EVALUASI PROGRAM PENGENDALIANPENYAKIT KUSTA DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS JATIBARANG KABUPATEN BREBES

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Fatikhatur Rokhmah
NIM 6411415032

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Juli 2020

ABSTRAK

Fatikhatur Rokhmah
Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes
XVI + 167 halaman + 15 tabel + 4 gambar + 11 lampiran

Jumlah kasus baru kusta di Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes pada tahun 2015 hingga 2018 mengalami peningkatan. Penelitian bertujuan untuk mengetahui dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Informan penelitian berjumlah 7 orang yang dipilih dengan teknik *purpossive sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Data dianalisis secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan keterbatasan pada sumber daya dapat berpengaruh pada beban kerja yang diterima oleh pelaksana menjadi bertambah, ketersediaan SOP belum ada, karena SOP dijadikan satu dengan penatalaksanaan pasien kusta. Kegiatan *rapid village survey* masih belum berjalan secara rutin setiap tahun. Intensifikasi pemeriksaan kontak serumah dan lingkungan, serta kegiatan penyuluhan masih belum berjalan dengan baik, dikarenakan intensifikasi pemeriksaan kontak belum dilakukan merata untuk semua pasien kusta. Masih terdapat indikator yang belum berhasil, diantaranya indikator angka penderita kusta terdaftar (*prevalence rate* = PR); angka penemuan penderita kusta baru (*case detection rate = CDR*); proporsi penderita kusta baru dengan cacat tingkat 2; angka cacat tingkat 2 (*Grade 2 Disability Rate).*

Saran dari penelitian ini yaitu memberikan penghargaanbagi petugas yang bekerja dengan baikdan sebaliknya memberikan sanksi bagi yang melanggarnya, sehingga menjadi perhatian bagi pelaksana program.

Kata Kunci: Kusta, Evaluasi, Program
Kepustakaan:44 (2000-2020)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Universitas Negeri Semarang
Juli 2020

ABSTRACT

Fatikhatur Rokhmah

Evaluation of Leprosy Control Program at the Area of Jatibarang Primary Healthcare Center of Brebes Regency

XVI + 167 pages + 15 tables + 4 images + 11appendices

The number of new cases of leprosy in Jatibarang Primary Health Care Brebes Regency in 2015 to 2018 has increased. The research aimed to determine and evaluate the implementation of leprosy control programs in Jatibarang Public Health Center working area Brebes Regency.

The type of this researchwas a qualitative research with a case study design.The research informants numbered 7 people selected by purposive sampling technique. The instrument used in this research was interview guidelines. The data collection techniques used interview and observation. The data were analyzed descriptively.

The results shows the limitations on resources can affect the workload received by implementers increasing, the availability of SOPs doesn't yet exist, because SOPs are integrated with the management of leprosy patients. The rapid village survey activities are still not running regularly every year. The intensification of household and environmental contactexaminations, as well as counseling activities are still not going well, because the intensification of contact examinations has not been done evenly for all leprosy patients. There are still unsuccessful indicators, including the number of registered leprosy patients (prevalence rate = PR); number of new leprosy patients findings (case detection rate = CDR); the proportion of new leprosy patients with grade 2 disability; grade 2 disability rate (Grade 2 Disability Rate).

The advice of this research is to give rewards for the officers who work well and give sanctions for those who doing violate, so that it becomes a concern for program implementers.

Keywords: Leprosy, Evaluation, Program
Literatures:44 (2000-2020)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 15 Juli 2020

Penulis,

Fatikhatur Rokhmah

NIM 6411415032

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes" yang disusun oleh Fatikhatur Rokhmah, NIM 6411415032 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 26 Agustus 2020

tempat : Ujian Daring

Panitia Ujian

Ketua	Sekretaris,
Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd. NIP 196103201984032001	Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid) NIP 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	Drs. Bambang Wahyono, M.Kes. NIP 196006101987031002	10 September 2020
Penguji II	Nur Siyam, S.K.M., M.P.H. NIP 198705222015042001	16 September 2020
Penguji III	Galuh Nita Prameswari, S.K.M., M.Si. NIP 198006132008122002	21 September 2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

1. “Allah tidak membebani seseorang itu melainkan sesuai dengan kesanggupannya” (QS. Al-Baqarah: 286).
2. “Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan” (QS. Al-Insyirah: 5).
3. Harta tanpa agama adalah sebuah kebutaan.
4. “Jika kalian bersyukur maka akan Aku tambahkan nikmat-Ku untuk kalian” (QS. Ibrahim: 7).
5. “Berdoalah untuk-Ku pasti Aku kabulkan untuk kalian” (QS. Ghafir: 60).

PERSEMBAHAN:

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orangtua tercinta yang telah membesarkan, mendidik dengan penuh kasih dan keikhlasan, yang tiada henti-hentinya memanjatkan doa untuk kebahagiaan, keberhasilan dan kesuksesan anak kandungnya, Bapak Mas’udi dan Ibu Siti Adibah Solikhah.
2. Adik kandungku, Muhammad Faisal Aulia Rakhman, yang telah memberikan dukungan dan doa.
3. Tempat menuntut berbagail ilmu, Almamater UNNES.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes". Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk mengerjakan skripsi pada Strata-1 (S1) pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan penyelesaian skripsi ini, menyampaikan rasa terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes. atas izin penelitian
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes (Epid).
4. Dosen pembimbing skripsi sekaligus pendamping akademik, Ibu Galuh Nita Prameswari, S.K.M., M.Si. atas bimbingan, arahan, bekal ilmu serta motivasi dalam penyusunanskripsi ini.
5. Penguji Skripsi, Bapak Drs. Bambang Wahyono, M.Kes. dan Ibu Nur Siyam, S.K.M., M.P.H. atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini

6. Bapak dan Ibu dosen serta staf Jurusan Ilmu Kesehatan MasyarakatFakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, bimbingan dan bantuan.
7. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bapak Sungatno dan Bapak Wibowo serta seluruh staf TU Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perizinan penelitian.
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes yang telah memberikan izin pengambilan data dan izin penelitian.
9. Kepala Bidang P3 Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, Bapak Imam Budi S, S.ST., M.H.Kes atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
10. Kepala Puskesmas Jatibarang, Bapak dr. Apriono Edy Prihanto atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
11. Staf Puskesmas Jatibarang, yang telah membantu dalam pengambilan data dan informasi.
12. Seluruh informan yang bersedia berpartisipasi dan bersedia memberikan informasi yang mendukung hasil penelitian ini.
13. Bapak dan Ibu tercinta (Bapak Mas'udi dan Ibu Siti Adibah Solikhah), serta adikku Muhammad Faisal Aulia Rakhman atas semangat dan kasih sayangnya, serta yang tiada henti-hentinya memanjatkan doa untuk kebahagiaan, keberhasilan, dan kesuksesan penulis.
14. Sahabatku, Rizka Wigati, S.Kep., Hening Rokhmatun Safitri, S.Farm., dan Rahmailla Khanza D.F., S.Ked atas dukungan, doa, dan semangat yang kalian berikan.

15. Teman-teman mahasiswa IKM 2015 atas kebersamaan dan semangat selama menuntut ilmu.
16. Dan semua pihak yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semarang, Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
ABSTRAK ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iii**
MOTTO DAN PERSEMBAHAN ..... **vi**
PRAKATA ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **x**
DAFTAR TABEL ..... **xiv**
DAFTAR GAMBAR ..... **xv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xvi**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum 5
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus 6
1.3 Tujuan Penelitian 6
1.4 Manfaat 7
1.5 Keaslian Penelitian 7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian 11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **12**
2.1 Landasan Teori 12
2.1.1 Penyakit Kusta 12
2.1.1.1 Definisi Penyakit Kusta 12
2.1.1.2 Epidemiologi Penyakit Kusta 13
2.1.1.3 Etiologi Penyakit Kusta 15
2.1.1.4 Patogenesis Penyakit Kusta 16
2.1.1.5 Gejala Klinis Penyakit Kusta 18
2.1.2 Program Pengendalian Penyakit Kusta 18

2.1.2.1 Sejarah Program Pengendalian Penyakit Kusta 18
2.1.2.2 Kegiatan Program Pengendalian Penyakit Kusta..... 19
2.1.2.2.1 Rapid Village Survey..... 19
2.1.2.2.2 Intensifikasi Pemeriksaan Kontak Serumah dan Lingkungan 20
2.1.2.2.3 Penyuluhan..... 20
2.1.2.2.4 Pelatihan Petugas Puskesmas..... 24
2.1.2.2.5 Pencatatan..... 25
2.1.2.2.6 Pelaporan..... 26
2.1.2.2.7 Pengelolaan Logistik MDT 27
2.2 Kerangka Teori..... 30
BAB III METODE PENELITIAN 32
3.1 Alur Pikir..... 32
3.2 Fokus Penelitian..... 32
3.3 Jenis Dan Rancangan Penelitian 37
3.4 Sumber Informasi..... 38
3.5 Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data 39
3.6 Prosedur Penelitian..... 39
3.6.1 Tahap Pra Penelitian 39
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian..... 39
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian..... 40
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data 41
3.8 Teknik Analisis Data..... 42
3.8.1. Pengumpulan Data 42
3.8.2. Menelaah Data 42
3.8.3. Reduksi Data 42
3.8.4. Penyajian Data 43
3.8.5. Pengambilan Keputusan..... 43
BAB IV HASIL PENELITIAN..... 44
4.1 Gambaran Umum..... 44
4.1.1 Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang..... 44
4.1.2 Karakteristik Informan Utama 45

4.1.3 Karakteristik Informan Triangulasi 46
4.2 Hasil Penelitian 46
4.2.1 Hasil Pelaksanaan Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes 47
4.2.2 Deskripsi Aspek *Input* 48
4.2.2.1 Sumber Daya 48
4.2.2.1.1 Staf 49
4.2.2.1.2 Fasilitas 51
4.2.2.1.3 Dana 52
4.2.2.2 Struktur Organisasi 53
4.2.2.3 Standar Operasional Prosedur (SOP) 57
4.2.2 Deskripsi Aspek Proses 58
4.2.2.1 Komunikasi 58
4.2.2.1.1 Transmisi 58
4.2.2.1.2 Kejelasan 62
4.2.2.1.3 Konsistensi 64
4.2.2.2 *Rapid Village Survey* (RVS) 65
4.2.2.3 Intensifikasi Pemeriksaan Kontak Serumah dan Lingkungan 68
4.2.2.4 Penyuluhan 70
4.2.2.5 Pelatihan Petugas Puskesmas 71
4.2.2.6 Pencatatan 72
4.2.2.7 Pelaporan 76
4.2.2.8 Pengelolaan Logistik MDT (*Multi Drug Therapy)* 79
4.2.3 Deskripsi Aspek *Output* 80
4.2.3.1 Kasus Kusta 80
BAB V PEMBAHASAN 86
5.1 PEMBAHASAN 86
5.1.1 Aspek *Input* 86
5.1.1.1 Sumber Daya 86
5.1.1.1.1 Staf 87
5.1.1.1.2 Fasilitas 88

5.1.1.1.3 Dana 89
5.1.1.2 Struktur Organisasi 90
5.1.1.3 Standar Operasional Prosedur (SOP) 91
5.1.2 Aspek Proses 92
5.1.2.1 Komunikasi 92
5.1.2.1.1 Transmisi 92
5.1.2.1.2 Kejelasan 92
5.1.2.1.3 Konsistensi 93
5.1.2.2 *Rapid Village Survey* (RVS) 93
5.1.2.4 Penyuluhan 95
5.1.2.6 Pencatatan 97
5.1.2.7 Pelaporan 98
5.1.2.8 Pengelolaan Logistik MDT (*Multi Drug Therapy)* 98
5.1.3 Aspek *Output* 99
5.1.3.1 Kasus Kusta 99
5.2 Hambatan Dan Kelemahan Penelitian 101
5.2.1 Hambatan Penelitian 101
5.2.2 Kelemahan Penelitian 102
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 103
6.1 Simpulan 103
6.2 Saran 104
6.2.1 Bagi Masyarakat 104
6.2.3 Bagi Dinas Kesehatan 105
6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya 105
DAFTAR PUSTAKA 106
LAMPIRAN 110

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian 7

Tabel 3. 1 Fokus Penelitian 33

Tabel 4. 1 Karakteristik Informan Utama 45

Tabel 4. 2 Karakteristik Informan Triangulasi 46

Tabel 4. 3 Simpulan Sumber Daya 53

Tabel 4. 4 Simpulan Struktur Organisasi 57

Tabel 4. 5 Simpulan Standar Operasional Prosedur (SOP) 58

Tabel 4. 6 Simpulan Komunikasi 65

Tabel 4. 7 Simpulan Rapid Village Survey (RVS) 68

Tabel 4. 8 Simpulan Intensifikasi Pemeriksaan Kontak Serumah dan Lingkungan 70

Tabel 4. 9 Simpulan Penyuluhan 71

Tabel 4. 10 Simpulan Pelatihan Petugas Puskesmas 72

Tabel 4. 11 Simpulan Pencatatan 75

Tabel 4. 12 Simpulan Pelaporan 78

Tabel 4. 13 Simpulan Pengelolaan Logistik MDT (Multi Drug Therapy) 80

Tabel 4. 14 Simpulan Kasus Kusta 81

Tabel 4. 15 Kesesuaian Hasil Penelitian dengan Pedoman yang Digunakan 81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kusta di Indonesia 15
Gambar 2. 2 Proses Pengelolaan Obat untuk Program Pengendalian Kusta 28
Gambar 2. 3 Kerangka Teori..... 31
Gambar 3. 1 Alur Pikir.....32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... 112
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan, UNNES 113
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Brebes 115
Lampiran 4. Salinan *Ethical Clearance* 116
Lampiran 5. Surat/Bukti Sudah Melaksanakan Penelitian..... 117
Lampiran 6. Lembar Kesediaan Menjadi Informan 118
Lampiran 7. Lembar Observasi Penelitian..... 119
Lampiran 8. Instrumen Penelitian 120
Lampiran 9. Transkip Hasil Wawancara (Informan Utama) 141
Lampiran 10. Transkip Wawancara (Informan Triangulasi) 154
Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian 166

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Penyakit kusta atau lepra merupakan penyakit infeksi kronis yangdisebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* dan utamanya mempengaruhi kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernafasan atas dan mata. Bakteri lepra mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu, daya tahan hidup di luar tubuh manusia mencapai 9 hari, dan memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan bisa lebih dari 5 tahun. Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata(Kementerian Kesehatan RI, 2019b).

Lepra 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 nasional. Penyakit ini pada umumnya terdapat di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara tersebut dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Kusta yangtidak memperoleh penanganan secara tepatdan tidak terdeteksi akan secara progresifmenyerang kulit, saraf anggota gerak danmata yang selanjutnya akan menimbulkankecacatan (Laili, 2016). Pendapat yang keliru dari masyarakat tentang penyakit kusta serta rasa takut yang berlebihan akan

memperbesar persoalan sosial ekonomi penderita kusta. Pada zaman dahulu penderita kusta harus diasingkan dari pergaulan ke tempat terpencil. Penyakit ini sering disebut juga penyakit kutukan Tuhan (Widoyono, 2008).

Epidemiologi penyakit kusta masih belum terpecahkan, cara penularan belum diketahui pasti hanya berdasarkan anggapan klasik yaitu melalui kontak langsung antar kulit yang lama dan erat. Anggapan kedua ialah secara inhalasi sebab *M. leprae* masih dapat hidup beberapa hari dalam *droplet.* Penyebaran penyakit kusta dari suatu tempat ke tempat lain tersebar di seluruh dunia, tampaknya disebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut Masuknya kusta ke pulau-pulau Melanesia termasuk Indonesia diperkirakan terbawa oleh orang-orang Cina(Wisnu, 2015).

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan adalah patogenesis kuman penyebab, cara penularan, keadaan sosial ekonomi dan lingkungan, varian genetik yang berhubungan dengan kerentanan, perubahan imunitas, dan kemungkinan adanya *reservoir* di luar manusia. Penyakit kusta masa kini berbeda dengan kusta masa dulu, tetapi meskipun demikian masih banyak hal-hal yang belum jelas diketahui, sehingga masih merupakan tantangan yang luas bagi para ilmuwan untuk pemecahannya (Djuanda, 2015).

Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat, dan air susu ibu, jarang didapat di urin. Sputus dapat banyak mengandung *M. leprae* yang berasal dari taktus respiratorius atas. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama. Kusta dapat menyerang semua umur, kelompok umur anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa. Di

Indonesia penderita anak-anak di bawah umur 14 tahun didapatkan ± 13 %, tetapi anak di bawah umur 1 tahun jarang sekali. Saat ini usaha pencatatan penderita di bawah 1 tahun penting dilakukan untuk dicari kemungkinan ada tidaknya kusta congenital. Frekuensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 25-35 tahun (Djuanda, 2015).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia di Negara Indonesia pada tahun 2015 dilaporkan 17.202 kasus baru kusta atau dengan prevalensi 6,73 per 100.000 penduduk, kemudian di tahun 2016 menurun menjadi 16.826 kasus baru kusta atau dengan prevalensi 6,5 per 100.000 penduduk, dan tahun 2017 menurun kembali menjadi 15.910 kasus baru kusta atau dengan prevalensi 6,1 per 100.000 penduduk(Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sampai dengan 2017 secara nasional menduduki peringkat ke-3, yakni pada tahun 2015 ditemukan 1.150 kasus baru kusta, tahun 2016 ditemukan 1.042 kasus baru kusta, lalu pada tahun 2017 ditemukan 1.103 kasus baru kusta, dan pada tahun 2018 ditemukan 1.445 kasus baru kusta (Kementerian Kesehatan RI, 2019b).

Kabupaten Brebes merupakan kabupaten dengan jumlah kasus baru kusta tertinggi se Jawa Tengah pada tahun 2015 sampai dengan 2018. Pada tahun 2015 jumlah kasus baru penderita kusta sebanyak 271 kasus, pada tahun 2016 meningkat menjadi 279 kasus baru penderita kusta, kemudian pada tahun 2017 bertambah 3 kasus, menjadi 282 kasus baru penderita kusta, dan pada tahun 2018 jumlah kasus baru kusta sebanyak 422. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019). Kemudian berdasarkan jumlah kasus tercatat dalam empat tahun berturut-

turut terdapat 315 kasus pada tahun 2015, di tahun 2016 terdapat 434 kasus tercatat, tahun 2017 terdapat 368 kasus tercatat, dan di tahun 2018 terdapat 376 kasus tercatat (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan melalui wawancara terhadap penanggungjawab program pengendalian penyakit kusta diperoleh informasi bahwa pernah terdapat kekurangan *stock logistic* obat MDT, kader sudah banyak yang dilatih namun dalam pelaksanaanya kurang maksimal, lalu kegiatan *rapid village survey* dilakukan tanpa ada jadwal rutin,jumlah SDM kesehatan tidak seimbang dengan beban kerja.

Puskesmas Jatibarang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah Kecamatan Jatibarang. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Brebes, selama empat tahun berturut-turut,kasus baru kusta di Puskesmas Jatibarang terus mengalami peningkatan dari 8 kasus baru pada tahun 2015 (prevalensi 1,39 per 10.000 penduduk, > target 1 per 10.000 penduduk) dengan 2 kasus diantaranya dikategorikan cacat tingkat II; 9 kasus pada tahun 2016 (prevalensi 1,56 per 10.000 penduduk); 10 kasus baru kusta di tahun 2017 (prevalensi 1,73 per 10.000 penduduk, > target 1 per 10.000 penduduk)dengan 3 kasus diantaranya dikategorikan cacat tingkat II, dan 27 kasus baru pada tahun 2018(prevalensi 4,68 per 10.000 penduduk, , > target 1 per 10.000 penduduk) dengan 2 kasus diantaranya dikategorikan cacat tingkat II (Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, 2019). Berdasarkan data dari Puskesmas Jatibarang, persentase

RFT *rate*tahun 2018 sebesar 70,3% untuk kusta jenis MB, dan tahun 2019 persentase RFT *rate*tahun 2019 sebesar 75,60%.

Berdasarkan data di atasPuskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes belum memenuhi target nasional program penanggulangan kusta (target nasional program penanggulangan kusta adalah angka penderita kusta terdaftar < 1 per 10.000 penduduk).Suatu keberhasilan program kesehatan sangat tergantung komponen *input* (sumber daya, struktur organisasi, dan SOP), proses (komunikasi,*rapid village survey*, intensifikasi pemeriksaan kontak serumah dan lingkungan, penyuluhan, pelatihan petugas puskesmas, pencatatan, pelaporan, pengelolaan logistik MDT) dan *output*(penurunan kasus kusta).

Menurut beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait dengan Evaluasi program pengendalian penyakit kusta di beberapa wilayah di Indonesia, masih banyak ditemukan ketidaksesuaian dalam pelaksanaannya. Hal ini mendorong peneliti untuk melakukan kajian dan penelitian tentang “Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta diWilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut:

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Bagaimana evaluasi program pengendalian penyakit kusta di Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1.2.2.1 Bagaimana komponen *input* pada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes?

1.2.2.2 Bagaimana komponen prosespada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes?

1.2.2.3 Bagaimana komponen *output* pada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengevaluasi komponen *input* pada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

1.3.2.2 Untuk mengevaluasi komponen prosespada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

1.3.2.3 Untuk mengevaluasikomponen *output* pada implementasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan yang lebih mendalam mengenai pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Memperoleh informasi atau gambaran mengenai pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta dan diharapkan dapat mendukung pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta.

1.4.3 Bagi Puskesmas Jatibarang

Sebagai bahan masukan dan gambaran mengenai pelaksanaan pelaksanaan program pengendalian penyakit kusta serta diharapkan dapat membantu mengatasi faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan program tersebut.

1.4.4 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dapat dijadikan referensi tambahan untuk kepentingan perkuliahan jurusan kesehatan masyarakat khususnya Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Abd. Rahman,	Evaluasi	Kualitatif	SDM, dana	Dari aspek

	Hasanah, Nur Suci Dwi Wulan (Rahman, 2016)	Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Lompentodea Kecamatan Parigi Barat Kabupaten Parigi Moutong	dengan pendekatan content analysis	fasilitas, pelaksanaan program, monitoring dan evaluasi	*input* yakni program bisa berjalan dengan baik meskipun adanya keterbatasan SDM, dana dan fasilitas,prosesdalam pelaksanaan program sudah sesuai dengan SOP yang sudah di tentukan oleh Dinas Kesehatan, *output* pada monitoring dan evaluasi pelaksaan program sudah berjalan baik dengan pelaporan yang dilakukan tiga bulan sekali.
2.	Askari, A. Julia Junus, A. Tulleng (Junus, 2016)	Evaluasi Tentang Keberhasilan Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Puskesmas	Kualitatif deskriptif	SDM, sarana prasarana, dana	Hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi dari segi input dengan

		Watampone Kecamatan Tanete Riattang Barat Kabupaten Bone			tenaga satu orang dan sarana penunjang dalam pemeriksaan dan pengobatan penderita tersedia, namun kendaraan operasional kusta tidak ada serta dana untuk pelaksanaan kegiatan penanggulangan kusta belum mencukupi.
3.	Muhammad Kamal, Santi Martini (Kamal , 2015)	Kurangnya Konseling dan Penemuan Kasus Secara Aktif Mempengaruhi Kejadian Kecacatan Kusta Tingkat II di Kabupaten Sampang	Observasional analitik dengan desain *case control*	Metode penemuan kasus secara pasif, waktu diagnosis, POD, konseling	Metode penemuan kasus secara pasif (OR = 7,334; CI 95%: 1,643–32,739), waktu diagnosis yang sangat terlambat (OR = 15,267; 95% CI: 1,447 to 161,071), kurangnya POD (OR = 7,016; 95%

					CI: 1,574–31,274) dan kurangnya konseling (OR=9,154; CI 95%: 1,786–46,906) mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II.
4.	Devi Ayu Susilowati (Susilowati, 2014)	Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.	Analitik (*explanatory research*) dengan rancangan *cross sectional*	Umur, jenis kelamin, pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, tingkat pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat.	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan wilayah kerja Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Wanasari dan Puskesmas Sitanggal, terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat,

		dan tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, jam kerja, dan tingkat kecacatan dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD.

Hal yang membedakan penelitian ini dari penelitian sebelumnya yaitu terletak pada tempat, waktu dan fokus penelitian. Tempat dan waktu penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya.

Fokus penelitian dalam penelitian ini yaitu mengenai penerapan program pengendalian penyakit kusta yang meliputi komponen *input* (sumber daya, struktur organisasi, dan SOP), proses (komunikasi,*rapid village survey*, intensifikasi pemeriksaan kontak serumah dan lingkungan, penyuluhan, pelatihan petugas puskesmas, pencatatan, pelaporan, pengelolaan logistik MDT), dan *output*(penurunan kasus kusta).

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Lingkup tempat yang digunakan dalam penelitian ini adalah di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan November tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Lingkup penelitian ini termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya tentang evaluasi pelaksanaan pengendalian penyakit kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Penyakit Kusta

2.1.1.1 Definisi Penyakit Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang masih termasuk masalah yang sangat kompleks. Masalah yang ada bukan saja dari segi medisnya tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, serta keamanan dan ketahanan nasional. Penyakit kusta juga merupakan salah satu manifestasi kemiskinan karena kenyataannya sebagian besar penderita kusta berasal dari golongan ekonomi lemah. Penyakit kusta bila tidak ditangani dengan cermat dapat menyebabkan cacat, dan keadaan ini menjadi penghalang bagi pasien kusta dalam menjalani kehidupan bermasyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonominya(Widoyono, 2008).

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit mukosa (mulut) saluran pernapasan bagian atas sistem retikulo endothelial, mata, otot, tulang, dan testis. Bila penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dalam tubuh penderita akan tumbuh dan berkembang lebih banyak sehingga merusak saraf penderita yang pada akhirnya dapat menimbulkan kecacatan (Masriadi, 2017).

Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraselular obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Wisnu, 2015).

2.1.1.2 Epidemiologi Penyakit Kusta

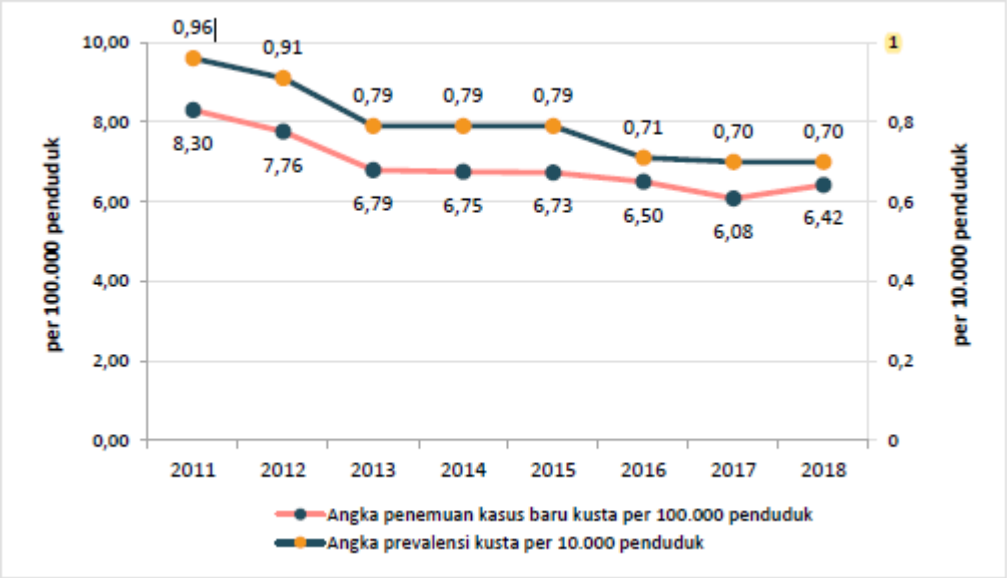
Penyakit kusta tersebar di seluruh dunia dengan konsentrasi terutama di negara-negara berkembang yang hygiene dan sanitasinya kurang baik. Pada tahun 2002 dilaporkan terdapat 620.000 penderita kusta di dunia, dimana 90% terdapat di Brasil, India, Nepal, dan beberapa negara di Afrika, dengan angka prevalensi 5-15 per 10.000 penduduk. Di Amerika Serikat penyakit ini masih ditemukan di California, Florida, dan New York yang sebagian besar berasal dari imigran dan pengungsi yang tertular dari negara asal mereka (Widoyono, 2008).

Penyakit kusta dapat menyerang semua orang. Laki-laki lebih banyak terkena dibandingkan dengan wanita, dengan perbandingan 2:1, walaupun ada beberapa daerah yang menunjukkan penderita wanita lebih banyak. Penyakit ini dapat mengenai semua umur. Namun demikian, jaran dijumpai pada umur yang sangat muda. Pernah dijumpai penderita kasus tuberkuloid pada usia dua setengah bulan. Serangan untuk pertama kalinya pada usia di atas 70 tahun sangat jarang, walaupun pernah didapatkan di Pulau Nauru, pada keadaan epidemi, penyebaran hampir sama pada semua umur. Di Brasilia terdapat peninggian prevalensi pada usia muda, sedangkan pada penduduk imigran prevalensi meningkat di usia lanjut(Harahap, 2000).

Epidemiologi penyakit kusta sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Penyakit kusta tersebar di seluruh dunia terutama daerah tropis dan subtropis, dapat menyerang semua umur. Frekuensi tertinggi pada kelompok umur antara 30-50 tahun dan lebih sering menyerang laki-laki daripada wanita. Berdasarkan data WHO tahun 2002 menjelaskan bahwa diantara 122 negara yang endemik pada tahun 1985 dijumpai 107 negara telah mencapai target eliminasi kusta di bawah 1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000, lalu berdasarkan data WHO tahun 2006 mencatat bahwa masih ada 15 negara yang melaporkan 1.000 atau lebih penderita baru selama tahun 2006. Lima belas negara ini mempunyai kontribusi 94% dari seluruh penderita baru di dunia (Masriadi, 2017).

Prevalensi penyakit kusta di Indonesia menempati urutan ketiga setelah India, dan Brazil. Penderita kusta di Indonesia terdapat hampir pada seluruh provinsi dengan pola penyebaran yang tidak merata. Meskipun pada pertengahan tahun 2000, Indonesia secara nasional sudah mencapai eliminasi kusta namun pada tahun 2002 sampai dengan tahun 2006 terjadi peningkatan penderita kusta baru. Jumlah penderita baru kusta pada tahun 2006 di Indonesia sebanyak 17.921 orang tahun 2007 sebanyak 17.755 kasus baru (7,8 per 100.000 penduduk), tahun 2008 sebanyak 17.557 kasus baru (7,60 per 100.000 penduduk). Insidensi kusta di Indonesia tahun 2009 tercatat 17.260 kasus (7,49 per 100.000), dan jumlah kasus terdaftar sebanyak 21.026 orang dengan angka prevalensi 0,91 per 10.000 penduduk, jumlah kasus baru kusta tahun 2010 tercatat 17.012 dengan angka prevalensi 7,22 per 100.000 penduduk (Masriadi, 2017). Kemudian berdasarkan data Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2014dilaporkan 17.025 kasus baru kusta (6,75 per 100.000 penduduk) dengan 83,5% kasus di antaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB), lalu pada tahun 2015 dilaporkan 17.202 kasus baru kusta (6,73 per 100.000 penduduk) dengan 84,5% kasus di antaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB), kemudian pada tahun 2016 dilaporkan 16.826 kasus baru kusta (6,5/100.000 penduduk) dengan 84,19% kasus di antaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB), dan pada tahun 2017 dilaporkan 15.910 kasus baru kusta (6,1/100.000 penduduk) dengan 86,12% kasus di antaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB).



Gambar 2. 1 Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kusta di Indonesia

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019).

2.1.1.3 Etiologi Penyakit Kusta

Penyebab penyakit kusta adalah bakteri *Myobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron. Lebar 0.2-0.5 mikron biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel, dan

bersifat tahan asam (BTA). Kuman tersebut tidak membentuk spora, tidak bergerak dan mempunyai bermacam-macam bentuk (pleomorfik). *Myobacterium lepraebelum* bisa dibiakkan pada media bakteri atau kultur sel. Bakteri ini dapat dibiakkan pada jaringan telapak kaki tikus dengan jumlah mencapai 10^6 per gram jaringan; pada percobaan infeksi mealui *armadillo*, bakteri ini bisa tumbuh hingga 10^9 sampai 1^{10} per gram jaringan. Penyakit kusta memiliki sifat menahun karena bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Kuman *Myobacterium lepraeditemukan* terutama di dalam kulit dan saraf, penularan dari orang ke orang diyakini melalui aerosol dari kuman yang berada pada lesi di tarktus respiratorius atas.*Myobacterium lepraemempunyai* 5 sifat penting yang perlu diketahui(Masriadi, 2017).

1. Merupakan organisme *obligat endogenous* dan tidak bisa dibiarkan dalam media buatan.
2. Sifat mengikat asamnya dapat diekstrasi dengan *pyridine*.
3. Mampu mengoksidasi zat D-*dihydroxy phenylalanine* (D-DOPA).
4. Mengivansi sel schwan dari sistem saraf tepi terutama di perineum.
5. Permukaan membrane mengandung *phenolic glycolipid* I (PGL-I) dan lipoarabinomannan (LAM).

2.1.1.4 Patogenesis Penyakit Kusta

Masa *Myobacterium lepraemasuk* ke dalam tubuh manusia sampai timbulnya gejala dan tanda adalah sangat lama dan bahkan bertahun-tahun, masa inkubasinya bisa 3-20 tahun. Seringkali penderita tidak menyadari adanya proses penyakit di dalam tubuhnya. *Myobacterium leprae* seterusnya bersarang di sel

schwan yang terletak di perineum, karena basil kusta menyukai daerah yang dingin yang dekat dengan kulit dengan suhu sekitar 27-300°C. *Myobacterium leprae* mempunyai kapsul yang dibentuk dari protein 21 KD, yang mampu beerikatan dengan reseptor yang dipunyai sel *schwan* yaitu laminin α-2 G receptor sejenisα-dystroglycam. Kemampuan adesi tersebut merupakan cara invasi basil kusta pada perineum, sel*schwan* sendiri merupakan sejenis fagosit yang bisa menangkap antigen seperti *Myobacterium leprae*, tetapi tidak dapat menghancurkannya karena sel tersebut tidak mempunyai MHC kelas II yang mampu berikatan dengan CD4 limfosit, akibatnya basil kusta dapat berkembang biak di sel *schwan.*

Sel *schwan* seterusnya mengalami kematian dan pecah, lalu basil kusta dikenali oleh sistem imunitas tubuh *host*, tubuh melakukan proteksi melalui aspek yaitu imunitas non-spesifik dan spesifik, makrofag menjadi aktif memfagosit dan membersikan diri dari semua yang tidak dikenali (*non-self).* Peran *Cell Mediated Immunity* sebagai proteksi kedua tubuh mulai mengenali DNA mengidentifikasi antigen dari *Myobacterium leprae.* Ternyata makrofag mampu menelan *Myobacterium leprae*tetapi tidak mampu mencernanya. Limfosit akan membantu makrofag untuk menghasilkan enzim dan juices agar proses pencernaan dan pelumatan berhasil. Keterkaitan *humoral immunity* dan *Cell Mediated Immunity* dalam membunuh basil kusta dapat memunculkan rentangan spectrum gambaran klinis penyakit kusta seperti tipe *Tuberkuloid-Tuberkuloid* (TT) tipe *Borderline Tuberkuloid* (BT), tipe *Borgerline-Borderline* (BB), tipe*Borderline Lepromatous* (BL) dan tipe *Lepromatous-Lepromatous* (LL)(Masriadi, 2017).

2.1.1.5 Gejala Klinis Penyakit Kusta

Diagnosis penyakit kusta didasarkan gambaran klinis, bakterioskopis, histopatologis, dan serologis. Diantara ketiganya diagnosis klinislah yang terpenting dan paling sederhana. Hasil bakterioskopis memerlukan waktu paling sedikit 15-30 menit sedangkan histopatologis 10-14 hari. Jika memungkinkan dapat dilakukan tes lepromin untuk membantu penentuan tipe, hasil dari tes ini baru dapat diketahui setelah 3 minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai (Wisnu, 2015).

2.1.2 Program Pengendalian Penyakit Kusta

2.1.2.1 Sejarah Program Pengendalian Penyakit Kusta

Di beberapa negara kegiatan untuk mengendalikan dan mengobati kusta sedang dilakukan secara terintegrasi (Lockwood, 2005). Berdasarkan pedoman nasional program pengendalian penyakit kusta (2012), sejarah pemberantasan penyakit kusta di dunia terbagi dalam 3 zaman yaitu:

1. Zaman Purbakala

Penyakit kusta telah dikenal hampir 200 tahun SM, hal ini dapat diketahui dari peninggalan sejarah seperti di Mesir, di India 1400 SM, di Tiongkok 600 SM, di Mesopotamia 400 SM. Pada zaman purbakala tersebut telah terjadi pengasingan secara spontan karena pasien merasa rendah diri, dan malu, disamping itu masyarakat menjauhi karena merasa jijik dan takut.

2. Zaman Pertengahan

Pada pertengahan abad ke-13 dengan adanya keteraturan ketatanegaraan dengan sistem feudal yang berlaku di Eropa mengakibatkan masyarakat sangat

patuh dan takut terhadap penguasa dan hak asasi manusia tidak mendapat perhatian. Demikian pula yang terjadi pada pasien kusta yang umumnya rakyat biasa. Pada waktu itu penyakit dan obat-obatan belum ditemukan, maka pasien kusta diasingkan lebih ketat dan dipaksakan tinggal di Leprosaria/Koloni/Perkampungan kusta seumur hidup.

3. Zaman Modern

Dengan ditemukannya kuman kusta oleh Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1873, maka dicetuskan era perkembangan baru untuk mencari obat anti kusta dan usaha penanggulangannya. Demikian halnya di Indonesia, dr. Sitanala telah mempelopori perubahan sistem pengobatan yang dilakukan secara isolasi, secara bertahap dilakukan dengan pengobatan rawat jalan.

Pada tahun 1991, Majelis Kesehatan Dunia ke-44menyerukan penghapusan kusta sebagai masalah kesehatan masyarakat di dunia pada tahun 2000. Eliminasi didefinisikan sebagai kurang dari satu kasus kusta per 10.000 penduduk(Nsagha et al., 2011).

2.1.2.2 Kegiatan Program Pengendalian Penyakit Kusta

2.1.2.2.1 Rapid Village Survey

Rapid village survey(RVS) yang selanjutnya disebut dengan pemeriksaan cepat desa dilakukan di desa yang memiliki kasus atau riwayat kasus kusta. Pemeriksaan dilakukan untuk mencari suspek minimum 10% dari populasi desa tersebut. Apabila distribusi penderita kusta di suatu wilayah kabupaten/kota cukup luas dan masih terus ditemukan kasus dalam waktu 2-5 tahun terakhir, maka

dilakukan intensifikasi penemuan penderita kusta. Target pemeriksaan kusta yakni minimal 80% dari total penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Tujuan*rapid village survey* yakni meningkatnya kesadaran dan partisipasi masyarakat, meningkatnya pengetahuandan partisipasi petugas puskesmas, ditemukannya kasus baru dalam lingkup kecil/desa. Sasaran dari*rapid village survey* adalah kelompok potensial masyarakat desaatau kelurahan atau unit yang lebih kecil yaitu dusun(Kementerian Kesehatan RI, 2012).

2.1.2.2.2 Intensifikasi Pemeriksaan Kontak Serumah dan Lingkungan

Apabila distribusi penderita kusta di suatu wilayah kabupaten/kota cukup luas dan masih terus ditemukan kasus dalam waktu 2-5 tahun terakhir, maka dilakukan intensifikasi penemuan Penderita Kusta. Target pemeriksaan Kusta minimal 80% dari total penduduk.

2.1.2.2.3 Penyuluhan

Penyuluhan pengendalian penyakit kusta adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri dalam upaya pengendalian penyakit kusta serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kegiatan yang relevan untuk pengendalian penyakit kusta.

Penyuluhan dilakukan oleh petugas puskesmas, seorang petugas puskesmas hendaknya memiliki komunikasi interpersonal yang baik agar materi yang diberikan dapat diterima dengan baik oleh sasaran. Komunikasi interpersonal adalah proses pengiriman pesan antar 2 orang atau di antara

sekelompok kecil orang dengan memperoleh umpan balik seketika. Komunikasi interpersonal yang bai kantar petugas dengan pasien kusta sangatlah penting, karena turut berperan dalam menentukan proses penyembuhan dan pencegahan kecacatan. Dengan komunikasi yang baik pasien kusta akan termotivasi untuk minum obat secara teratur dan tidak terputus, sesuai dengan dosis yang telah ditentukan. Motivasi ini timbul setelah pasien mengetahui bahwa penyakit kusta dapat menyebabkan kecacatan dan dapat menular kepada anggota keluarganya,akan tetapi dapat disembuhkan dengan minum obat teratur serta memantau gejala-gejala yang perlu diwaspadai.

Keluarga dari penderita kusta yang memiliki pengetahuan kurang tentang kusta akan mempengaruhi terhadap dukungan yang diberikan pada pasien kusta, kemudian penderita kusta yang memiliki stigma diri yang tinggi disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, dan merasa ada tidak simpati, perhatian dan dukungan dari keluarga pasien (Putri, 2016).

Dalam melakukan komunikasi petugas kesehatan harus mampu memberikan pertanyaan, menjelaskan hal-hal yang penting serta memastikan apakah pasien mengerti apa yang dibicarakan. Untuk itu petugas kesehatan harus mempunyai keterampilan dasar seperti sebagai berikut:

1. Menguasai tatalaksana pengobatan pasien kusta
2. Mahir dalam melakukan penyuluhan kepada pasien termasuk menggunakan lembar balik, leaflet
3. Menguasai bahasa setempat

Keterampilan yang diperlukan pada saat penyuluhan diantaranya:

1. Keterampilan mengajukan pertanyaan

Keterampilan mengajukan pertanyaan merupakan hal yang sangat penting bagi petugas kesehatan sehingga komunikasi berjalan 2 arah dan terjadi pertukaran informasi dari pasien kepada petugas kesehatan. Informasi dari pasien sebaiknya dijadikan titik awal untuk pembicaraan berikutnya sehingga pasien merasa dihargai dan mempunyai semangat untuk berkomunikasi. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan kepada pasien dapat menggunakan pertanyaan tertutup atau terbuka. Pada umumnya pertanayaan tertutup akan memberikan jawaban singkat. Dengan model pertanyaan seperti itu tidak akan banyak informasi yang digali. Untuk pertanyaan terbuka pada umumnya akan lebih banyak informasi yang diperoleh.

2. Keterampilan mendengar yang baik

Keterampilan mendengar diperlukan petugas dalam melakukan penyuluhan. Keterampilan mendengar yang baik tidak hanya mendengarkan kata-kata pasien akan tetapi juga memahami makna yang diucapkan serta memperhatikan Bahasa tubuh pasien. Keterampilan mendengar merupakan proses selektif memperhatikan, mendengar, memahami. Cara mendengarkan yang baik diantaranya bersabar, menyediakan waktu, memperhatikan dengan baik, bersiap untuk mendengarkan, jangan bereaksi berlebihan terhadap informasi, jangan pura-pura mendengarkan, dan jangan asik dengan pikiran Anda sendiri.

3. Keterampilan memberikan pujian

Pujian perlu diberikan kepada pasien yang telah berbuat sesuatu atau untuk hal yang berguna yang telah dilakukannya. Memberikan pujian yang sangat

sungguh-sungguh sangat berguna untuk hal-hal yang dapat dilakukan oleh pasien di masa selanjutnya.

4. Keterampilan memberikan nasihat

Nasihat perlu diberikan untuk tindakan atau perilaku yang kiranya dapat merugikan atau membahayakan. Bila ingin memperbaiki perilaku yang salah, nasihat harus diberikan secara jelas dan hati-hati, agar pasien tidak merasa bersalah. Jelaskan mengapa hal itu berbahaya, dan berikan nasihat yang tepat dengan memakai Bahasa yang dimengerti pasien. Bila mungkin, menggunakan gambar atau objek nyata untuk membantu penjelasan.

5. Keterampilan melakukan pengecekan pemahaman

Cara pengecekan adaalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk mengetahui apa yang telah dipahami dan apa yang perlu dijelaskan lebih lanjut. Hindari pertanyaan yang dapat dijawab dengan sepatah kata saja “Ya” atau “Tidak”. Apabila diperoleh jawaban yang tidak jelas, ajukan pertanyaan pengecekan lainnya. Pujilah pasien kusta untuk pemahamannya yang baik.

6. Keterampilan memakai Bahasa sederhana

Komunikasi dapat berjalan efektif apabila kedua belah pihak sama-sama memahami topik yang sedang dikomunikasikan. Petugas kesehatan sudah terbiasa menggunakan istilah-istilah medis dalam pembicaraan dan cenderung beranggapan bahwa pasien seolah-olah sudah memahami apa yang disampaikan. Sedangkan pasien yang datang ke puskesmas berasal dari berbagai latar belakang Pendidikan, sosial, dan budaya, untuk itu dituntut agar petugas kesehatan sedapat

mungkin menggunakan Bahasa sehari-hari atau dengan kata lain menggunakan kalimat yang singkat, sederhana dan jelas.

7. Keterampilan memilih dan menggunakan alat bantu

Agar pesan yang disampaikan dapat dimengerti dengan baik diperlukan media sebagai alat bantu dalam penyuluhan. Umumnya media yang diperlukan adalah leaflet, poster, dan lembar balik.

2.1.2.2.4 Pelatihan Petugas Puskesmas

Pelatihan diberikan oleh provinsi dibantu wasor kabupaten. Puskesmas non PRK dilatih 1 hari untuk mampu mendeteksi suspek. PRK akan mendapatkan pelatihan penuh selama 5 hari. Tujuan umum dari pelatihan ini untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas puskesmas dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta. Adapun tujuan khususnya yaitu:

1. Petugas dapat mengenal tanda – tanda utama kusta
2. Petugas dapat menegakkan diagnosa dan klasifikasi kusta
3. Petugas dapat memberi pengobatan dan pemantauan pengobatan kusta
4. Petugas dapat melakukan pemeriksaan POD
5. Petugas mampu menangani reaksi kusta
6. Petugas mampu memberi penyuluhan kusta pada masyarakat
7. Petugas mampu memberi penyuluhan untuk perawatan diri
8. Petugas mampu membuat data/pelaporan yang lengkap dan valid

2.1.2.2.5 Pencatatan

Kegiatan ini dilakukan oleh petugas untuk mendata dan mencatat hasil-hasil kegiatan program P2 kusta. Puskesmas dalam melaksanakan pencatatan menggunakan formulir sebagai berikut:

1. Kartu Pasien

   Kartu pasien merupakan lembar informasi yang berisi tentan identitas, diagnosis dan pengobatan pasien yang harus diisi pada saat pasien didiagnosis dan mendapat pengobatan. Kartu ini disimpan di puskesmas dimana pasien berobat.

2. Register Kohort PB dan MB

   Register kohort ini merupakan buku yang berisi tentang rekapitulasi informasi standar pasien kusta yang berobat di puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya. Formulir ini di simpan puskesmas atauunit pelayanan kesehatan dimana pasien mendapat pengobatan. Tujuan dari pencatatan ini yakni:

   a. Mengetahui jumlah pasien PB dan MB (baru atau lama) berdasarkan usia dan jenis kelamin secara kumulatif pada jangka waktu tertentu.
   b. Untuk mengevaluasi perkembangan kecacatan dari masing-masin pasien.
   c. Mengetahui keteraturan pengobatan menurut kohort.
   d. Mengetahui hasil akhir pengobatan dari masing-masing pasien (RFT, default, pindah, meninggal).
   e. Menghitung RFT *rate*

3. Formulir Pencatatan Pencegahan Cacat

Formulir ini disimpan di puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya dimana pasien mendapat pengobatan, dengan tujuan untuk:

a. Mengetahui tanda-tanda dini reaksi
b. Menentukan tingkat kecacatan
c. Membantu menentukan dosis *tapering off* (penurunan dosis prednisone) pada pasien reaksi

4. Formulir Evaluasi Pengobatan Reaksi Berat

Formulir evaluasi ini disimpan di puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya dimana pasien mendapat pengobatan, dengan tujuan untuk memonitor pemberian prednison pada pasien reaksi berat.

5. Data Pokok Program Eliminasi

Data pokok ini dibuat dan disimpan di puskesmasatau unit pelayanan kesehatan yang melaksanakan program P2 kusta dengan tujuan untuk memantau hasil kegiatan dari tahun ke tahun sehingga diketahui pelaksanaan program kusta.

6. Formulir Register stok obat MDT

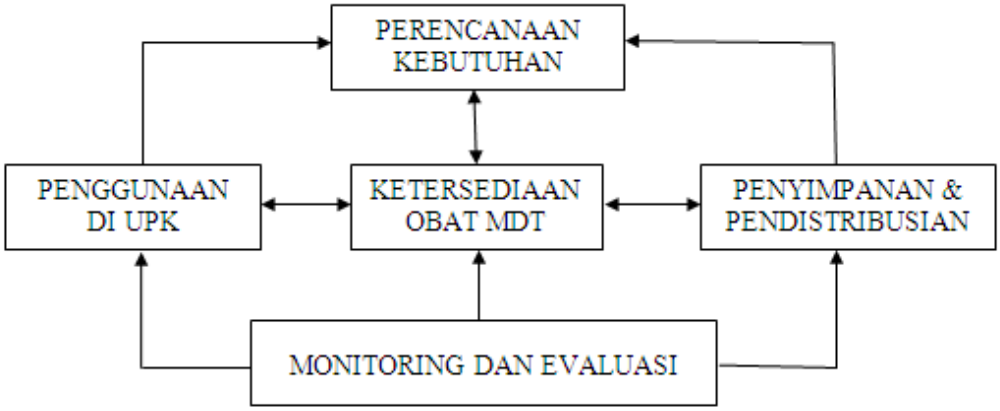
2.1.2.2.6 Pelaporan

Pelaporan merupakan penyampaian hasil-hasil kegiatan pelaksanaan program P2 kusta di suatu wilayah kerja (puskesmas/unit pelayanan kesehatan, kabupaten, provinsi, Ditjen PP & PL) pada jangka waktu tertentu dengan benar dan tepat waktu. Pelaporan di puskesmas atau unit pelayanan kesehatan menggunakan *copy* register kohort PB dan MB selanjutnya dikirim ke kabupaten setiap tribulan.

2.1.2.2.7 Pengelolaan Logistik MDT

Pengobatan kusta dimulai pada tahun 1949 dengan menggunakan DDS *(Duamino Diphenyl Suffone)*. Kekurangan monoterapi DDS adalah terjadinya resistensi, timbulnya kuman *persister* serta terjadinya pasien *defaulter*. Pada tahun 1964 ditemukan resistensi terhadap DDS. Oleh sebab itu pada tahun 1982 WHO merekomendasikan pengobatan kusta dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB dan MB. Bila pasien kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten atau kebal terhadap MDT. Sehingga gejala penyakit menetap, bahkan memburuk(Mulyadi, 2017). Berdasarkan hasil pengamatan peneliti Rahayu(2012), diperoleh fakta bahwa selama menjalanipengobatan kusta selama 6 bulan hingga 2 tahun, penderita kusta tidak dipungut biaya samasekali untuk memperoleh obat dari Puskesmas. Hal ini disebabkan adanya program pengobatangratis pemerintah untuk mengatasi penyakit kusta.Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh(Chudasama, 2007)di Gujarat India, tentang evaluasi Program Nasional Pengendalian Kusta mengemukakan bahwa *multy drug therapy* (MDT)dapat mengurangi beban penyakit di masyarakat, dan juga penelitian yang dilakukan olehGoncalves (2010), terapi MDT memberikan hasil positif kepada lebih dari 10.000.000 orang.

Pengelolaan logistik MDT adalah suatu rangkaian kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, penggunaan, pencatatan, dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi. Secara umum proses pengelolaan obat untuk program pengendalian kusta dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Proses Pengelolaan Obat untuk Program Pengendalian Kusta
Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2012)

Persediaan MDT yang cukup tidak terputus dan tepat waktu di fasilitas kesehatan diperlukan untuk melayani pasien kusta agar tidak putus berobat. Kondisi ini seluruhnya bergantung pada efisiensi pengelolaan MDT di puskesmas, kabupaten, provinsi, dan pusat. Selain itu pengelolaan yang efisien juga akan mencegah obat terbuang karena rusak dan kadaluarsa.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pengelolaan MDT agar tidak terjadi kekurangan dan kelebihan:

1. Perencanaan

Kebutuhan MDT dihitung dalam blister masing-masing menurut kategori MB-dewasa, MB-anak, PB-dewasa dan PB-anak Perhitungan menggunakan blister ini selain untuk memudahkan persediaan dan mengawasi penggunannya, juga disesuaikan dengan cara WHO menghitung kebutuhan MDT. Tiga bulan persediaan ditingkat kabupaten serta puskesmas/UPK, ditambahkan pada kebutuhan sesungguhnya untuk mengantisipasi keterlambatan pengiriman (Lead-

Time). Kebutuhan MDT secara nasional setiap tahunnya akan dihitung oleh WHO dengan menggunakan formula khusus.

2. Penyimpanan dan Pendistribusian

Register stok obat untuk masing-masing kategori dibuat seragam disetiap tingkat dan harus selalu dipergunakan. Untuk memperlancar persediaan dan mengurangi jumlah obat yang terbuang, frekuensi yang digunakan untuk permintaan dan pengiriman persediaan MDT adalah setiap semester di tingkat provinsi, setiap tribulan di kabupaten dan puskesmas, dan setiap tahun di daerah yang sulit dijangkau.

3. Ketersediaan

Untuk menghindari keuangan dan mempermudah pengepakan serta pengiriman tepat waktu maka provinsi harus mengirimkan format permintaan paling lambat tiga bulan sebelumnya ke Subdit Kusta. Kabupaten harus mengirimkan format permintaan paling lambat satu bulan sebelumnya ke provinsi. Puskesmas harus mengirimkan format permintaan paling lambat satu bulan sebelumnya ke kabupaten. Misalnya kebutuhan provinsi untuk semester I (Januari- Juni 2019) harus disampaikan ke pusat paling akhir awal Oktober 2018. Ini akan memberikan waktu yang cukup bagi pusat untuk menyiapkan dan mengirimkan MDT paling akhir pertengahan Desember 2018.

4. Penggunaan

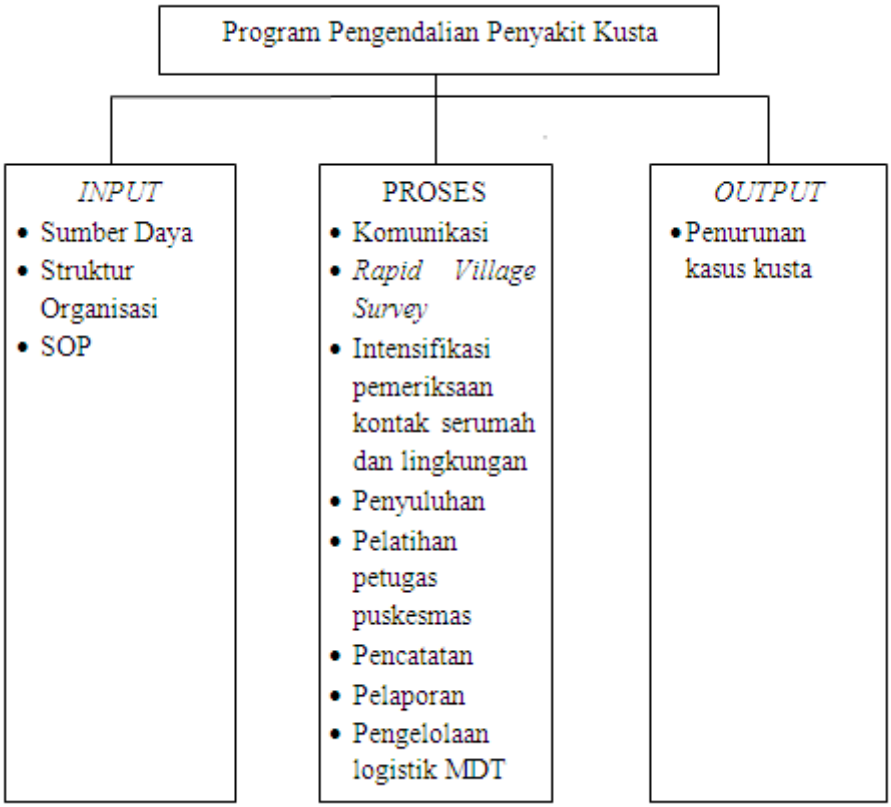
Puskesmas dan rumah sakit yang mengobati pasien kusta harus mengikuti standart definisi sesuai Pedoman Program Pengendalian Kusta (definisi pasien baru dan jangka waktu pengobatan).

5. Monitoring dan Evaluasi

Daftar stok obat dimonitor oleh petugas penanggung jawab program pada kunjungan supervisi. Format baru digunakan untuk memonitor permintaan dan suplai provinsi oleh Pusat. Akan tetapi formulir ini sulit dipakai untuk menghitung kebutuhan di setiap propivinsi Subdit Kusta akan mengirimkan informasi yang diperlukan ke WHO – HQ sesuai format yang ditentukan.

2.2 KERANGKA TEORI

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori mengenai evaluasi program pengendalian penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes. Mengingat kompleksnya masalah penyakit kusta, maka diperlukan program pengendalian secara terpadu dan menyeluruh.



Gambar 2. 3 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari George C. Edwards III (1980) dan Azrul Azwar (2010).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh kesimpulan bahwa:

1) Ditinjau dari aspek *input, s*umber daya dalam implementasi program ini belum berjalan dengan optimal. Keterbatasan pada sumber daya dapat berpengaruh pada beban kerja yang diterima oleh pelaksana menjadi bertambah. Ketersediaan fasilitas sudah memadai, dana pun sudah ada. Terdapat struktur organisasi khusus penanggungjawab kusta. Ketersediaan SOP dari DKK Brebes belum ada, karena SOP dijadikan satu dengan penatalaksanaan pasien kusta.
2) Ditinjau dari aspek proses, komunikasi sudah berjalan dengan baik. Kegiatan *rapid village survey*dinilai masih belum berjalan secara rutin. Intensifikasi pemeriksaan kontak serumah dan lingkungan, serta kegiatan penyuluhan dinilai masih belum berjalan dengan baik, dikarenakan intensifikasi pemeriksaan kontak belum dilakukan merata untuk semua pasien kusta. Di Puskesmas Jatibarang sudah memiliki petugas yang telah mendapat pelatihan, hal ini disimpulkan bahwa kegiatan pelatihan petugas puskesmas sudah sesuai dengan pedoman nasional program pengendalian penyakit kusta yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI dan juga sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Kusta. Kegiatan pencatatan dan pelaporan sudah dilakukan dengan baik,

ditunjukkankegiatan pelaporan sudah dilakukan pelaporannya setiap tribulan. Kegiatan pengelolaan logistik MDT sudah dilakukan dengan baik.

3) Ditinjau dari aspek *output*, jumlah kasus baru kusta tahun 2019 mengalami penurunan. Namun, walaupun terjadi penurunan, masih terdapat indikator yang belum berhasil, antara lain indikator penderita kusta terdaftar dan angka penderita kusta terdaftar (*prevalence andprevalence rate* = PR); angka penemuan penderita kusta baru (*case detection rate = CDR*); proporsi penderita kusta baru dengan cacat tingkat 2; angka cacattingkat 2 (*Grade 2 Disability Rate).*

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan ikut aktif dalam pelaksanaan program yang diadakan oleh puskesmas.

6.2.2 Bagi Puskesmas

2) Memberikan penghargaan (*reward*) bagi petugas yang bekerja dengan baik dengan, dan sebaliknya memberikan sanksi (*punishment*) bagi yang melanggarnya, sehingga menjadi perhatian bagi pelaksana program.

6.2.3 Bagi Dinas Kesehatan

1) Dinas Kesehatan perlu *mereview* kegiatan program ke masyarakat, sehingga tidak hanya mendapat informasi pelaksanaan kegiatan dari puskesmas saja.
2) Mengevaluasi ketersediaan sumber daya terhadap pelaksanaan program.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian sejenis di tempat yang sama, sebaiknya memberikan indikator-indikator yang lain, bukan hanya mengenai komunikasi, sumberdaya, dan struktur birokrasi.

DAFTAR PUSTAKA

Askari, Junus, J. A., & Tulleng, A. (2016). Evaluasi Tentang Keberhasilan Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Puskesmas Watompone Kecamatan Tanete Riattang Barat Kabupaten Bone. *Jurnal Media Kesehatan*, *8*(2), 83–98.

Chaple, E. B. (2017). Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. *MEDICC Review*, *19*(1), 23–30.

Chudasama, R., Godara, N., Tripathi, V., & Patel, M. (2007). Evaluation & performance of National Leprosy Eradication Programme. *The Internet Journal of Epidemiology*, *6*(1), 1–4.

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. (2016). *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes Tahun 2015*. Brebes: Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. (2017). *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes Tahun 2016*. Brebes: Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. (2018). *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes Tahun 2017*. Brebes: Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Semarang:Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016*. Semarang:Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017* Semarang:Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2018*. Semarang:Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Goncalves, A., Mantellini, G. G., & Padovani, C. R. (2010). Leprosy Control: Perspective & Epidemiological and Operational Aspects. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*, *52*(6), 311–315.

Harahap, M. (2000). *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.

Kamal, M., & Martini, S. (2015). Kurangnya Konseling dan Penemuan Kasus Secara Pasif Mempengaruhi Kejadian Kecacatan Kusta Tingkat II di Kabupaten Sampang. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, *3*(3), 290–303.

Kementerian Kesehatan RI. (2012). *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Infodatin Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2019a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2019b). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Khotimah, M. (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Peran Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Minum Obat Kusta. *Unnes Journal of Public Health*, *3*(2), 1–5.

Kurnia, D., & Gedeona, H. T. (2016). Implementasi Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskemas Pagarsih, Ibrahim Adjie dan Padasuka Kota Bandung. *Jurnal Ilmu Administrasi*, *8*(1), 111–138.

Laili, A. F. N. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengetahuan Terhadap Perawatan Diri Penderita Kusta di Puskesmas Grati Tahun 2016. *The Indonesian Journal of Public Health*, *12*(1), 13–26.

Lockwood, D. N. J., & Suneetha, S. (2005). Leprosy : too Complex a Disease for a Simple Elimination Paradigm. *Bulletin of The World Health Organization*, *83*(3), 230–235.

Maranatha, L. A. (2012). Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di UPTD Puskesmas Cikampek Kabupaten Karawang Periode Januari sampai dengan Desember 2012, *1873*.

Masriadi. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Depok: PT Rajagrafindo

Moleong, L. J. (2012). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Remaja Rosdakarya.

Mulyadi, A., Sepdianto, T. C., & Mitayasari, E. (2017). Upaya Penderita Kusta dalam Mencegah Peningkatan Derajat Kecacatan. *Jurnal Ners Dan Kebidanan*, *4*(3), 186–191.

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nsagha, D. S., Bamgboye, E. A., Clement, J., Assob, N., Njunda, A. L., Foumou, H. L., … Njamnshi, A. K. (2011). Elimination of Leprosy As a Public Health Problem By 2000 AD: An Epidemiological Perspective, *9*(4), 1–10.

Pangaribuan, H. R., Juanita, & Fauzi. (2012). Pengaruh Faktor Predisposisi, Pendukung, dan Pendorong terhadap Pencegahan Kecacatan Pasien Penderita Kusta di RS Kusta Hutasalem Kabupaten Tobasa Tahun 2012, 1–10.

Putri, M. A., Harmayetty, & Utomo, B. (2016). Psycoeducative Family Therapy Mempengaruhi Pengetahuan , Dukungan Keluarga dan Stigma Kusta. *Jurnal Ners*, *11*(1). 88-98.

Rahayu, D. A. (2012). Dukungan psikososial keluarga penderita kusta di kabupaten pekalongan. *Seminar Hasil-Hasil Penelitian - LPPM UNIMUS 2012*, 145–153.

Rahman, A., Hasanah, & Wulan, N. S. D. (2016). Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Lompentodea Kecamatan Parigi Barat Kabupaten Parigi Moutong. *Jurnal Preventif*, *7*(2), 47–59.

Ristiani, I. Y. (2017). Pengaruh Sarana Prasarana dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien. *Jurnal Coopetition*, *8*(2), 155–166.

Romero-montoya, M., Beltran-alzate, J. C., & Cardona-castro, N. (2017). Evaluation and Monitoring of Mycobacterium leprae Transmission in Household Contacts of Patients with Hansen's Disease in Colombia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 1–11.

Salamate, G. A., Rattu, A. J. M., & Pangemanan, J. N. (2014). Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara Planning Analysis of Health Human Resource in Health Office Southeast Minahasa District. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unstrat*, *4*(4), 625–633.

Subarsono, AG. (2016). Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Susilowati, D. A. (2014). *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.

Widoyono. (2008). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*. Semarang: Erlangga.

Wisnu, I. M. (2015). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Zaw, M., Satyanarayana, S., Htet, K., Than, K., & Aung, C. (2020). Is Myanmar on the Right Track After Declaring Leprosy Elimination ? Trends in New Leprosy Cases (2004–2018) and Reasons for Delay in Diagnosis. *Lep Rev*, *91*, 25–40.