

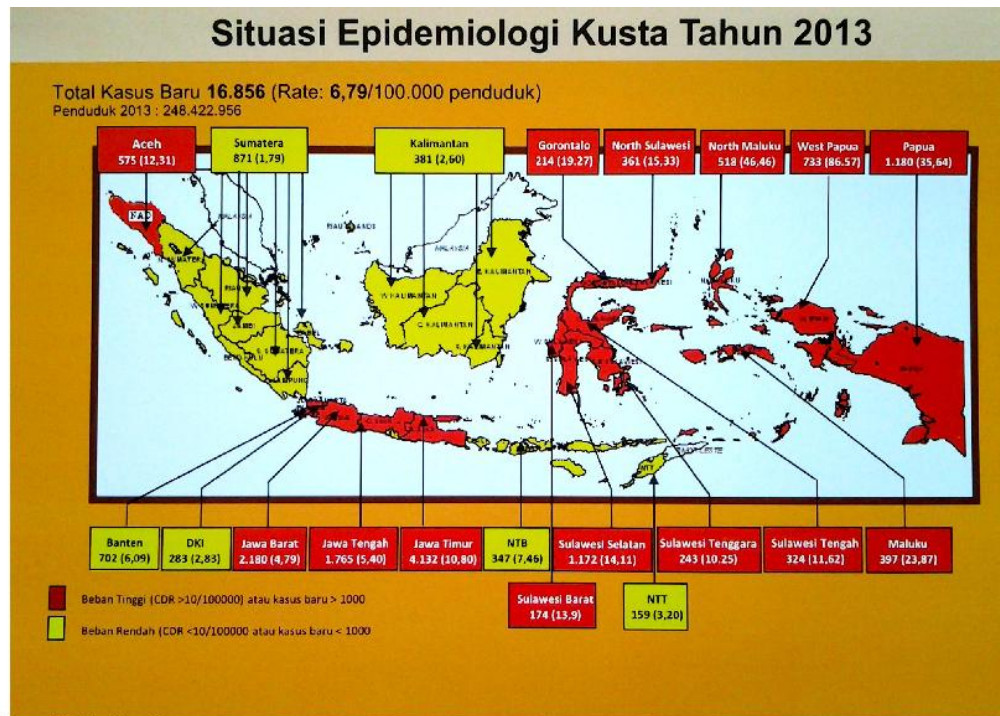
BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit kusta termasuk penyakit tertua, yang telah ada sejak 1400 tahun SM. Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan, dan ketahanan sosial. Pada umumnya penyakit kusta terdapat di negara miskin dan sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara itu dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat. Menurut data WHO-TAG meeting report tahun 2010 dinyatakan bahwa Indonesia termasuk peringkat ke 3 untuk 10 negara yang terbanyak dalam penemuan kasus baru di bawah India dan Brazil (Kosasih, A., 2005; Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012).

Menurut data di Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur (2013) beban penyakit kusta dibagi menjadi 2 kelompok yaitu *high burden* (beban tinggi) bila *case detection rate* (CDR) $> 10/100.000$ penduduk atau jumlah kasus baru > 1.000 dan *low burden* (beban rendah) bila *case detection rate* (CDR) $< 10/100.000$ penduduk atau jumlah kasus baru < 1.000 . Ada 10 propinsi di Indonesia yang terkategori *high burden* (Gambar 1.1) dan Jawa Timur masuk kategori ini dengan peringkat no 7.

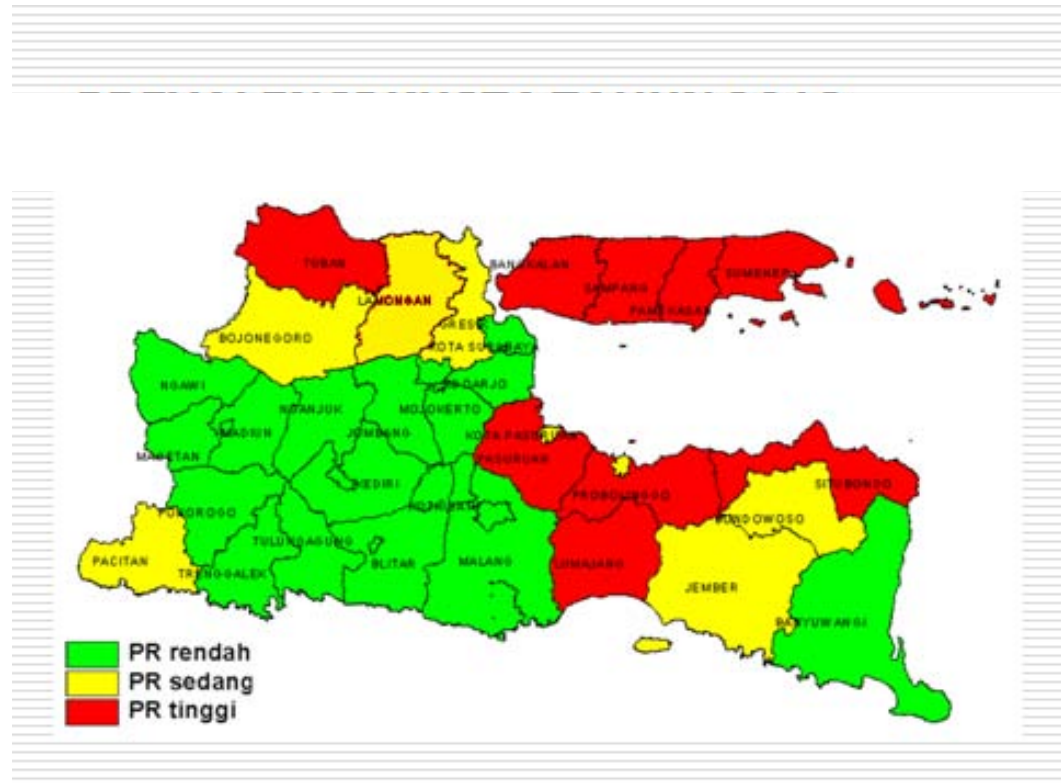


Gambar 1.1 Beban Penyakit Kusta di Indonesia Tahun 2013

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2013

World Health Assembly (WHA) pada tahun 1991 menargetkan mengeliminasi kusta di dunia pada Juni tahun 2000. Di tingkat nasional, Indonesia telah mencapai eliminasi tetapi penyakit kusta masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat dengan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi Kusta selama periode 2000-2011. Pada tahun 2000 prevalensi sebesar 0,86 per 10.000 penduduk menjadi 0,96 per 10.000 penduduk pada tahun 2011 (Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012).

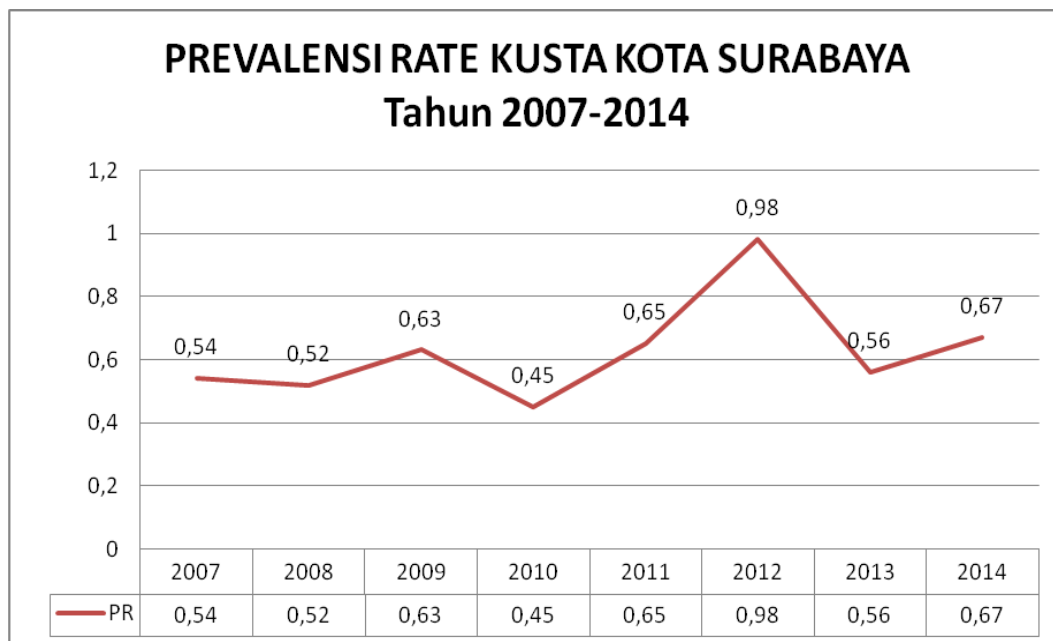
Situasi di kota dan kabupaten propinsi Jawa Timur terbagi menjadi 3 prevalensi yaitu Prevalensi Tinggi, Prevalensi Sedang dan Prevalensi Rendah yang tampak pada gambar 1.2 di bawah ini.



Gambar 1.2 Prevalensi Penyakit Kusta di Jawa Timur Tahun 2013

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2013

Dari gambar 1.2 di atas nampak bahwa ada 17 (51,5%) kota/kabupaten di Jawa Timur yang tergolong dalam prevalensi rendah, 6 (18,2%) yang termasuk prevalensi sedang, dan 10 (30,3%) kota/kabupaten yang masuk kategori prevalensi tinggi. Kota Surabaya masuk dalam kategori Prevalensi Rendah artinya termasuk daerah non endemis kusta. Standart dikatakan prevalensi rendah bila $<1/10.000$, prevalensi sedang $1/10.000$, prevalensi tinggi $>2/10.000$ penduduk (Kosasih, A., 2005; Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012; Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2013).



Gambar 1.3 Angka Prevalensi Kusta di Kota Surabaya Tahun 2007 – 2014
Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2014

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dari tahun 2007 – 2014, kota Surabaya merupakan daerah non endemis kusta dengan prevalensi < 1 % (gambar 1.3) namun bila dilihat dari trend prevalensi rate (PR) penyakit kusta tampak mengalami peningkatan pada tahun 2010 sampai tahun 2012, menurun pada tahun 2013 dan ada kecenderungan peningkatan kembali pada tahun 2014. Artinya, bila penyakit kusta tidak ditangani dengan baik, maka dikhawatirkan angka kesakitan kusta akan mengalami peningkatan, yang berakibat pada timbulnya masalah baru pada kota Surabaya, peningkatan beban kerja, dan gagalnya program pengendalian penyakit kusta di kota Surabaya.

Berdasarkan buku pedoman nasional pengendalian penyakit kusta tahun 2002 dan Kepmenkes RI nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang standart

pelayanan minimal, terdapat 6 indikator upaya pengendalian penyakit kusta yang harus dicapai.

Tabel 1.1 Indikator Pencapaian Target Pengendalian Penyakit Kusta di Kota Surabaya Tahun 2011- 2014

NO	INDIKATOR	TARGET	CAKUPAN				RATA - RATA
			Thn 2011	Thn 2012	Thn 2013	Thn 2014	
1	Angka Penemuan Penderita Baru (CDR)	< 5/100.000	6,11/100.000	4,96/100.000	4,6/100.000	6,25/100.000	5,48 / 100.000
2	Angka Kesembuhan (RFT)	PB > 90% MB > 90%	PB 81,80% MB 74,84%	PB 63,60% MB 77,70%	PB 93,30% MB 77,22%	PB 90,00% MB 82,3%	PB 82,17% MB 78,01%
3	Angka Prevalensi (PR)	< 1/10.000	0,65/10.000	0,98/10.000	0,56/10.000	0,67/10.000	0,71/10.000
4	Proporsi Cacat 2 (Deformitas Rate)	< 5%	8%	14%	10%	5%	9,25%
5	Proporsi Penderita Anak (Child Rate)	< 5%	6%	13%	8%	12%	9,75%
6	Proporsi MB (MB Rate)	< 65%	93%	89%	93%	95%	92,5%

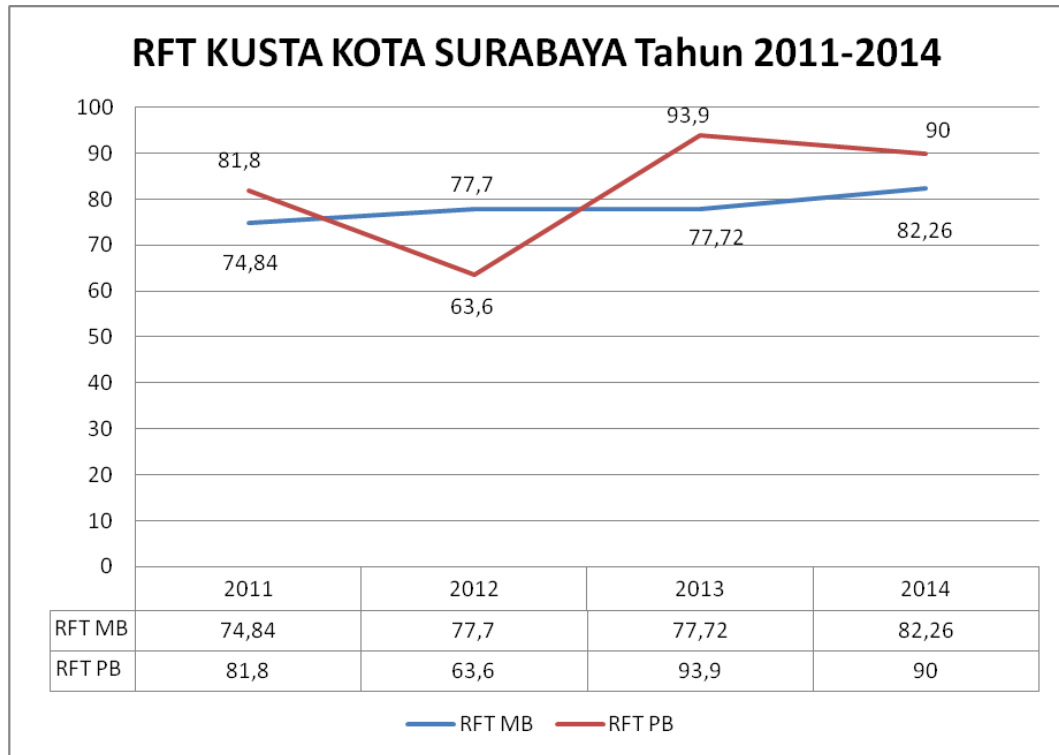
Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2014

Tabel 1.1 di atas menunjukkan bahwa pemerintah kota Surabaya dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Surabaya belum dapat mencapai target indikator program untuk mengeliminasi penyakit kusta untuk angka kesembuhan (*Release For Treatment*, selanjutnya disebut sebagai RFT), angka proporsi cacat 2, angka penderita anak, dan angka proporsi kasus Multi Basiler (MB).

Kuman kusta yang masih utuh menjadi agen yang berpotensi sebagai sumber penularan, dan kuman kusta utuh bisa terdapat pada penderita kusta yang tidak mendapat pengobatan secara lengkap (RFT) (Kosasih, A., 2005; Ditjen

PP&PL, Kemenkes RI, 2012; Emmy, 2003). Jadi angka rata-rata RFT yang rendah yaitu 82,17% untuk Pausi Basiler (PB) dan 78,01% untuk MB (tabel 1.1) menunjukkan penderita yang tidak berhasil dalam pengobatan dan berpotensi sebagai sumber penularan (tipe MB) ataupun timbulnya resiko kecacatan penderita (tipe PB). Proporsi penderita kusta (*host*) tipe MB yang tinggi yaitu 92,5% (tabel 1.1) juga menunjukkan jumlah penderita yang berpotensi sebagai sumber penularan. Akibatnya seiring dengan tidak tercapainya RFT pada penderita kusta maka *Deformitas Rate* (proporsi cacat tingkat 2) dan *Child Rate* (proporsi penderita anak) juga akan mengalami peningkatan yaitu 9,75% untuk proporsi penderita kusta pada anak (tabel 1.1).

Penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat sebagaimana yang dilakukan oleh petugas Program Pengendalian Penyakit (P2) Kusta puskesmas perlu mendapatkan perhatian, khususnya dalam hal peningkatan kualitas pelayanan agar sesuai dengan kebutuhan dan harapan penderita kusta. Pelayanan untuk penderita kusta yang dilakukan oleh petugas memegang peranan yang cukup dominan dalam rangka memberikan keberhasilan pengobatan kepada pelanggan atau pasien kusta, adalah kepuasan pelanggan kepada pelayanan petugas. Dalam kepuasan hal terpenting adalah persepsi pelanggan sehingga keberhasilan pencapaian indikator penyakit kusta yang juga dipengaruhi oleh *customer*, dalam hal ini penderita kusta, sangat dipengaruhi oleh persepsi dari penderita dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh petugas (Kosasih, A., 2005; Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012; Emmy, 2003).



Gambar 1.4 *Release For Treatment* Penderita Kusta di Kota Surabaya
Tahun 2011 – 2014

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2014

Target RFT >90% baik untuk PB atau MB, namun dari grafik 1.2 di atas menunjukkan bahwa pada tidak semua kasus kusta type MB dan PB mendapat pengobatan secara lengkap (RFT) dengan capaian rata-rata 79,67% untuk PB dan 78,00% untuk MB.

Indikator RFT mempunyai manfaat untuk menilai kualitas pengelolaan penderita dan melihat kepatuhan penderita dalam minum obat (Kosasih, A., 2005; Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012; Emmy, 2003).

Tabel 1.2 Angka Proporsi Kasus Anak dan Proporsi Cacat Tingkat 2 di Kota Surabaya Tahun 2011 – 2014

Tahun	Kasus Anak			Kecacatan Tk 2		
	Standart	n	%	Standart	n	%
2011	< 5%	10	6	< 5%	14	8
2012		18	13		19	14
2013		11	8		13	10
2014		21	12		8	5

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2014

Tabel 1.2 di atas menunjukkan bahwa jumlah kasus anak meningkat di tahun 2012, mengalami penurunan pada tahun 2013 dan meningkat kembali pada tahun 2014. Angka ini menunjukkan bahwa betapa tingginya keadaan penularan pada tahun tersebut. Semakin tinggi angka penderita kusta yang tidak RFT akan menyebabkan faktor penularan pada anak juga mengalami peningkatan. Penyakit kusta untuk menular memerlukan kontak yang cukup erat dan terjadi dalam jangka waktu yang panjang.

Tahun 2012, Dinas Kesehatan Kota sudah pernah melakukan kegiatan yang berhubungan dengan pengendalian penyakit kusta, yaitu sosialisasi frambusia untuk dokter dan petugas kusta se puskesmas kota Surabaya, melakukan pelatihan pada petugas laboratorium (20 puskesmas) dan pelatihan Unit Pelayanan Kesehatan (62 puskesmas dan 2 RS di kota Surabaya), serta secara rutin melakukan validasi data kusta. Tahun 2013, Dinas Kesehatan Kota Surabaya melakukan monitoring dan evaluasi program, memberi pelatihan bagi kader kusta, sosialisasi program kusta kepada bidan kelurahan siaga, sosialisasi program kusta kepada dokter praktek swasta, dan secara rutin melakukan validasi data (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2012-2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Nugroho Susanto (2006) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur, pendidikan, tipe kusta, reaksi, pengetahuan, ketaatan berobat, diagnosis, dan perawatan diri dengan tingkat kecacatan penderita kusta, sedangkan antara jenis kelamin, lama sakit dan lama kerja tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan tingkat kecacatan penderita kusta. Prawoto (2008) menyatakan dalam penelitiannya bahwa terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya reaksi kusta, antara lain umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun, lama sakit lebih dari 1 tahun, dan kelelahan fisik. Jumiati (2013) melakukan penelitian dengan hasil terdapat hubungan yang besar antara tingkat pengetahuan dengan motivasi berobat penderita kusta.

Hasil penelitian dari Masykur (2010) menunjukkan bahwa secara statistik variabel persepsi tentang penyakit kusta (beratnya penyakit kusta, resiko penyakit kusta, konsekuensi tidak teratur berobat, pencegahan kecacatan) serta variabel dukungan keluarga (emosional, instrumental, informasi) berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan penderita dalam pemakaian obat di Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen Tahun 2009 ($p < 0,05$). Besarnya pengaruh variabel bebas secara serentak adalah 33.4%. Variabel persepsi konsekuensi tidak teratur berobat memiliki pengaruh paling dominan terhadap tingkat kepatuhan penderita dalam pemakaian obat di Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen tahun 2009 di mana ($p = 0,033$) dan koefisien $\beta = -1.039$. Masykur menyarankan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen agar memberikan kesempatan kepada petugas P2

kusta untuk mengikuti pelatihan sehingga dapat mengembangkan pengetahuan dan keterampilan agar kualitas pelayanan lebih optimal.

Kualitas pelayanan dibuat selama proses pelayanan. Pelayanan yang berkualitas dari petugas memberi dorongan kepada pelanggan dalam hal ini penderita kusta untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan petugas ataupun Puskesmas sehingga membuat penderita patuh minum obat. Setiap kontak dengan pelanggan dalam hal ini dengan penderita kusta adalah kesempatan untuk memenuhi kepuasan atau ketidakpuasan dari seseorang. Kualitas memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan (Kosasih, A., 2005; Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2012; Emmy, 2003; Wiyono, 1999).

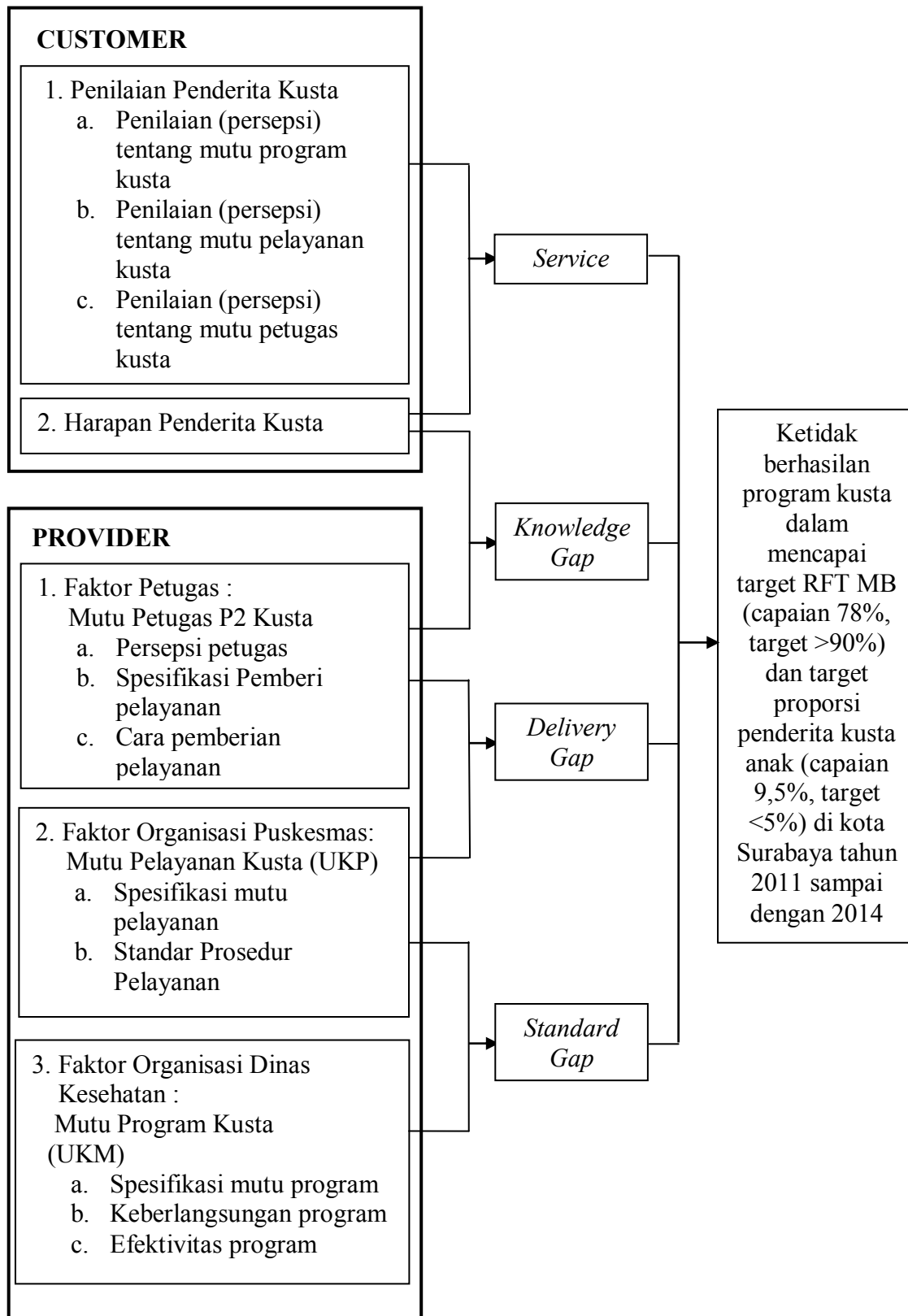
Kepuasan penderita atau ketidakpuasan dengan layanan merupakan perbedaan antara harapan (*expectations*) dan kinerja yang dirasakan (*perceived performance*). Ketika harapan tidak terpenuhi, kualitas layanan dianggap tidak dapat diterima dan ketidakpuasan terjadi. Ketika harapan sudah dikonfirmasi oleh pelayanan yang dirasakan, berarti kualitasnya memuaskan. *Gap analysis* atau analisis kesenjangan adalah perbandingan kinerja aktual dengan kinerja potensial atau yang diinginkan. *Gap analysis* dapat mengidentifikasi kesenjangan yang terjadi antara persepsi petugas kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita kusta sebenarnya (*gap between the customer's expectations and the manajemen perceptions*), yang merupakan satu-satunya *gap* yang langsung berkaitan dengan penderita. *Gap analysis* yang lain bisa terjadi antara harapan penderita kusta dengan kenyataan pelayanan yang diterima. *Gap* ini merupakan muara dari seluruh kesenjangan yang ada pada

konsep kualitas layanan. Melalui analisis terhadap skor *gap* ini, pihak manajemen, dalam hal ini penanggungjawab P2 Kusta Dinas Kesehatan Kota dapat menilai kualitas keseluruhan jasa pelayanan yang diberikan oleh petugas kusta di puskesmas sebagaimana yang dipersepsikan oleh pelanggan (penderita kusta), selain itu dapat mengidentifikasi dimensi kunci dan aspek dalam setiap dimensi pelayanan yang membutuhkan penyempurnaan kualitas (Tjiptono, 2012; Wiyono, 1999).

Masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah ketidakberhasilan program kusta dalam mencapai target RFT MB (capaian 78%, target >90%) dan target proporsi penderita kusta anak (capaian 9,5%, target <5%) di kota Surabaya tahun 2011 sampai dengan tahun 2014.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan pernyataan masalah, selanjutnya disusun kajian masalah penelitian pada gambar 1.2.



Gambar 1.5 Kajian Masalah Penelitian

1.2.1 Faktor *Customer* (Penderita Kusta)

1. Penilaian (persepsi) tentang mutu program kusta

Persepsi merupakan stimulus yang diindera oleh individu, diorganisasikan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti tentang apa yang diindera. Stimulus yang diberikan oleh petugas kusta kepada penderita kusta dapat menunjukkan mutu program kusta. Mulai dari formulir yang harus diisi, pemeriksaan laboratorium, sampai dengan penyediaan obat MDT yang sesuai standart. Bila penderita tidak memahami mutu dari program kusta maka penderita tidak akan terlibat secara aktif saat proses pengobatan dan berakibat terhadap kepatuhan minum obat dan terakhir RFT tidak akan tepenuhi serta proporsi penderita kusta anak akan mengalami peningkatan (Wiyono, 1999; Tjiptono, 2011; Rangkuti, 2013).

2. Penilaian (persepsi) tentang mutu pelayanan kusta

Pelayanan kusta yang bermutu berarti pelayanan yang diberikan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan dan berlaku merata di seluruh unit pelayanan kesehatan. Penderita bisa menerima pengobatan di unit pelayanan kesehatan manapun, tetapi pelayanan yang dirasakan akan sama, memiliki standart dan membuat penderita memahami tentang pentingnya mengikuti prosedur pelayanan yang berlaku. Bila hal ini tidak terjadi maka penderita akan merasa kecewa dan akhirnya membandingkan pelayanan satu dengan lainnya dan bisa berhenti proses pengobatannya, tidak tercapai RFT, angka kejadian kasus kusta pada anak

mengalami peningkatan (Wiyono, 1999; Tjiptono, 2011; Rangkuti, 2013; Ratminto, 2009).

3. Penilaian (persepsi) tentang mutu petugas kusta

Pelayanan kusta yang bermutu bisa dilihat dari kemampuan petugas yang melakukan pelayanan. Bila petugas kompeten dan trampil saat melakukan pelayanan saat pemeriksaan laboratorium, cara pengobatan dan saat memberi informasi kepada penderita, maka penderita akan merasa yakin dan akhirnya patuh minum obat. Kepatuhan akan menunjang tercapainya RFT penderita kusta dan menurunnya proporsi penderita kusta pada anak (Wiyono, 1999; Kosasih A, 2005).

4. Harapan

Harapan atau asa adalah bentuk dasar dari kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan akan didapatkan atau suatu kejadian akan sebuah kebaikan di waktu yang akan datang. Pada umumnya harapan berbentuk abstrak, tidak tampak, namun diyakini bahkan terkadang, dibatin dan dijadikan sugesti agar terwujud. Seseorang yang sedang sakit, akan bertumpu pada seorang petugas kesehatan untuk memenuhi harapan kesembuhan atau pengobatan (Wiyono, 1999; Tjiptono, 2011).

1.2.2 Faktor Petugas (Mutu Petugas P2 Kusta)

1. Persepsi Petugas

Persepsi merupakan stimulus yang diindra oleh individu, diorganisasikan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti tentang apa yang diindra. Penilaian persepsi petugas P2 Kusta terhadap

harapan penderita kusta memberi pengaruh besar saat petugas melakukan spesifikasi mutu pelayanan dan memberi pelayanan kepada penderita. Dan akhirnya memperoleh keberhasilan mencapai tujuan program dan indikator program (Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012)

2. Spesifikasi Pemberi Pelayanan

Spesifikasi petugas adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seorang petugas berupa pengetahuan, keahlian, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawabnya. Kemampuan tersebut sebagai dasar dalam menjalankan semua pekerjaan agar mencapai tujuan organisasi. Tujuan organisasi yang tercapai menggambarkan bahwa kinerjanya baik. Petugas yang tidak memiliki spesifikasi dikhawatirkan membuat program pengobatan kusta tidak berjalan sesuai standar dan mengakibatkan indikator RFT tidak tercapai serta proporsi penderita kusta anak akan mengalami peningkatan (Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012).

3. Cara Pemberian Pelayanan

Kegiatan pemberian pelayanan yang harus diberikan kepada setiap penderita kusta yang datang ke puskesmas. Berupa kegiatan penyuluhan kesehatan, penemuan penderita, pengobatan penderita, pemeriksaan laboratorium, dan pencatatan dan pelaporan. Bila tidak diberi pelayanan sesuai standar maka penderita tidak akan memahami proses selama pengobatan berlangsung dan bisa timbul rasa bosan atau putus obat ditengah jalan dan akhirnya RFT tidak

akan tercapai, kasus kusta anak juga akan mengalami peningkatan (Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012)

1.2.3 Faktor Organisasi Puskesmas (Mutu Pelayanan Kusta (UKP))

1. Spesifikasi Mutu Pelayanan

Spesifikasi mutu pelayanan terhadap penderita kusta merupakan kegiatan pelayanan yang khusus diberikan untuk penderita kusta dan harus diberikan berdasarkan standar operasional dan prosedur (SOP) yang telah ditetapkan. Mulai dari cara petugas menemukan penderita, menegakkan diagnosa, melakukan pengobatan dan pengendalian obat, pencegahan cacat dan perawatan diri, harus dilakukan dengan SOP khusus. Spesifikasi pelayanan ini berlaku sama dan merata diseluruh unit pelayanan kesehatan. Bila pelayanan tidak dilakukan sesuai spesifikasinya maka RFT tidak akan tercapai dan meningkatkan kejadian *default* serta kecacatan dan kejadian kasus kusta pada anak (Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012)

2. Standar Prosedur Pelayanan

Standar prosedur pelayanan merupakan prosedur atau urutan kegiatan pelayanan yang harus diberikan kepada setiap penderita kusta yang datang ke puskesmas. Berupa kegiatan penyuluhan kesehatan, penemuan penderita, pengobatan penderita, pemeriksaan laboratorium, dan pencatatan dan pelaporan (Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012)

1.2.4 Faktor Organisasi Dinas Kesehatan (Mutu Program Kusta (UKM))

Ada beberapa hal yang kemungkinan menjadi penyebab tidak tercapainya target RFT MB dan rendahnya capaian angka proporsi penderita kusta pada anak yaitu:

1. Spesifikasi Mutu Program

Spesifikasi mutu dan pelayanan terhadap pemberian pelayanan kepada pelanggan. Standar pelayanan yang ditetapkan melalui SOP dan harus diterapkan oleh petugas yang mempunyai kemampuan serta ketrampilan dan bertanggungjawab dalam memberi pelayanan kepada penderita. Kesenjangan ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia untuk memenuhi standar mutu pelayanan. Bila SOP tidak dijalankan maka standar mutu pelayanan tidak akan terjamin dan berakibat pada pencapaian target program kusta (Kosasih A, 2005; Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012).

2. Keberlangsungan Program

Sebuah kegiatan pemberantasan dan pengendalian penyakit kusta mempunyai tujuan jangka panjang dan jangka pendek dan bahwa program pelayanan terhadap penderita kusta memiliki jaminan akan berlangsung sampai kapanpun dan tidak terhenti karena petugas yang berpindah atau karena hal lainnya. Pelaksanaan program kusta diintegrasikan kedalam kegiatan rutin di unit layanan kesehatan atau puskesmas. Sebagai konsekuensi integrasi, kegiatan dalam program P2 Kusta harus dilakukan oleh petugas disemua pelayanan kesehatan umum. Apabila program terhenti atau petugas pindah maka pelayanan kusta tidak akan berlangsung dan mempengaruhi pencapaian

indikator program P2 Kusta (Kosasih A, 2005; Wiyono, 1999; Tjiptono Chandra, 2011; Tjiptono, 2012).

3. Efektivitas Program

Sebuah kegiatan pengendalian penyakit kusta mempunyai tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka panjangnya adalah: menurunkan angka prevalensi penyakit kusta di Indonesia menjadi 0,3 perseribu penduduk pada tahun 2000 agar mengurangi masalah kesehatan masyarakat. Sementara tujuan jangka pendeknya adalah: menemukan penderita kusta stadium penyakit sedini mungkin, mencegah penularan penyakit melalui pengobatan teratur, dalam rangka menyembuhkan penderita dengan memutuskan mata rantai penularan, mencegah timbulnya cacat dengan berobat teratur pada penderita kusta, menghilangkan secara bertahap rasa takut kusta diantara masyarakat, dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan untuk melaksanakan kegiatan penanggulangan penyakit kusta. Program dikatakan efektif apabila dapat mencapai tujuan jangka pendek dan jangka panjang tersebut di atas dengan biaya dan waktu yang memang sudah ditentukan oleh program tersebut (Kosasih A, 2005; Wiyono, 1999; Tjiptono, 2012).

1.3 Batasan Masalah

Banyak penelitian tentang program pengendalian dan pemberantasan kusta yang mengkaji penelitian tentang tidak tercapainya indikator program dari area penderita atau petugasnya. Dalam penelitian ini akan dilakukan kajian atau

analisis terhadap kemungkinan terjadinya *gap* antara penderita dan petugas yang menggunakan konsep Service Quality (Servqual) Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988).

Penelitian hanya difokuskan pada *gap* 1 yaitu kesenjangan antara persepsi petugas mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita yang sebenarnya dan *gap* 5 yaitu kesenjangan antara harapan penderita kusta dengan kenyataan pelayanan yang diterimanya. Penelitian hanya difokuskan pada *gap* 1 dan *gap* 5 karena penelitian ini menggunakan pendekatan yang berbasis pengguna selain itu karena kedua *gap* tersebut yang terpenting dan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan.

Gap yang terjadi dalam suatu kegiatan pelayanan terbagi menjadi dua bagian yaitu *gap* pada pihak penyedia jasa, dalam hal ini adalah pemberi pelayanan kusta dan *gap* pada pihak pengguna jasa atau konsumen dalam hal ini penderita kusta. *Gap* pada pihak pemberi pelayanan kusta yaitu *gap* 1, *gap* 2, *gap* 3 dan *gap* 4. *Gap* 1 merupakan dasar dari *gap-gap* lain di pihak pemberi pelayanan, selain itu *gap* 1 adalah satu-satunya *gap* yang langsung berkaitan dan berorientasikan kepada harapan penderita kusta. *Gap* pada pihak penderita kusta yaitu *gap* 5 mengenai harapan penderita kusta dan pelayanan yang diterimanya. *Gap* 5 merupakan muara dari keseluruhan *gap* yang ada.

1.4 Rumusan Masalah

1. Bagaimana persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta?
2. Bagaimana harapan penderita terhadap terhadap pelayanan kusta?
3. Bagaimana penilaian penderita terhadap pelayanan kusta?
4. Bagaimana kesenjangan (*Gap 1*) antara persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita yang sebenarnya?
5. Seberapa besar tingkat kesenjangan (*Gap 1*) antara persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita yang sebenarnya?
6. Bagaimana kesenjangan (*Gap 5*) antara harapan penderita terhadap pelayanan kusta dengan penilaian penderita kusta terhadap layanan yang diberikan?
7. Seberapa besar tingkat kesenjangan (*Gap 5*) antara harapan penderita terhadap pelayanan kusta dengan penilaian penderita kusta terhadap layanan yang diberikan?
8. Rekomendasi apa yang diberikan berdasarkan analisis kesenjangan pada *Gap 1* dan *Gap 5 (Servqual)* agar dapat mencapai target RFT MB dan target proporsi penderita kusta anak di kota Surabaya?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menyusun rekomendasi upaya peningkatan capaian target RFT MB dan target proporsi penderita kusta anak berdasarkan analisis kesenjangan pada *Gap 1* dan *Gap 5 (Servqual)* di Kota Surabaya.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta.
2. Menganalisis harapan (*expected services*) penderita terhadap pelayanan kusta.
3. Menganalisis penilaian (*perceived services*) penderita terhadap pelayanan kusta.
4. Menganalisis kesenjangan (*Gap 1*) antara persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita yang sebenarnya.
5. Menganalisis perbedaan tingkat kesenjangan (*Gap 1*) antara persepsi petugas P2 Kusta mengenai pelayanan yang diharapkan penderita kusta dengan harapan penderita yang sebenarnya
6. Menganalisis kesenjangan (*Gap 5*) antara harapan penderita terhadap pelayanan kusta dengan penilaian penderita kusta terhadap layanan yang diberikan.

7. Menganalisis perbedaan tingkat kesenjangan (*Gap 5*) antara harapan penderita terhadap pelayanan kusta dengan penilaian penderita kusta terhadap layanan yang diberikan
8. Menyusun rekomendasi berdasarkan analisis kesenjangan pada *Gap 1* dan *Gap 5 (Servqual)* agar dapat mencapai target RFT MB dan target proporsi penderita kusta anak di Kota Surabaya.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat terutama bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, puskesmas, masyarakat serta peneliti.

1.6.1. Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, khususnya bidang P2 Kusta untuk mengambil kebijakan dalam menjalankan program pengendalian penyakit kusta di kota Surabaya, khususnya dalam meningkatkan angka cakupan RFT MB dan menurunkan angka cakupan proporsi penderita kusta pada anak.

1.6.2. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk meningkatkan kinerja petugas yang pada akhirnya dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

1.6.3. Manfaat bagi peneliti

Dengan mengadakan penelitian ini, diharapkan peneliti dapat mengaplikasikan teori yang diperoleh selama proses belajar mengajar

khususnya di program Analisis Kebijakan Kesehatan secara nyata dan bermanfaat.