.					
Penentuan alternatif solusi masalah.					
Supervisi pembimbing.					
Pembuatan Laporan Magang.					
Seminar Hasil Laporan Magang.					

3.2 Metode Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan magang tersebut akan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

1. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang telah ditentukan.
2. Mempelajari pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian kusta yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

3. Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mulai dari pengumpulan, pengolahan, dan analisis data.
4. Melakukan identifikasi masalah dengan membandingkan antara laporan capaian tahunan kusta dan target program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Melakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL bersama para pemegang program kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Melakukan penentuan akar penyebab masalah dengan menggunakan metode Fishbone bersama para pemegang program kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
7. Melakukan penentuan alternatif solusi dengan berdiskusi bersama pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem. Data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Pengumpulan data primer yakni dilakukan dengan *indepth interview* dengan kepada pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta untuk mendapatkan informasi berupa data hasil identifikasi masalah, hasil prioritas masalah, hasil akar penyebab masalah, dan hasil alternatif solusi masalah di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

b. Data sekunder

Data sekunder yakni bersumber dari data profil kesehatan Jawa Timur tahun 2013-2017, berupa laporan tahunan penyakit kusta, laporan triwulanan dan laporan kohort penyakit kusta tahun 2017-2018 TW I-III.

3.4 Output Kegiatan

Kegiatan magang yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menghasilkan:

1. Laporan kegiatan dan saran untuk peningkatan keberhasilan P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
2. Mahasiswa dapat mempelajari gambaran pelaksanaan kegiatan program P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

3. Mahasiswa dapat mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mulai dari pengumpulan, pengolahan, dan analisis data.
4. Mahasiswa dapat melakukan identifikasi masalah dengan membandingkan antara laporan capaian tahunan kusta dan target program P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa dapat melakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL pada program P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa dapat melakukan penentuan akar penyebab masalah dengan menggunakan metode Fishbone pada program P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
7. Mahasiswa dapat melakukan penentuan alternatif solusi pada program P2 kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

a. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu unsur yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur yang dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang bertanggung jawab kepada Gubernur Jawa Timur. Menurut Peraturan Gubernur Nomor 79 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Sekretariat, Bidang, Sub Bagian dan Seksi, Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan dan menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan Kebijakan Teknis di bidang kesehatan;
2. Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan dan Pelayanan Umum di bidang kesehatan;
3. Pembinaan dan Pelaksanaan Tugas sesuai dengan lingkup tugasnya;
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai salah satu dari penyelenggara pembangunan kesehatan mempunyai visi : **”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.

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi, maka misi pembangunan kesehatan di Jawa Timur adalah:

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.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan misinya menetapkan tujuan sebagai berikut:

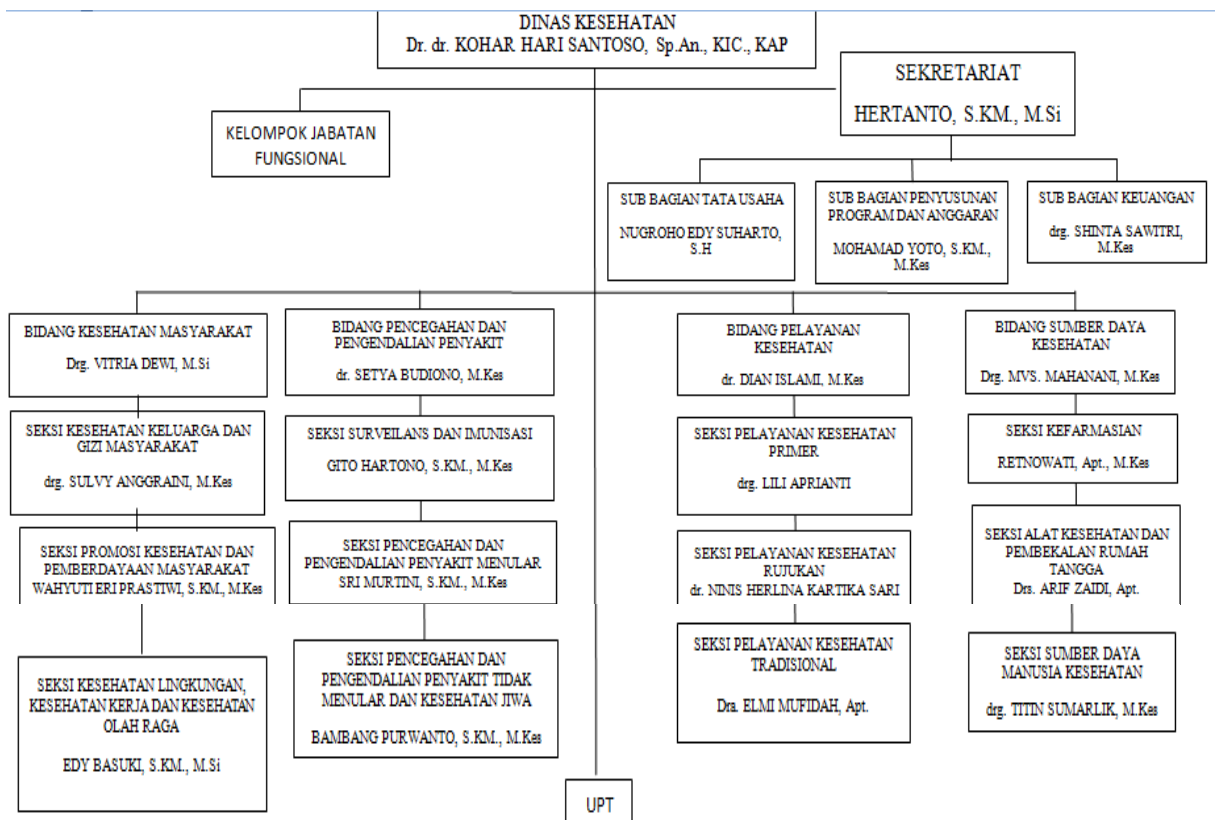
1. Untuk mewujudkan misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", maka ditetapkan tujuan : Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Untuk mewujudkan misi "Mendorong terwujudnya kemandirian 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).
3. Untuk mewujudkan misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", maka ditetapkan tujuan:
 - a. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.
 - b. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
 - c. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
 - d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
4. 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.
5. Untuk mewujudkan misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

Kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan tujuan dan sasaran yang akan dicapai dirumuskan sebagai berikut:

1. Dalam rangka mewujudkan misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", maka ditetapkan kebijakan: Pemantapan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Dalam rangka mewujudkan misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
 - b. Peningkatan lingkungan sehat
3. Dalam rangka mewujudkan misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", maka ditetapkan kebijakan:

- a. Percepatan penurunan kematian ibu dan anak.
 - b. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.
 - c. Pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan.
 - d. Peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan.
4. Dalam rangka mewujudkan misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", maka ditetapkan kebijakan :
 - a. Penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui
 - b. Peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemi yang dikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana.
 5. Dalam rangka mewujudkan misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", maka ditetapkan kebijakan: Penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.

Berikut adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur :



Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

b. Bidang P2 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

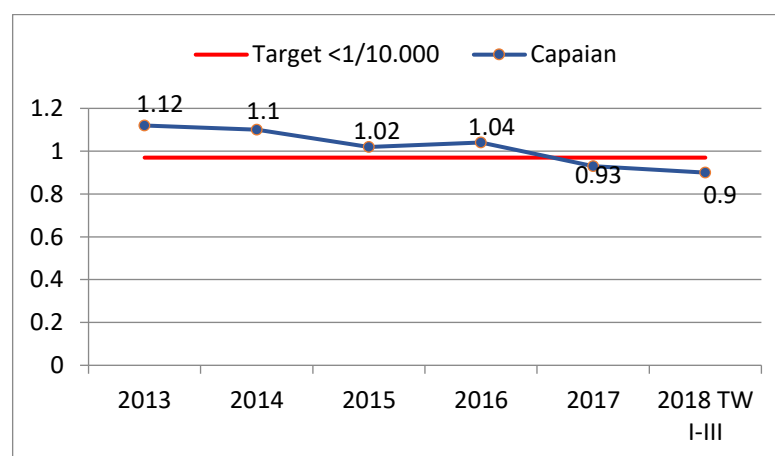
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terbagi menjadi tiga seksi yaitu Seksi Pengendalian Penyakit Menular, Seksi Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Seksi Surveilans dan Imunisasi. Seksi Pengendalian Penyakit Menular terdiri dari P2 Malaria, P2B2 Foliarisis dan Kecacingan, P2 PES, P2 Wabah, P2 DBD, P2 Menular Langsung. Seksi Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa terdiri dari PTM Jiwa, PTM NAPZA, PJPD, PTM Diabetes Melitus, PTM Kanker, dan PTM Kronis. Seksi Surveilans dan Imunisasi terdiri dari Surveilans dan Imunisasi.

4.1.2 Gambaran Capaian Indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2017

Kegiatan pencegahan dan pengendalian kejadian kusta di Jawa Timur dilaksanakan oleh pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta yang bertanggung jawab terhadap Gubernur Jawa Timur dan melakukan koordinasi dengan Badan Ditjen PP PL Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta memiliki beberapa program kerja dalam usaha melakukan pencegahan dan pengendalian kusta di Jawa Timur. Berikut adalah capaian dari masing-masing indikator kinerja program kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

a) Angka Prevalensi Kusta di Provinsi Jawa Timur

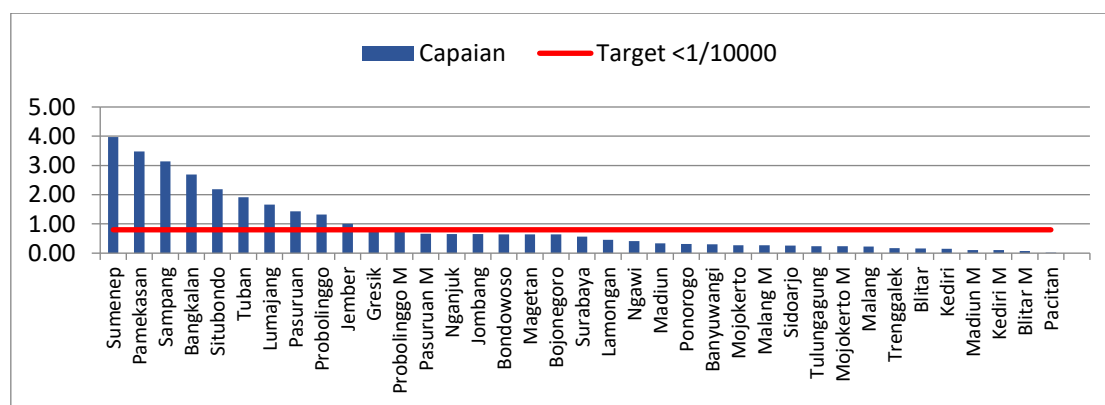
Secara umum prevalensi kusta di Provinsi Jawa Timur mengalami penurunan dari 1,04 pada tahun 2016 menjadi 0,93 per 10.000 penduduk pada tahun 2017. Berdasarkan status eliminasi 1 per 10.000 penduduk, maka Jawa Timur pada tahun 2017 dinyatakan telah eliminasi kusta.



Sumber: Laporan Tahunan Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
Gambar 4.2 Tren Prevalensi Penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III

Gambar 4.2 menunjukkan kecenderungan prevalensi kusta pada tahun 2013 hingga tahun 2017 yang mengalami penurunan. Angka Prevalensi adalah jumlah kasus kusta terdaftar PB dan MB pada suatu saat tertentu per 10.000 penduduk. Angka prevalensi menunjukkan besarnya masalah kesehatan di suatu daerah, menentukan beban kerja dan sebagai alat evaluasi. Pada tahun 2017 angka prevalensi kusta Jawa Timur sebesar 0,93 per 10.000 penduduk. Berdasarkan status eliminasi, kusta dibagi menjadi 2 kelompok yaitu provinsi yang belum eliminasi dan provinsi yang sudah mencapai eliminasi. Provinsi yang belum mencapai eliminasi jika angka prevalensi > 1 per 10.000 penduduk, sedangkan provinsi yang sudah mencapai eliminasi jika angka prevalensi < 1 per 10.000 penduduk.

Pada tahun 2018 prevalensi Jawa Timur di Triwulan I-III juga mengalami penurunan, namun ini sifatnya masih sementara. Diharapkan pencapaian tahun 2017 ini bisa bertahan untuk tahun 2018 hingga tahun-tahun berikutnya bahkan bisa menurun lagi prevalensinya



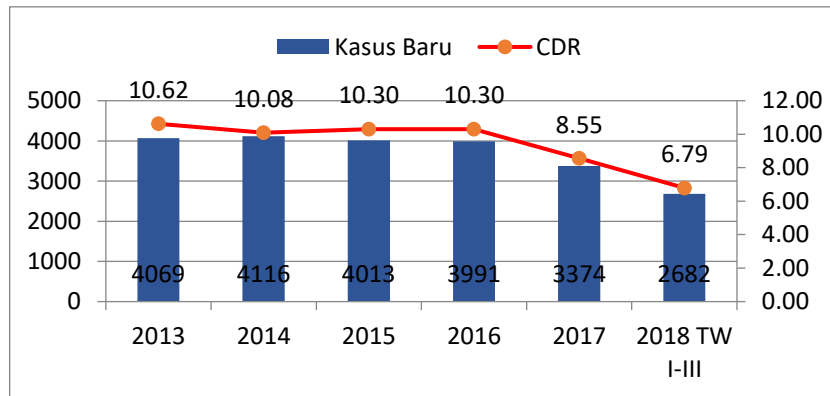
Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017
Gambar 4.3 Pevalensi Kusta di Jawa Timur Berdasarkan Kab/Kota Tahun 2017

Angka prevalensi kusta tahun 2017 apabila dilihat berdasarkan kabupaten/kota terdapat 10 kabupaten/kota yang masih belum mencapai target 1 per 10.000 penduduk. 10 kabupaten/kota tersebut meliputi kabupaten Sumenep 3,97 per 10.000 penduduk, Pamekasan 3,48 per 10.000 penduduk, Sampang 3,14 per 10.000 penduduk, Bangkalan 2,69 per 10.000 penduduk, Situbondo 2,19 per 10.000 penduduk, Tuban 1,91 per 10.000 penduduk, Lumajang 1,66 per 10.000 penduduk, Pasuruan 1,43 per 10.000 penduduk, Probolinggo 1,31 per 10.000 penduduk dan Jember 1 per 10.000 penduduk. Sedangkan prevalensi terendah terdapat pada kab Pacitan sebesar 0,02 per 10.000 penduduk.

b) Angka Penemuan Kasus Baru/*Case Detection Rate* (CDR)

Selama periode 2013-2017, angka penemuan kasus baru kusta pada tahun 2017 merupakan yang terendah yaitu sebesar 8,55 per 10.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2018 (Triwulan I-III) CDR nya juga mengalami penurunan, namun ini masih sementara.

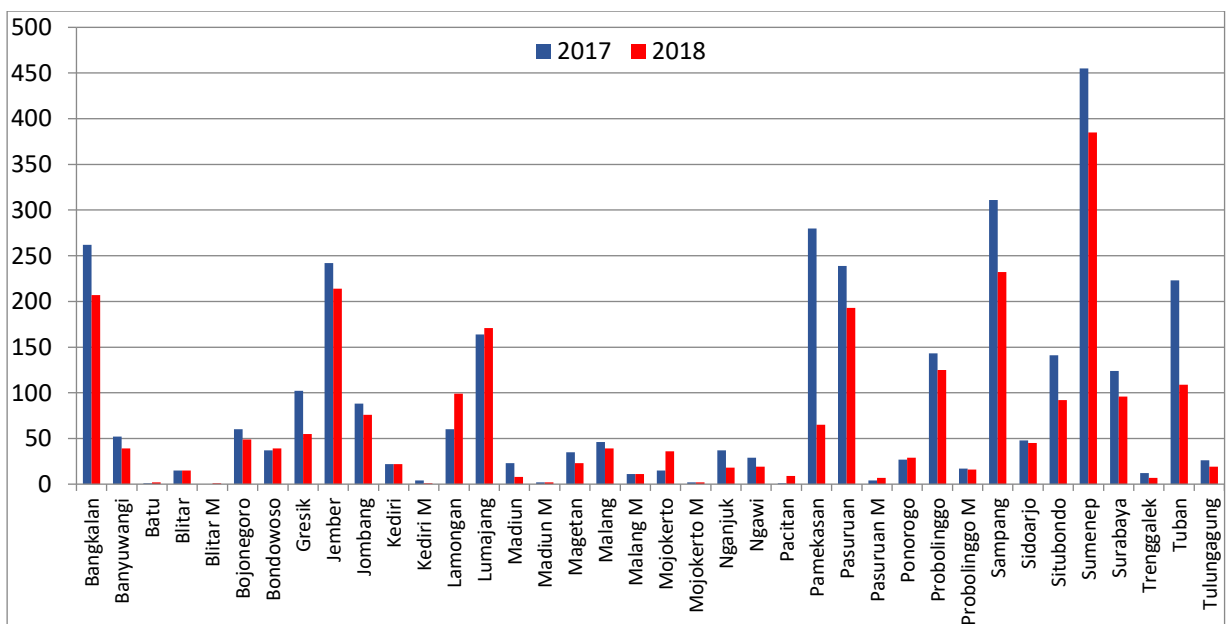
Jika dilihat berdasarkan jumlah angka absolut kasus baru pada tahun 2017-2018 menunjukkan penurunan kasus meskipun pada tahun sebelumnya cukup fluktuatif naik turun.



Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.4 Jumlah Kasus Kusta Baru Berdasarkan Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

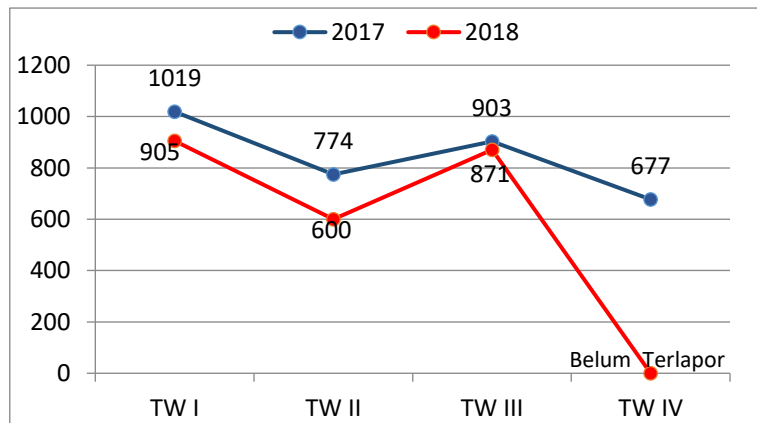
Angka penemuan kasus baru merupakan indikator yang paling bermanfaat dalam menentukan besarnya masalah dan transmisi penyakit yang sedang berlangsung. Angka Penemuan kasus baru (CDR) adalah jumlah kasus yang baru ditemukan pada periode satu tahun per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2012).

Selama periode 2013-2017, angka penemuan kasus baru kusta pada tahun 2017 merupakan yang terendah yaitu sebesar 8,46 per 10.000 penduduk, atau mengalami penurunan sebesar 617 kasus baru dari tahun 2016, dan turun lagi sebesar 692 kasus pada tahun 2018 Triwulan I-III.



Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.5 Jumlah Kasus Kusta Baru Berdasarkan Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

Berdasarkan gambar 4.5 dapat diketahui bahwa terdapat beberapa kabupaten yang mengalami kenaikan yang cukup terlihat dari tahun 2017-2018 triwulan I-III, seperti Lamongan mengalami kenaikan sebesar 39 kasus, Lumajang naik 7 kasus, kab Mojokerto naik sebesar 21 kasus, dan Pacitan naik 8 kasus.

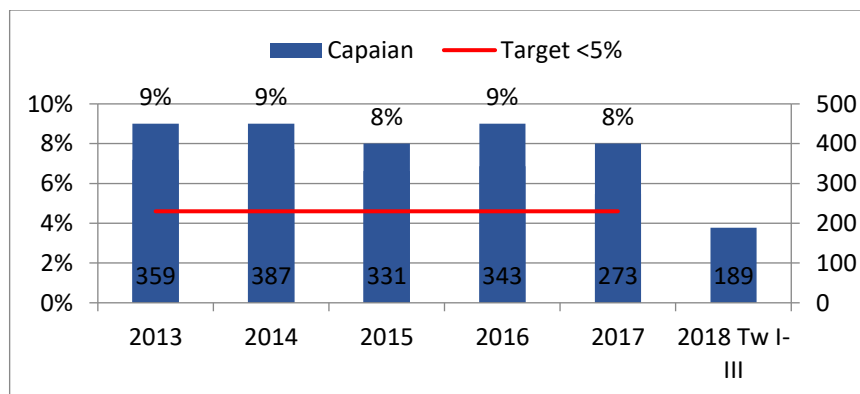


Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.6 Tren Kasus Baru Kusta Per Triwulan Tahun 2017-2018 TW I-III

Jika dilihat berdasarkan triwulan tren kasus baru di Jawa Timur tahun 2017-2018 TW I-III cenderung mengalami penurunan disetiap triwulannya, seperti pada tahun 2017 di TW I meskipun merupakan triwulan dengan kasus kusta baru tertinggi sepanjang tahun 2017, namun pada saat tahun 2018 di triwulan yang sama mengalami penurunan kasus begitupun pada triwulan berikutnya. Pada triwulan III di tahun 2018 ini diharapkan juga demikian meskipun data yang ada belum sepenuhnya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

c) Proporsi dan Kasus Baru Kusta pada Anak 0-14.

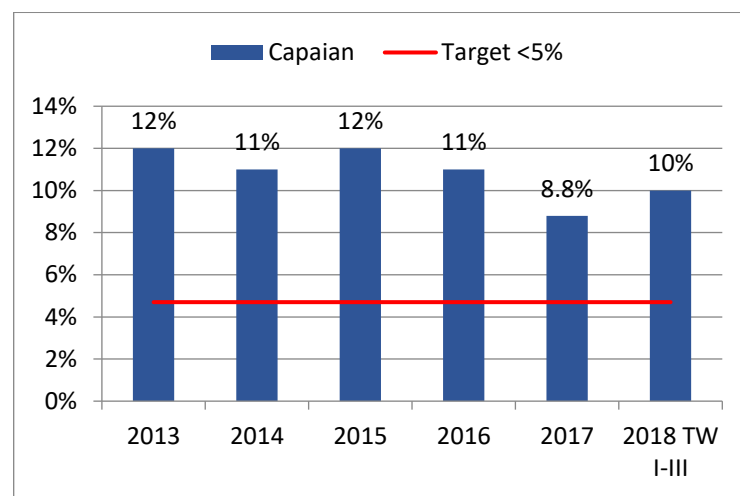
Proporsi kasus anak (0-14 tahun) merupakan jumlah kasus anak (0-14 tahun) yang baru ditemukan pada periode satu tahun yang memperlihatkan sumber utama dan tingkat penularan di masyarakat (Kemenkes, 2015).



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2017
 Gambar 4.7 Trend Proporsi dan Kasus Baru Kusta pada Anak di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III

Kejadian kusta pada anak juga merupakan salah satu indikator dalam program pengendalian kusta. Pada gambar 4.7 menunjukkan bahwa kejadian kusta pada anak selama periode 2013-2018 pada tahun 2013-2014 merupakan proporsi sebesar 9% dan mengalami penurunan pada tahun 2015 yakni 8%. Namun pada tahun 2016 naik lagi 1%. Kejadian kusta pada anak terendah pada tahun 2017 dengan 273 kasus dan proporsi sebesar 8%. Meskipun proporsi kusta pada anak terendah terdapat pada tahun 2017 berdasarkan indikator proporsi kusta pada anak <5%, maka proporsi kusta pada tahun 2017 sebesar 8% masih belum memenuhi target. Pada triwulan I-III tahun 2018 kasus kusta baru anak masih cukup rendah yakni 189.

d) Proporsi Cacat Kusta Tingkat II.

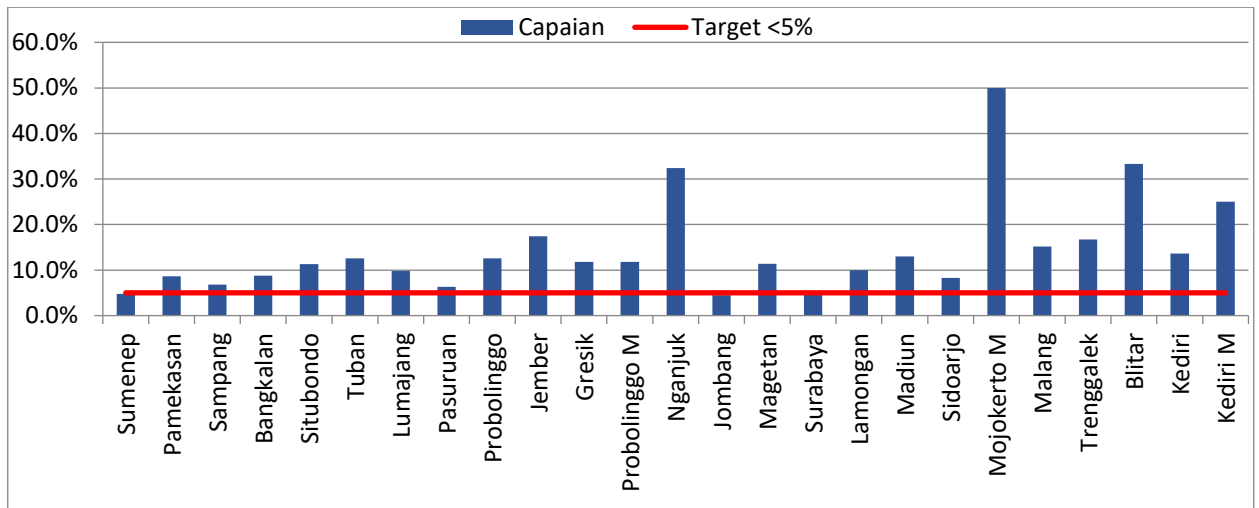


Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2013-2017

Gambar 4.8 Trend Proporsi Cacat Tingkat II Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2018 TW I-III

Keberhasilan pengendalian penyakit kusta dapat dilakukan dengan peningkatan deteksi dini, salah satu indikator pencapaian keberhasilan dalam mendeteksi dini kusta yaitu angka cacat tingkat 2 yang rendah (kemenkes, 2015). Proporsi cacat tingkat II juga merupakan indikator lain yang bermanfaat dalam program pengendalian kusta.

Pada gambar 4.8 Proporsi cacat tingkat II pada rentang tahun 2013-2017 di Provinsi Jawa Timur relatif mengalami penurunan. Proporsi cacat tingkat II terendah terdapat pada tahun 2017 dengan proporsi cacat tingkat II sebesar 8,8%. Namun pada tahun 2018 meskipun hanya dari Triwulan I-III saja sudah mulai mengalami peningkatan lagi sebesar 1,2% atau menjadi 10% Berdasarkan target indikator proporsi cacat tingkat 2 sebesar <5%, maka proporsi cacat tingkat 2 pada tahun 2013-2017 belum mencapai target.

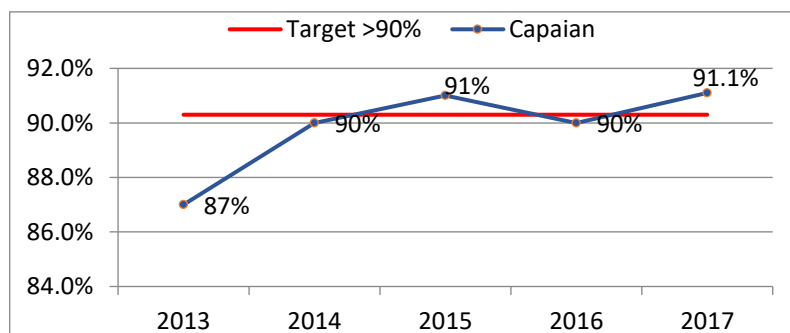


Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017
 Gambar 4.9 Proporsi Cacat Kusta Tingkat II di Kab/Kota Jawa Timur Tahun 2017

Proporsi cacat tingkat II tahun 2017 apabila dilihat berdasarkan kabupaten/kota pada gambar 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur masih belum mencapai target proporsi cacat tingkat II <5%. Dari 38 Kabupaten/Kota yang terdapat di Jawa Timur, terdapat sebanyak 22 Kabupaten/Kota yang belum memenuhi target indikator proporsi cacat tingkat II. Sedangkan yang telah mencapai target yakni kab Sumenep (4,8%), Jombang (4,5%), Surabaya (4,8%). Proporsi cacat tingkat 2 tertinggi di Jawa Timur terdapat pada Kota Mojokerto (50%), Kab.Blitar (33.3%), Kab.Nganjuk (32.4%).

e) Keberhasilan Pengobatan (RFT) Rate.

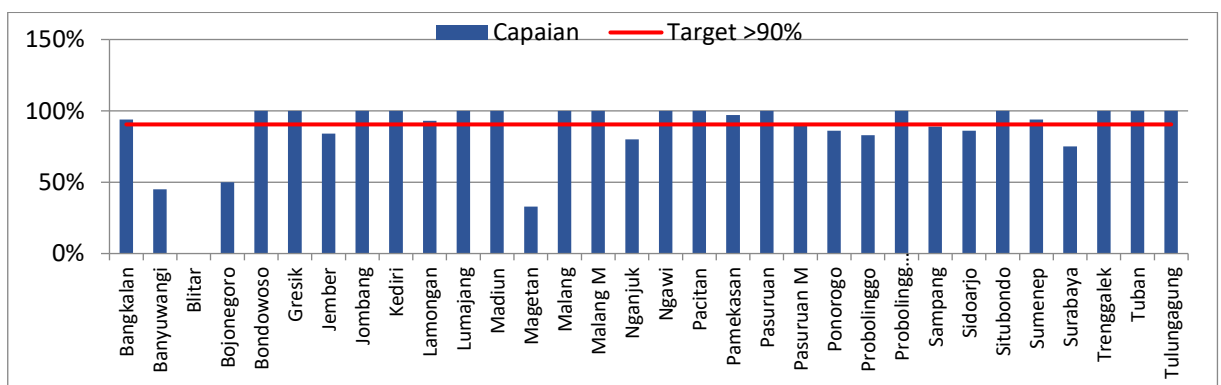
Pengobatan MDT pada pasien kusta dilakukan sebagai upaya pengendalian dan penularan kusta. Pengobatan MDT pada pasien kusta tipe PB yaitu selama 6 sampai 9 bulan dan pengobatan pada pasien kusta tipe MB yaitu selama 12 sampai 15 bulan. Keberhasilan dan kepatuhan pasien dalam meminum obat diukur dalam indikator RFT (*Release from Treatment*).



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2013-2017
 Gambar 4.10 Tren Angka Kesembuhan (RFT) penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2013-2017

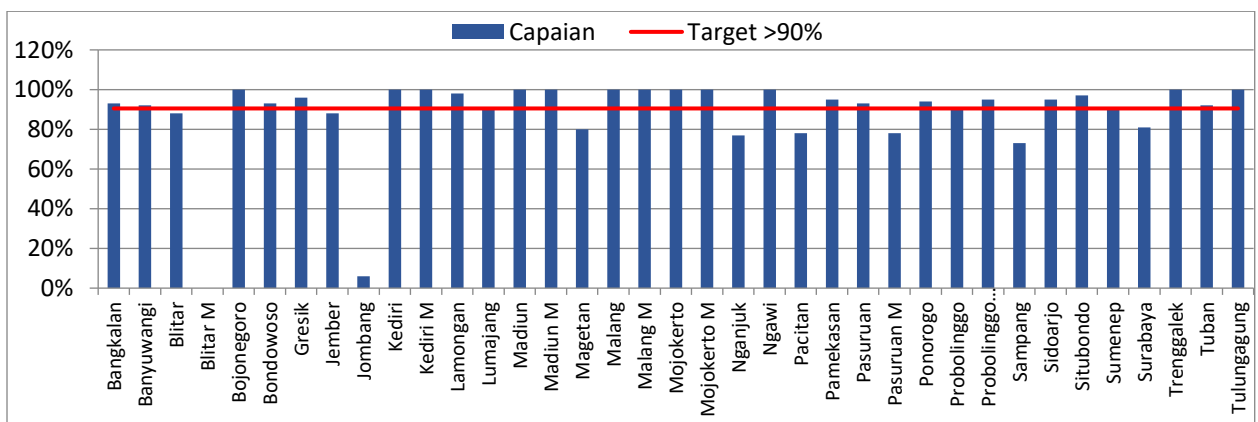
Gambar 4.10 menunjukkan bahwa di provinsi Jawa Timur keberhasilan pengobatan (RFT) mengalami peningkatan dan pada tahun 2014 dan 2015, namun mengalami penurunan angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2016 tapi masih mencapai target. Angka kesembuhan (RFT) tertinggi pada tahun 2017 yaitu sebesar 91,1%, sedangkan RFT yakni pada tahun 2013 dan termasuk yang belum bisa mencapai target >90%.

Keberhasilan pengobatan (*RFT rate*) tahun 2017 telah melebihi target (> 90%). Secara komulatif mulai awal program sampai dengan akhir Desember 2017 penderita Kusta yang dapat menyelesaikan pengobatan dengan MDT sebanyak 138.897 penderita. Untuk pencapaian *RFT rate* di tingkat provinsi mencapai 90,4%, sedangkan pencapaian *RFT rate* sebesar > 90% ada di 31 kabupaten/kota atau 81,6%.



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017
 Gambar 4.11 RFT Rate Kusta Tipe PB di Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017

Gambar 4.11 menunjukkan bahwa angka keberhasilan pengobatan (RFT) Rate yang belum mencapai target kusta tipe PB ada di Kabupaten Banyuwani (45%), Blitar (0%), Bojonegoro (50%), Jember (84%), Magetan (33%), Nganjuk (80%), Pasuruan Kota (90%), Ponorogo (86%), Probolinggo (83%), Sampang (89%), Sidoarjo (86%) dan Surabaya (75%).



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017
 Gambar 4.12 RFT Rate Kusta Tipe MB di Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2017

Gambar 4.12 menunjukkan bahwa angka keberhasilan pengobatan (RFT) Rate yang belum mencapai target kusta tipe MB ada di Kabupaten Blitar (88%), Kota Blitar (0%), Jember (88%), Jombang (6%), Magetan (80%), Nganjuk (77%), Pacitan (78%), Kota Pasuruan (78%), Sampang (73%), dan Surabaya (81%).

4.1.3 Identifikasi Masalah Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017

Identifikasi masalah merupakan tindakan yang diperlukan untuk mengetahui inti dari problem atau persoalan, penyebab permasalahan, sekaligus solusi yang tepat untuk memperbaiki atau menyelesaikan permasalahan tersebut. Identifikasi masalah dilakukan pada studi dokumen program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta pada tahun 2017, Selain identifikasi masalah melalui studi dokumen juga dengan cara *indepth interview* dengan pemegang program yang terkait dengan program kusta. Permasalahan yang diperoleh sebagai berikut:

- Proporsi cacat tingkat II kusta di Jawa Timur sebesar 8,8%. Hal ini lebih dari target indikator yaitu sebesar $\leq 5\%$.
- Proporsi kasus anak (0-14 tahun) kusta di Jawa Timur sebesar 8%. Hal ini lebih dari target indikator yaitu sebesar 5%.
- CDR di Jawa Timur sebesar 8,55. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu $<5/10.000$.

4.1.4 Prioritas Masalah Menggunakan Metode CARL

Penentuan prioritas masalah dilakukan setelah menemukan beberapa masalah utama. Berikut ini adalah tabel mengenai prioritas masalah pada program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta Jawa Timur tahun 2017. Prioritas masalah menggunakan metode CARL yang dilakukan dengan melakukan wawancara dengan informan. Informan melibatkan seluruh pemegang program pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta dan kepala seksi P2 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa timur yang selanjutnya dilakukan skoring terhadap masing-masing masalah. Nilai total yang paling besar dijadikan sebagai prioritas masalah. Berikut hasil penentuan prioritas masalah dengan metode CARL:

Tabel 4.1 Penentuan Prioritas Masalah pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit kusta Tahun 2017

No	Masalah	C				A				R				L				Total (CxAxRxL)	Rangking	
1.	Proporsi cacat tingkat II kusta di Jawa Timur sebesar 8,8%.	3	5	3	4	5	5	3	3	4	4	4	3	4	5	2	4	5	540.000	I

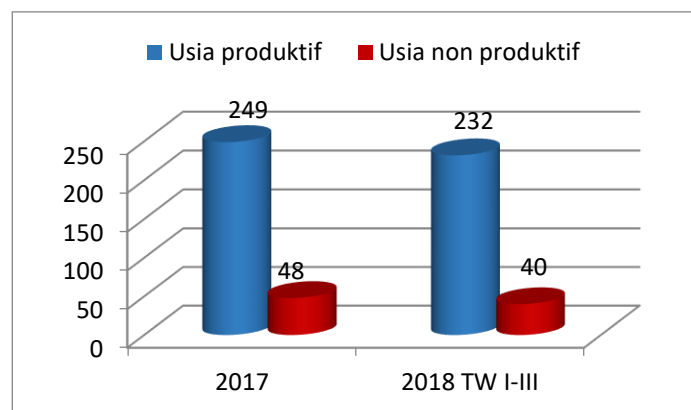
	Angka ini melebihi dari target indikator yaitu sebesar $\leq 5\%$.																			
2.	Proporsi kasus anak (0-14 tahun) kusta di Jawa Timur sebesar 8%. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu sebesar 5%.	3	4	4	4	3	2	4	3	3	4	4	5	3	4	4	4		43.200	II
3.	CDR di Jawa Timur sebesar 8,55. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu $<5/10.000$.	3	2	3	4	5	2	3	4	4	4	5	3	4	2	3	4		34.944	III

Berdasarkan hasil perhitungan CARL, diperoleh prioritas masalah yaitu proporsi cacat tingkat II kusta di Jawa Timur pada tahun 2017 sebesar 8,8%. Angka ini masih melebihi dari target indikator program yaitu sebesar $\leq 5\%$. Proporsi cacat tingkat II merupakan indikator lain yang bermanfaat dalam program pengendalian kusta. Proporsi cacat tingkat II pada rentang tahun 2013-2017 di Provinsi Jawa Timur relatif mengalami penurunan. Proporsi cacat tingkat II terendah terdapat pada tahun 2017. Berdasarkan data rutin kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2017 sebanyak 293 pasien kusta yang mengalami cacat tingkat II dengan proporsi cacat tingkat II sebesar 8,8%. Namun berdasarkan target indikator proporsi cacat tingkat II sebesar $<5\%$, maka proporsi cacat tingkat 2 pada tahun 2017 belum mencapai target.

4.1.5 Distribusi kecacatan kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur berdasarkan orang, tempat dan waktu

1) Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Orang.

Distribusi kelompok umur penderita cacat kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 dibagi menjadi 2, yakni usia tidak produktif <15 Tahun dan >65 Tahun, usia produktif 15-65 Tahun. Berikut ini distribusi umur penderita cacat kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III:

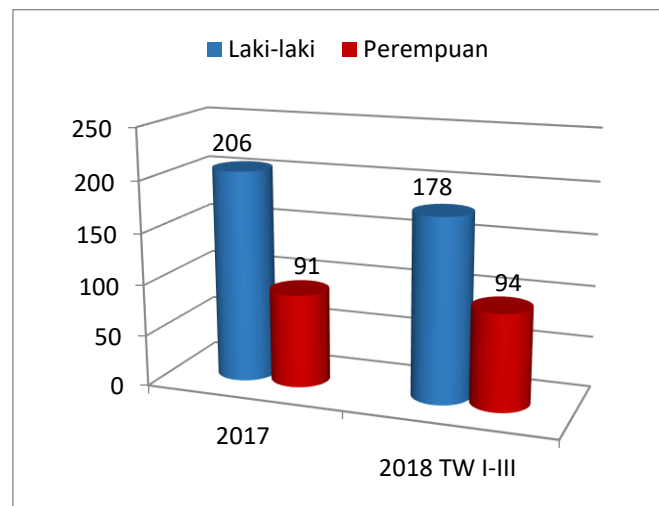


Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III

Gambar 4.13 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Kelompok Umur di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

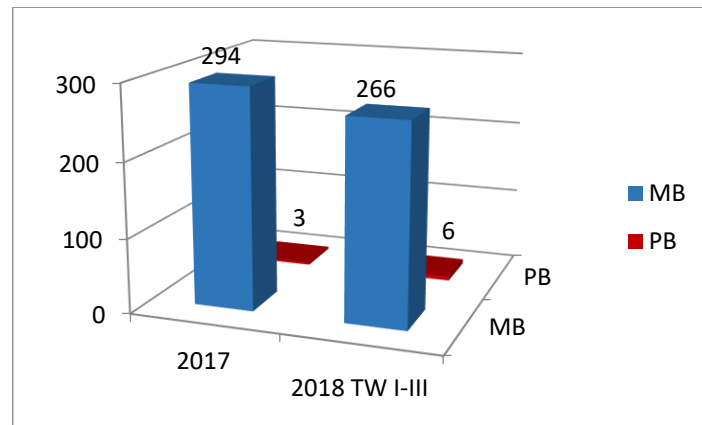
Berdasarkan diagram 4.13 diatas diketahui bahwa jumlah penderita cacat kusta tingkat II di dominasi oleh umur produktif baik pada tahun 2017 dan 2018 di TW I-III. Pada tahun 2018 di TW I-III jumlah nya mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2017, namun ini masih sementara dan ada kemungkinan naik di triwulan ke IV. Jumlah penderita yang cacat kusta tingkat II yang berusia produktif tahun 2017 sejumlah 249 dan yang non produktif ada 48 penderita. Sedangkan pada tahun 2018 di TW I-III jumlah penderita yang cacat tingkat II dan berusia produktif sejumlah 232 dan non produktif ada 40.

Berikut ini adalah distribusi penderita kusta yang mengalami cacat kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III menurut jenis kelamin:



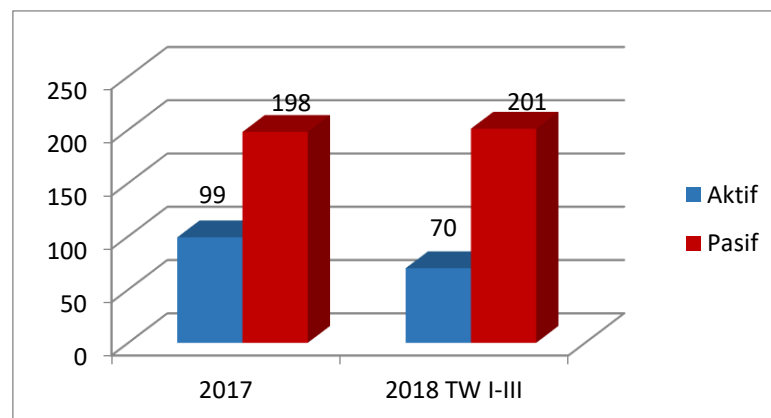
Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.14 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

Berdasarkan gambar 4.14 diatas diketahui bahwa distribusi kecacatan kusta tingkat II terbanyak adalah pada jenis kelamin laki-laki baik pada tahun 2017 maupun 2018 di TW I-III yaitu pada tahun 2017 sejumlah 206 penderita dan tahun 2018 TW I-III sejumlah 178 penderita cacat kusta tingkat II. Sedangkan pada penderita cacat kusta tingkat II mengalami kenaikan dari tahun 2017 ke 2018 di TW I-III. Salah satu faktor kejadian kecacatan kusta tingkat II ini banyak pada laki-laki sebab laki-laki seringkali banyak melakukan aktifitas diluar rumah seperti bekerja sehingga bisa memperparah kondisi penyakitnya yang bisa berakibat cacat.



Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.15 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan Tipe Kusta di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

Berdasarkan gambar 4.15 dapat diketahui bahwa kecacatan kusta tingkat II mayoritas di alami oleh penderita kusta dengan tipe kusta MB yakni sebanyak 294 kasus pada tahun 2017 dan sejumlah 266 kasus pada tahun 2018 TW I-III, sedangkan pada kusta tipe PB kecacatan kusta tingkat II hanya berjumlah 3 kasus pada tahun 2017, namun mengalami kenaikan 3 kasus pada tahun 2018 TW I-III.

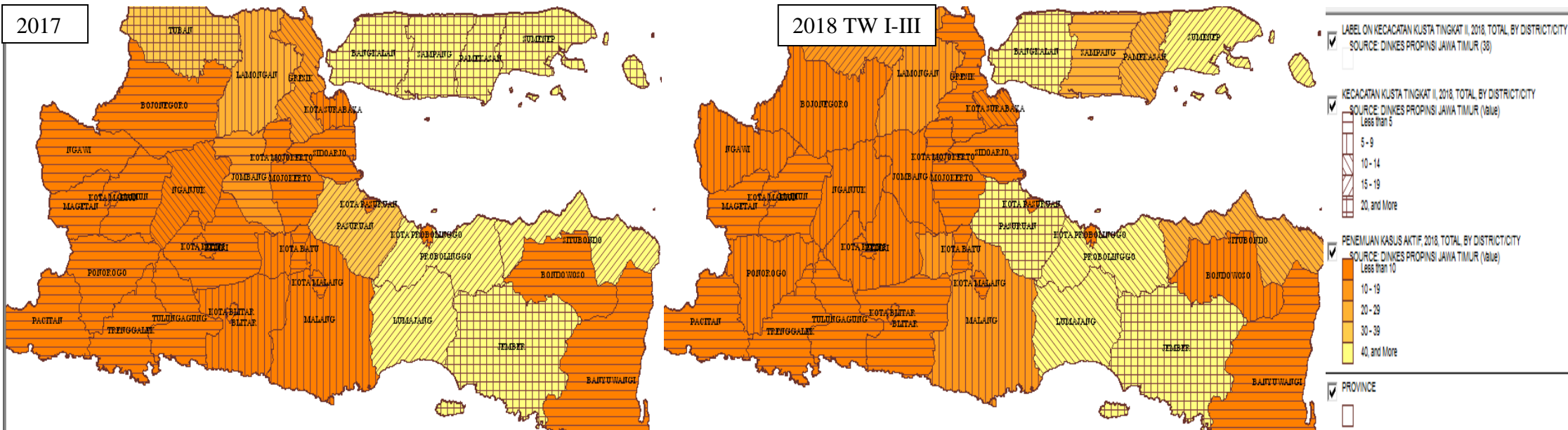


Sumber : Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III
 Gambar 4.16 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Metode Penemuan Kasus Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

Berdasarkan gambar 4.16 dapat diketahui bahwa kecacatan kusta tingkat II masih banyak yang di temukan secara pasif atau sukarela dibandingkan dengan yang ditemukan secara aktif. Penemuan kasus secara pasif pada penderita cacat kusta tingkat II mengalami kenaikan pada tahun 2017 ke 2018 di TW I-III, peningkatan ini masih bisa terjadi mengingat data di TW IV tahun 2018 belum terkumpul seluruhnya. Masih banyaknya kasus kecacatan kusta tingkat II yang ditemukan secara pasif ini menandakan adanya keterlambatan diagnosis dini penyakit kusta baik oleh petugas maupun penderita.

2) Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Tempat

Distribusi kecacatan kusta tingkat II berdasarkan metode penemuan kasus kusta di Provinsi Jawa Timur tahun 2017-2018 TW I-III



Sumber: Laporan Tahunan Kusta Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013-2018 TW I-III

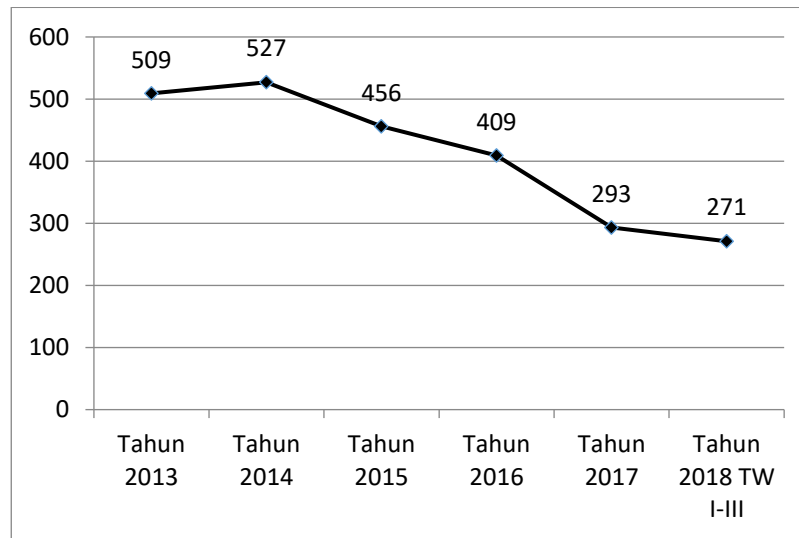
Gambar 4.17 Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Metode Penemuan Kasus di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 TW I-III

Berdasarkan gambar 4.17 menunjukkan bahwa kecacatan kusta tingkat II berdasarkan metode penemuan kasus kusta di Jawa Timur tahun 2017-2018 TW I-III ditandai dengan simbol garis dan warna kuning. Semakin terang/muda warna kuning berarti menunjukkan kabupaten tersebut temuan kasus secara aktifnya semakin banyak, dan sebaliknya kabupaten dengan warna gelap/kuning ke-oranye nan menunjukkan semakin sedikit temuan kasus kusta secara aktifnya (pasifnya lebih banyak). Simbol garis ini dibedakan berdasarkan rentang jumlah kasus, yakni disini menggunakan rentang 5 kasus, jadi garis horizontal menunjukan wilayah dengan kecacatan kusta tingkat II <5 kasus, garis vertikal 5-9 kasus, garis *Upward Diagonal Fill* menunjukkan jumlah kasus antara 10-14, garis *Downward Diagonal Fill* ada 15-19 kasus, dan garis *Cross Fill* menunjukkan jumlah kasus ≥ 20 .

Berdasarkan dua gambar peta tersebut diatas menunjukkan bahwa:

1. Pada tahun 2017-2018 TW I-III kecacatan kusta tingkat II pada sebagian besar kab/kota cenderung mengalami penurunan, kecuali pada 13 kab/kota yg mengalami kenaikan yakni di kab Banyuwangi mengalami kenaikan sebesar 1 kasus, kota Batu 1 kasus, Bojonegoro 7 kasus, Jombang 5 kasus, kab Kediri 2 kasus, Magetan 1 kasus, Mokerto kota 1 kasus, Ngawi 6 kasus, Pacitan 1 kasus, kab Pasuruan 7 kasus, Ponorogo 4 kasus, Probolinggo kota 2 kasus, dan Surabaya 5 kasus.
2. Pada tahun 2017-2018 TW I-III temuan kasus kusta secara aktif pada sebagian besar kab/kota cenderung mengalami penurunan, kecuali pada 9 kab/kota yg mengalami kenaikan yakni di kab Lumajang mengalami kenaikan sebesar 32 kasus, kab Pasuruan 14 kasus, kab Malang 6 kasus/kota Malang 2 kasus, Mojokerto kota 1 kasus, Nganjuk 1 kasus, Ngawi 2 kasus, kab Probolinggo 1 kasus/kota Probolinggo 4 kasus, Surabaya 4 kasus.
3. Pada sebagian kab/kota di Jawa Timur yang memiliki peningkatan temuan kasus kusta secara aktif, diikuti pula oleh peningkatan kecacatan kusta tingkat II, yakni di kab Ngawi, Pasuruan, kota Mojokerto, kota Probolinggo, dan kota Surabaya. Hal ini menunjukkan bahwa semakin meningkat penemuan kasus kusta secara aktif dilakukan, maka akan semakin banyak pula kecacatan kusta tingkat II yang akan ditemukan secara aktif. Sebab berdasarkan data di Dinkesprov Jatim tahun 2017-2018 TW I-III kecacatan kusta tingkat II ini masih banyak ditemukan secara pasif. Oleh karena itu perlu adanya intensifikasi pencarian penderita kusta di beberapa wilayah di Jawa Timur, terutama wilayah yg memiliki prevalensi $>1/10.000$ penduduk.

3) Distribusi Kecacatan Kusta Tingkat II Berdasarkan Waktu



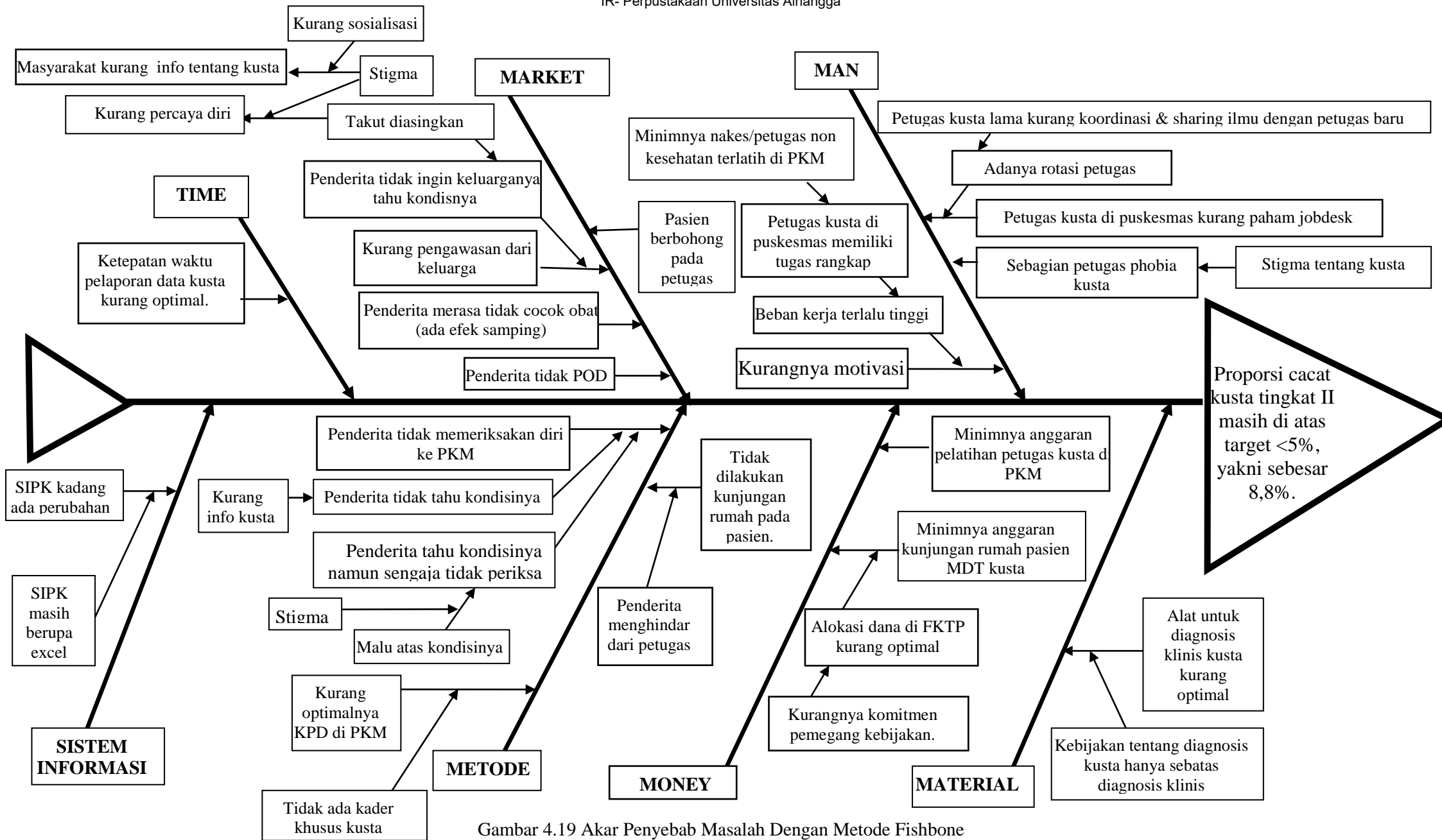
Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2013-2017

Gambar 4.18 Pola Kasus Kecacatan Kusta Tingkat II berdasarkan variabel Waktu di Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar 4.18 diatas diketahui bahwa jumlah kasus kecacatan kusta tingkat II di Provinsi Jawa Timur antara tahun 2013-2018 TW I-III cenderung mengalami penurunan. Di tahun 4 tahun berturut- turut yaitu 2015-2018 TW I-III kasusnya terus menurun meskipun pada tahun sebelumnya yakni tahun 2014 mengalami kenaikan sebesar 18 kasus.

4.1.6 Akar Penyebab Masalah Menggunakan Metode Fishbone

Berdasarkan prioritas masalah dapat dicari akar penyebab masalah proporsi cacat kusta tingkat II >5%. Identifikasi penyebab masalah menggunakan klasifikasi berdasarkan sumberdaya (resources) yaitu 6M2T1I (*Man, Machine, Money, Method, Material, Market, Technology, Time, Information*) (Supriyanto,2010). Diagram Fishbone pada masalah proporsi cacat kusta tingkat II >5% sebagai berikut:



Gambar 4.19 Akar Penyebab Masalah Dengan Metode Fishbone

Analisis akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone* terhadap masalah adalah proporsi cacat kusta tingkat II >5% yaitu sebagai berikut:

1. Man

a. Kurangnya Motivasi Petugas.

Penurunan motivasi petugas ini dikarenakan petugas merasa terlalu banyak beban atau tugas yang dilakukan akibat rangkap tugas. Selain dapat menurunkan motivasi dari petugas, ini juga dapat memicu kurangnya fokus pada tujuan dari tugas yang dilakukan yakni pada program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta. Pada beberapa puskesmas, ini terjadi sebab minimnya tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan terlatih yang dianggap mampu mengerjakan tugas yang membutuhkan keahlian khusus..

b. Petugas phobia terhadap kusta.

Penyakit kusta yang jika sampai parah bisa menimbulkan adanya kerusakan pada saraf dan terkadang menimbulkan lesi dikulit serta bisa menyebabkan cacat terkadang membuat penderitanya sendiri merasa tidak percaya diri, menyesalkan kondisinya dan tak jarang membuat sebagian orang disekitar menjadi takut. Ketakutan ini juga dirasakan oleh sebagian petugas kesehatan di puskesmas terutama pada saat penderita kusta memeriksakan dirinya sudah dalam kondisi cacat (parah).

c. Petugas kusta puskesmas baru kurang memahami jobdesknya.

Akar masalah petugas kusta puskesmas baru ini berkaitan dengan akar masalah karena adanya rotasi tenaga kesehatan puskesmas. Terlebih rotasi untuk posisi yang membutuhkan kemampuan khusus yang membutuhkan waktu lama untuk mempelajarinya kadangkala menjadi hambatan tersendiri dalam hal kinerja petugas. Tidak semua petugas kusta baru memiliki keterampilan yang baik yang paham benar akan tupoksinya. Salah satu alasannya yakni kurangnya koordinasi yang mencakup kurangnya sharing ilmu antara petugas kusta baru dengan petugas kusta yang lama.

2. Money

a. Alokasi Dana Program Kusta di FKTP kurang optimal.

Minimnya anggaran kusta dikarenakan program kusta tidak termasuk dalam salah satu program SPM. Anggaran yang dikeluarkan tentunya memprioritaskan kepada pelaksanaan yang termasuk dalam SPM. Selain kurangnya alokasi dana di puskesmas oleh kepala puskesmas selaku pemegang kebijakan, alokasi dana desa di beberapa desa yang masuk dalam wilayah kerja puskesmas juga masih kurang optimal, hal ini terkait kebijakan dari kepala desa selaku pemegang dan pengelola dana desa yang ada.

b. Minimnya anggaran pelatihan kusta di FKTP.

Pelatihan petugas kusta sangat penting sebagai pembekalan pemahaman terkait dengan tugas pengendalian kusta. Namun hal ini bagi sebagian kabupaten/kota belum atau kurang mendapat perhatian dari Kabupaten/Kota terbukti belum adanya anggaran mengenai kegiatan tersebut.

c. Kurangnya komitmen pemegang kebijakan di FKTP.

Akar masalah dari kurang optimalnya alokasi dana di puskesmas ini salah satunya disebabkan oleh kurangnya komitmen dari pemegang kebijakan di puskesmas yang tidak begitu memprioritaskan program kusta sebab dianggap masih ada program lain yang lebih penting.

3. Material

a. Alat untuk diagnosis klinis kurang optimal.

Penemuan kasus dengan diagnosis klinis terutama menggunakan kapas yang dilampirkan kemudian disentuh ke salah satu anggota tubuh pasien (bagian kulit) dan monofilamen. Penggunaan kapas ini kadangkala menimbulkan persepsi yang subjektif antara pemeriksa dengan pasien. Disamping memang kebijakan diagnosis penyakit kusta dengan pemeriksaan laboratorium yang belum diterapkan dan hanya pada sebatas kebijakan diagnosis klinis saja selama ini yang digunakan untuk diagnosis kusta.

4. Method

a. Tidak semua penderita kusta mau memeriksakan diri ke puskesmas.

Kekhawatiran penderita kusta akan penyakitnya diketahui oleh banyak orang kadangkala menjadi penyebab sebagian penderita kusta di masyarakat enggan memeriksakan dirinya ke puskesmas. Selain alasan jarak yang mungkin bisa menjadi penyebab bagi sebagian penderita yang tempat tinggal nya jauh dari puskesmas berada. Dan juga seringnya sebagian orang menganggap kusta ini hanyalah sebagai penyakit kulit biasa sehingga tidak terlalu khawatir dan akan bisa sembuh sendiri.

b. Tidak dilakukan kunjungan rumah pada pasien.

Kunjungan rumah pada pasien kusta seharusnya dikaukan pada pasien kusta yang tidak kembali ke puskesmas untuk mengambil obat, namun terdapat beberapa puskesmas yang tidak menerapkan program tersebut dikarenakan minimnya dana yang tersedia. Selain minimnya dana juga salah satunya disebabkan karena sebagian penderita memilih untuk tidak lagi datang ke puskesmas dan tidak mau ditemui oleh petugas, bahkan ada yg sampai berpindah rumah, sehingga ini yang membuat *lost* kontak antara petugas dan pasien kusta.

c. Kurang optimalnya KPD di puskesmas.

KPD merupakan komunitas kelompok perawatan diri yang beranggotakan para penderita kusta yang belum atau mengalami kecacatan. Pada beberapa puskesmas memang komunitas ini masih aktif, namun sebagian dalam pelaksanaannya masih ada yang kurang optimal. Hal ini karena peran kurang optimalnya peraan kader di masyarakat. Peran kader kesehatan di masyarakat memang sangat penting sebagai motor penggerak masyarakat agar bisa menerapkan hidup sehat. Namun pada sebagian program seperti pengendalian penyakit kusta ini memang tidak ada kader khusus yang fokus menjalankan kegiatan terkait pencegahan dan pengendalian penyakit kusta. Sehingga sosialisasi penyakit kusta yang melibatkan kader ke masyarakat kurang bisa dilakukan..

5. Market

a. Penderita merasa tidak cocok dengan obat.

Efek samping yang ditimbulkan dari pengobatan kusta seperti Lampren yang bisa menimbulkan gangguan saluran cerna, hiperpigmentasi kulit dan mukosa, kulit dan mukosa kering dll, kadangkala membuat pasien merasa tidak cocok dengan obat yang diminumnya, selain waktu pengobatan yang lama terutama untuk kusta tipe MB juga seringkali membuat pasien bosan sehingga bisa terjadi *Drop Out*.

b. Bagi sebagian pasien POD susah dilakukan.

POD yang sudah menjadi kegiatan rutin oleh petugas kusta terhadap pasiennya kadangkala masih tidak bisa dilakukan secara rutin akibat penderitanya seringkali tidak datang ke puskesmas. POD biasanya dilakukan pada saat pasien datang ke puskesmas untuk mengambil obat. Namun pada sebagian penderita yang memiliki tempat tinggal jauh dari puskesmas memilih menitipkan obat untuk diambilkan ke orang terdekat yang biasa melalui atau melewati puskesmas pada saat bekerja. Sehingga petugas tidak bisa melakukan POD terhadap pasien kusta.

c. Tidak ada pengawasan dari keluarga.

Kekhawatiran penderita kusta untuk diketahui penyakitnya oleh orang lain juga berlaku untuk keluarga dan orang terdekatnya. Sebab mereka merasa jika orang terdekatnya mengetahui penyakitnya ini, maka dirinya akan diasingkan dan dijauhkan. Masih melekatnya stigma dan dampak sosial yang ditimbulkan oleh penyakit kusta di masyarakat sebab kurangnya pengetahuan dan informasi tentang penyakit ini, sampai menyebabkan pasien kusta yang datang ke puskesmas meminta kepada petugas agar keluarganya tidak diberitahu karena tidak percaya diri merasa malu atas kondisinya. Hal tersebut

menyebabkan tidak adanya pengawasan pada penderita baik dalam hal perawatan diri, minum obat dari keluarga. Sehingga penderita tidak mendapatkan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan pengobatan yang dapat menimbulkan terjadinya *Drop Out*.

6. Time

- a. Ketepatan waktu pelaporan data kusta kurang optimal.

Sistem pencatatan dan pelaporan data kusta dari puskesmas ke dinas kesehatan yang sudah menjadi prosedur seharusnya bisa dilaksanakan dengan baik. Pelaporan yang tepat waktu sangat dibutuhkan untuk informasi dan pengambilan kebijakan dan perencanaan program kesehatan kedepannya. Waktu pelaporan yang sudah menjadi prosedur yakni dari puskesmas ke Dinas Kesehatan kabupaten pada minggu I awal tribulan berikutnya, dari kabupaten ke provinsi minggu II awal tribulan berikutnya, lalu provinsi ke pusat minggu ke III awal tribulan berikutnya.

7. Information System

- a. SIPK kusta terkadang ada perubahan.

Adanya perbaikan pada SIPK oleh kementerian pusat terkadang membuat sebagian petugas atau wasor kusta kadangkala tidak memahami dengan benar prosedur atau cara pengisian kohort di puskesmas. Perbaikan ini salah satunya karena SIPK masih manual dengan excel. Penggunaan SIPK pada program pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur kadangkala masih menimbulkan adanya kesalahan pada sistemnya, baik terkait kesalahan pemberian rumus, sinkronisasi rumus (peng-link an rumus) sehingga terkadang ada ketidakcocokan data di Dinas Kesehatan yang dikirim ke Provinsi.

4.1.7 Alternatif Solusi

Setelah ditemukan akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone*, maka ditentukan alternatif solusi dari penyebab akar masalah tersebut. Berikut adalah alternatif solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah proporsi cacat kusta tingkat II >5% di Provinsi Jawa Timur antara lain:

- a. Perlu adanya peran aktif oleh kabupaten/kota untuk melakukan *On The Job Training* untuk petugas kusta yang baru.

Mengingat seringnya adanya rotasi kerja di puskesmas yang mengharuskan petugas lama yang sudah bekerja di bagian tertentu di puskesmas untuk mempelajari tugas dan fungsi barunya tersebut. Begitupun dengan petugas baru yang mengatikkannya, mereka

harus belajar dari awal tentang program baru yang di tanggung jawabkan kepadanya. Oleh karena itu disini sangatlah diperlukan adanya pelatihan pada saat bekerja oleh kabupaten/kota bagi petugas kusta yang baru agar lebih paham terhadap tugasnya.

- b. Peningkatan komitmen oleh kepala puskesmas dalam penentuan kebijakan terkait program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta.

Mengikutsertakan peran stake holder terkait seperti kepala puskesmas, tokoh masyarakat, dan tentunya penderitanya kusta nya sendiri untuk ikut andil dalam menyukseskan program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta ini dirasa sangat diperlukan. Pada sebagian puskesmas yang notabene didalamnya terdapat tidak hanya program kusta saja namun ada banyak program kesehatan lainnya, seringkali membuat pemegang kebijakan kurang optimal dalam hal pengalokasian dana di program kusta ini. Oleh karena nya perlu adanya peningkatan komitmen oleh kepala puskesmas selaku pemegang kebijakan dengan menjelaskan atau memberikan gambaran betapa penting dan urgent nya permasalahan kusta ini, dan seberapa besar dampaknya jika sampai terjadi kecacatan bagi kesehatan masyarakat.

- c. Dilakukannya advokasi ke kepala desa terkait alokasi dana desa khususnya untuk program kusta oleh pihak puskesmas.

Permasalahan terkait dana di FKTP salah satu penyebabnya adalah alokasi dana desa yang kurang optimal untuk program kesehatan oleh kepala desa setempat. Minimnya alokasi dana untuk kesehatan bisa memberikan dampak pada minimnya anggaran untuk program kesehatan di puskesmas. Dilakukannya advokasi dana desa ini bertujuan untuk meningkatkan peran stake holder terkait khususnya kepala desa agar sama-sama menciptakan kesuksesan pelaksanaan program kusta. Adanya dana desa ini setidaknya bisa sedikit membantu menunjang terhadap pelaksanaan operasional program kesehatan khususnya program kusta yang ada di puskesmas.

- d. Sosialisasi kepada petugas kusta oleh dinkes kab/kota terkait peningkatan kegiatan kunjungan rumah terhadap penderita kusta.

Diberlakukannya program kunjungan rumah terhadap pasien MDT kusta yang belum melakukan kunjungan ke puskesmas untuk mengambil obat pada kabupaten/kota yang memiliki RFT rate kurang dari target indikator (>90%) sangatlah diperlukan. Selain dengan tujuan untuk pengambilan obat, kunjungan rumah yang dilakukan oleh petugas kesehatan bisa menjadi kesempatan petugas dalam melakukan POD terhadap penderita untuk mendeteksi adanya kecacatan dini.

- e. Peningkatan peran kader di masyarakat oleh pemegang program kusta di puskesmas.

Memanfaatkan peran kader yang ada di masyarakat untuk mensosialisasikan tentang penyakit kusta dan pentingnya melakukan pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit tersebut.

- f. Adanya PMO bagi penderita kusta.

Seringnya terjadi DO pada sebagian penderita kusta, terutama bagi penderita kusta tipe MB yang dikarenakan masa pengobatannya yang lama sehingga membuat penderitanya bosan akan menjadi masalah tersendiri. DO selain akan terjadi penghentian obat, juga dapat memicu resistensi kuman penyebab penyakit ini. Sehingga rasanya sangat diperlukan bagi Pasien MDT kusta untuk memiliki pengawas minum obat (PMO) dari keluarga sebagai solusi dalam kepatuhan minum obat pada penderita kusta.

- g. Pemberlakuan sanksi dan rewarding.

Peningkatan pemberlakuan sanksi berupa peringatan atau teguran bagi kabupaten/kota oleh provinsi, dan puskesmas oleh kabupaten/kota jika melebihi batas waktu pelaporan data kusta yang seharusnya. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan disiplinitas dalam hal pencatatan dan pelaporan data kusta oleh puskesmas, kabupaten/kota maupun provinsi. Selain itu bagi yang sudah tepat waktu dalam melakukan pelaporan diberikan reward sebagai apresiasi atas kerja terbaik yang telah dilakukan.

- h. Meningkatkan sosialisasi oleh petugas kesehatan baik dilevel provinsi, kab/kota maupun puskesmas tentang penyakit kusta sebagai sarana untuk menghilangkan stigma serta menambah pengetahuan dan kesadaran kepada masyarakat.

Sosialisasi mengenai penyakit kusta dan pencegahan serta pengendaliannya sangatlah diperlukan, mengingat bagi sebagian masyarakat masih awam terhadap penyakit kulit yang satu ini. Kesalahpahaman terhadap diagnosis penyakit kulit ini terkadang membuat sebagian penderitanya tidak bisa membedakan penyakit kulit yang sedang dideritanya. Selain itu pemahaman sebagian masyarakat terhadap penyakit ini masih belum benar, ada yang masih menganggap bahwa penyakit ini merupakan penyakit kutukan atau penyakit akibat dosa dari penderitanya, dan kondisi fisik yang dialami oleh penderitanya terutama oleh penderita kusta yang cacat kadangkala membuat sebagian orang merasa phobia..

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Proporsi cacat tingkat II kusta di Jawa Timur sebesar 8,8%, angka ini menunjukkan capaian indikator proporsi cacat kusta tingkat II berarti lebih dari target indikator yaitu sebesar $\leq 5\%$.
2. Proporsi kasus baru anak (0-14 tahun) kusta di Jawa Timur sebesar 8%, angka ini menunjukkan capaian indikator proporsi kasus baru anak berarti lebih dari target indikator yaitu sebesar $<5\%$.
3. Angka keberhasilan pengobatan (RFT) Rate sebesar 91,1 %, angka menunjukkan capaian indikator keberhasilan pengobatan kusta berarti telah memenuhi dari target indikator yaitu sebesar $>90\%$.
4. Prioritas masalah yang terjadi pada program pencegahan dan pengendalian kusta adalah proporsi cacat kusta tingkat II yang $>5\%$ yakni sebesar 8,8% pada tahun 2017.
5. Rekomendasi alternatif pemecahan masalah dari prioritas masalah proporsi cacat kusta tingkat II $>5\%$ adalah:
 - a) Perlu adanya peran aktif oleh kabupaten/kota untuk melakukan *On The Job Training* untuk petugas kusta yang baru.
 - b) Peningkatan komitmen oleh kepala puskesmas dalam penentuan kebijakan terkait program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta.
 - c) Dilakukannya advokasi ke kepala desa terkait alokasi dana desa khususnya untuk program kusta oleh pihak puskesmas.
 - d) Sosialisasi kepada petugas kusta oleh dinkes kab/kota terkait peningkatan kegiatan kunjungan rumah terhadap penderita kusta.
 - e) Peningkatan peran kader di masyarakat oleh pemegang program kusta di puskesmas.
 - f) Adanya PMO bagi penderita kusta.
 - g) Pemberlakuan sanksi dan rewarding.
 - h) Meningkatkan sosialisasi oleh petugas kesehatan baik di level provinsi, kab/kota maupun puskesmas tentang penyakit kusta sebagai sarana untuk menghilangkan stigma serta menambah pengetahuan dan kesadaran kepada masyarakat.

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

- Fakultas Kesehatan Masyarakat.2018. Buku Panduan Magang Tahun 2018. Fakultas Kesehatan Masyarakat.Surabaya
- Kemendes, RI., 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Tosepu, R., 2016. *Epidemiologi Lingkungan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Bumi Medika.
- Smith, W., 1992. The epidemiology of disability in leprosy including risk factors. *Lepr Rev* , Volume 63, pp. 23s-32s.
- Widoyono, 2008. *Penyakit Tropis, Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Semarang: Erlangga.
- Kementerian Kesehatan, R. I., 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- WHO, 2017. *Weekly Epidemiological Record*, Switzerland: World Health Organization.
- WHO, 2013. *FAQs Frequently Asked Question Of Leprosy*, India: WHO Regional office For South East Asia.
- Richardus, J. H., Ignotti, I. & Smith, W. C. S., 2016. Epidemiology Of Leprosy. Dalam: T. P. Gillis & D. M. Scollard, penyunt. *The International Textbook Of Leprosy*. United State of America: s.n., pp. 1-28.
- Depkes, R.I, 2016. *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Kusta*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2015*. Surabaya: Dinkes Provinsi Jawa Timur. Tersedia di: http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/15_Jatim_2015.pdf. [11 November 2017].
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007, *Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*, Jakarta : Depkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. Pedoman Program Nasional Pengendalian Penyakit Kusta.[pdf] Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2012. Tersedia di: perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/1791/2/BK2012-406.pdf [11 Oktober 2017].
- Kementerian Kesehatan RI, 2015. Info Datin Kusta.[pdf] Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin_kusta.pdf [11 Oktober 2017].
- Sumardiono, *Apa itu Homeschooling: 35 Gagasan Pendidikan Berbasis Keluarga*, 2014, Jakarta, Panda Media.
- WHO, 2016. *Weekly Epidemiological Record*. [pdf] Switzerland: WHO Geneva. Tersedia di: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>. [11 November 2017].

Lampiran 1. Form Prioritas Masalah Dengan Metode CARL

Nama Responden :

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan pelaksana pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, didapatkan beberapa program masalah yang selanjutnya dilakukan penetapan prioritas dengan metode CARL. Responden diharapkan memberikan skor 1-5 pada setiap masalah yang tertulis di bawah ini:

<p>C (Capability) adalah Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/peralatan). Skor atau nilai untuk <i>Capability</i>:</p> <p>1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik</p>	<p>A (Accesibility) adalah kemudahan, yaitu masalah yang ada mudah diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan padaketersediaan metode/cara/teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau petunjuk pelaksanaan. Skor atau nilai untuk <i>Accesability</i>:</p> <p>1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik</p>	<p>R (Readiness) adalah kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/kemampuan dan motivasi. Skor atau nilai untuk <i>Readiness</i>:</p> <p>1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik</p>	<p>L (Leverage) adalah seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas. Skor atau nilai untuk <i>Laverage</i> :</p> <p>1= Sangat tidak baik 2= Tidak baik 3= Cukup baik 4= Baik 5= Sangat baik</p>
--	--	---	--

No	Masalah	C (Ketersediaan)	A (Kemudahan)	R (Kesiapan tenaga)	L (Pengaruh menjadi daya ungkit)	Total
1.	Proporsi cacat tingkat 2 kusta di Jawa Timur sebesar 8,8%. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu sebesar $\leq 5\%$.					
2.	Proporsi kasus anak (0-14 tahun) kusta di Jawa Timur sebesar 8%. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu sebesar 5%.					
3.	CDR di Jawa Timur sebesar 8,55. Angka ini melebihi dari target indikator yaitu $<5/10.000$.					

Lampiran 2: Surat Izin Magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



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: fkm@unair.ac.id

Nomor : 8112/UN3.1.10/PPd/2018 30 Oktober 2018
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

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

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2018/2019, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, atas nama: (terlampir).

sebagai peserta magang pada instansi Saudara, selama minimal 3 (tiga) minggu.

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 Gizi Kesehatan, FKM UNAIR;
6. Ketua Departemen Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
7. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
9. 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: fkm@unair.ac.id

DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Pembimbing	
1.	Tofan Pramesi Wibowo	101511133138	Biostatistika	Dr. Windhu Purnomo, dr., M.S.	
2.	Aditya Fika Maulana	101511133171			
3.	Annisa Dwindha Shafira	101511133188			
4.	Faishal Azhar Wardhana	101511133211		Dr. Lutfi Agus Salim, SKM., M.Si.	
5.	Ilham Dwi Prakoso	101511133045			
6.	Sarah Puspita Dewi	101511133051			
7.	Desy Yuanita Nugroho	101511133096			
8.	Melisa Ambarwati	101511133081			
9.	Rafhi Ghazi Iriyanto Putra	101511133023			
10.	Rochma Ashifa Affayani	101511133074	Epidemiologi	Dr. Diah Indriani, S.Si., M.Si	
11.	Dwi Rismayanti Wighradita	101511133003			
12.	Wahyu Dyah Sukmawati	101511133129		Dr. Atik Choirul H., dr., M.Kes	
13.	Umi Maisyarah	101511133180			
14.	Dewi Putri Dayani	101511133105			
15.	Mayam Tami	101511133111			
16.	Lailatul Fitriya	101511133141			
17.	Dewi Lestari	101511133037			
18.	Risna Nur Fajariyah	101511133056			Kurnia Dwi Artanti, dr., M.Sc
19.	Desy Arumsari	101511133061			
20.	Dwi Ratnasari	101511133057			
21.	Farida Syamsi	101511133142			
22.	Nurvita Ruwandarsari	101511133123			
23.	Ifitiah Shofiyati	101511133160			
24.	Yuyun Tri Wulansari	101511133108		Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes	
25.	Dewi Mariatus Sholihah	101511133114			



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: fkm@unair.ac.id

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Pembimbing
26.	Alief Dyaningayu S.	101511133073	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes
27.	Kartika Mega Tama	101511133135		
28.	Dewi Roudhotul H.	101511133168		
29.	Anneke Meyvia S.	101511133174		
30.	Dinda Maulidya Putri Maharani	101511133091	Gizi Kesehatan	Trias Mahmudiono, S.KM., M.PH., GCAS., Ph.D
31.	Tuhu Uboyo Wicaksono	101511133133		
32.	Deanita Putri Rianto	101511133090	Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku	Dr. M. Bagus Qomaruddin, Drs., M.Sc
33.	Ida Puspita Sari	101511133034		

Surabaya, 30 Oktober 2018
a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP. 196609271997022001

Lampiran 3: Timeline Magang S1 Kesmas Program Reguler 2018/2019

Timeline Magang S1 Reguler 2018/2019																		
No	Kegiatan	Des-18				Januari				Februari				Maret	April	Keterangan
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1.	Pengusulan Lokasi Magang Oleh Mahasiswa																	Mahasiswa.
2.	Evaluasi Terhadap Usulan Lokasi Magang Dan Penyusunan List Lokasi Magang Beserta Penentuan Dosen Pembimbing Magang																	Koordinator magang departemen.
3.	Penyerahan Usulan Tempat Magang Dan Pembuatan Surat Menyurat Ke Instansi																	Koordinator magang departemen, sekretariat departemen, administrasi pendidikan (bu Nosa).
4.	Penyusunan Dan Konsultasi Proposal Magang																	
5.	Pengesahan dan Konsultasi Proposal Magang																	Mahasiswa dan dosen pembimbing magang.
6.	Perijinan magang ke instansi																	Mahasiswa.
7.	Percetakan Buku Panduan																	Koordinator magang fakultas.
8.	Pembekalan Magang Fakultas (Tentatif)																	Koordinator magang fakultas, koordinator magang departemen, dosen pembimbing magang, mahasiswa, administrasi pendidikan (bu Sari dan bu Irawati).

9.	Pembekalan magang departemen																	Koordinator magang departemen, dosen pembimbing magang, mahasiswa.
10.	Pelaksanaan Magang																	Mahasiswa.
11.	Supervisi Magang																	Dosen pembimbing magang.
12.	Penyusunan Laporan Dan Seminar Magang																	Mahasiswa, dosen pembimbing magang.
13.	Revisi Dan Pengumpulan Laporan Magang																	Mahasiswa.
14.	Input Dan Setor Nilai magang																	Koordinator magang departemen.
15.	Input Nilai Magang Cyber Campus																	Koordinator magang fakultas.
16.	Surat Tugas Magang																	Administrasi pendidikan (bu Irawati).
17.	Evaluasi Pelaksanaan Magang																	Pimpinan, kps, koordinator magang fakultas, koordinator magang departemen.

Lampiran 4: Surat Pernyataan Kesediaan

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mayam Tami
NIM : 101511133111
Peminatan/Departemen : Epidemiologi
Tempat/Tanggal lahir : Bangkalan, 4 April 1997
Alamat : Dsn.Kangenan Timur, Langkap, Burneh, Bangkalan
No Telp/HP : 085234597767
Status : Belum Menikah

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya:

1. Telah mempertimbangkan, memilih, dan menetapkan lokasi magang atas pilihan sendiri.
2. Bersedia mematuhi seluruh ketentuan di institusi termasuk masalah pembiayaan magang.
3. Bersedia mengeluarkan biaya tambahan (dari batas normal yang telah diberikan fakultas) sebagai konsekuensi lokasi magang yang saya pilih.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan penuh rasa tanggung jawab tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, 19 Februari 2019

Mengetahui

Yang Menyatakan

(Zainul Fatah)

(Mayam Tami)

NIM. 101511133111

Lampiran 5. Lembar Catatan Kegiatan Harian dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Mayam Tami

NIM : 101511133111

Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur-Seksi P2PM, Program Pengendalian Kusta

Hari & Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-I		
Rabu, 02 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Perkenalan dengan kepala seksi P2 beserta staffnya. - Mempelajari Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta - Mendapat materi mengenai pengolahan data menggunakan microsoft excel dari bapak Adhar 	
Kamis, 03 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan materi tentang program penanggulangan TB (penyakit tb secara umum, penegakan dan diagnosis, formulir TB). - Mempelajari materi tentang program pengendalian kusta khususnya metode penemuan pasien kusta. 	
Jum'at, 04 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapat materi dari Bapak Herri mengenai konsep segitiga epidemiologi serta pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor (DBD). - Mengikuti acara penyambutan atau pergantian kepala bidang pencegahan dan pengendalian penyakit. 	
Minggu ke-II		
Senin, 07 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu ibu Nurul mengklasifikasikan berkas-berkas SPJ bidang P2M dinas kesehatan provinsi Jawa Timur. - Membantu bapak Adhar dalam merekap data TB 03 (Data individu faskes kabupaten/kota provinsi jawa timur periode tahun 2018). - Mempelajari materi 	
Selasa, 08 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Mempelajari materi tentang program pengendalian kusta khususnya penegakan penyakit kusta (diagnosis, diagnosis banding, dan klasifikasi). - Membantu bapak Adhar melanjutkan tugas dalam merekap data TB 03 (Data individu faskes kabupaten/kota provinsi jawa timur periode tahun 2018). - Membantu ibu Nurul mengklasifikasikan berkas-berkas SPJ bidang P2M dinas kesehatan provinsi Jawa Timur. 	

Rabu, 09 Januari 2019	- Mempelajari monitoring dan evaluasi program pengendalian kusta (indikator program pengendalian kusta).	
Kamis, 10 Januari 2019	- Mendapatkan penjelasan dari ibu Nurul tentang tupoksi setiap program dalam kaitannya dengan administrasi, pengolahan data di dinas kesehatan provinsi Jawa Timur. - Mempelajari mengenai program pengendalian penyakit kusta khususnya pengelolaan logistik.	
Jum'at, 11 Januari 2019	- Mendapatkan penjelasan tentang formulir laporan data program pengendalian penyakit kusta dari pak Teo. - Merekap data jumlah individu yang mengalami kecacatan kusta tingkat II. - Membantu pak Marsono menyocokkan/mengoreksi kembali surat pesanan dokumen perubahan pelaksanaan anggaran. - Membantu pak Priyo Santoso membuat formula untuk rekapan data ISPA.	
Minggu ke-III		
Senin, 14 Januari 2019	- Melakukan kunjungan ke kantor pusat krisis kesehatan serta memperoleh materi dari pak Didik tentang penanggulangan masalah kebencanaan.	
Selasa, 15 Januari 2019	- Diskusi dengan pak Teo terkait cara pengisian catatan pelaporan berupa formulir atau SIPK kusta yang digunakan pada program kusta di Jawa Timur. - Mempelajari tentang pencatatan dan pelaporan program kusta.	
Rabu, 16 Januari 2019	- Mendapatkan materi tentang Supervisi pada program pengendalian penyakit kusta di Jawa Timur dari Ibu Nurul. - Diskusi dengan Ibu nurul selaku salah satu anggota pelaksana program kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.	
Kamis, 17 Januari 2019	- Diskusi dengan pak Teo terkait program pengendalian penyakit kusta khususnya mengenai metode/strategi penemuan kasus kusta sebagai salah satu kegiatan dalam program kusta. - Mengikuti upacara bersama yang diadakan di Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur. - Melanjutkan merekap data individu kecacatan kusta tingkat II di Jawa Timur tahun 2018.	
Jum'at, 18 Januari 2019	- Diskusi dengan pak Marsono terkait topik yang akan di angkat menjadi permasalahan pada laporan magang yakni masalah penemuan kasus kusta di Jawa Timur.	

Minggu ke-4		
Senin, 21 Januari 2019	- Melakukan kunjungan ke BPBD provinsi Jawa Timur. - Menyicil laporan magang yakni dari bab I-bab II.	
Selasa, 22 Januari 2019	- Merekap data kasus individu kecacatan kusta tingkat II 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2017.	
Rabu, 23 Januari 2019	- Melanjutkan merekap data kasus individu kecacatan kusta tingkat II 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2017. - Mempelajari terkait indikator kinerja program pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.	
Kamis, 24 Januari 2019	- Merekap data kasus individu kecacatan kusta tingkat II 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2018. - Membantu pak Teo mengurus surat Nota Dinas.	
Jum'at, 25 Januari 2019	- Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan data kusta dari puskesmas ke kabupaten, kabupaten ke provinsi dan provinsi ke pusat.	
Minggu ke-5		
Senin, 28 Januari 2019	- Izin ke Puskesmas Burneh dan Puskesmas Tanah Merah Kabupaten Bangkalan untuk mengkonfirmasi data terkait kusta.	
Selasa, 29 Januari 2019	- Melakukan prioritas masalah yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menggunakan metode CARL dengan seluruh pemegang program kusta sekaligus kepala seksi P2 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.	
Rabu, 30 Januari 2019	- Merekap hasil prioritas masalah yang telah dilakukan bersama dengan para pemegang program kusta.	
Kamis, 31 Januari 2019	- Melakukan penentuan akar penyebab masalah dengan metode fishbone dengan melibatkan pemegang program kusta di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.	

Lampiran 6: Foto Kegiatan Magang



Upacara bendera bersama seluruh jajaran yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Kunjungan ke BPBD daerah Provinsi Jawa Timur bersama seluruh rekan-rekan magang dari FKM UNAIR dan mahasiswa UNSRI (Universitas Sriwijaya) di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Foto bersama anggota relawan yang ada di BPDB Daerah Jawa Timur dan pak Didik selaku pemegang program di Pusat Krisis Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Kunjungan ke Pusat Krisis Kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Pemberian materi oleh petugas di BPBD tentang penanggulangan bencana, pusat data dan informasi dan pengelolaannya.



Pemberian materi oleh pak Didik tentang kebencanaan di gedung pusat krisis kesehatan.



Seminar hasil magang bersama Ibu Atik selaku pembimbing dari fakultas serta beberapa bapak ibu pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jatim.