



**PERAN PETUGAS KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI METODE
ICF (*INTENSIFIED CASE FINDING*) DALAM PROGRAM PENGENDALIAN
PENYAKIT KUSTA DI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2018**

SKRIPSI

Oleh
Nike Dessy Yunistasari
NIM 142110101204

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**PERAN PETUGAS KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI METODE
ICF (*INTENSIFIED CASE FINDING*) DALAM PROGRAM PENGENDALIAN
PENYAKIT KUSTA DI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2018**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Nike Dessy Yunistasari
NIM 142110101204

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua saya, semoga senantiasa mendapat perlindunganNya.
2. Suami tercinta, yang telah memberikan dukungan dan waktu untuk menemani dalam penyelesaian skripsi ini.
3. Seluruh Dosen FKM Universitas Jember, yang telah membimbing dengan penuh dedikasi serta memberikan ilmu dan keterampilan dengan sabar.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, yang telah membantu memberikan data yang diperlukan untuk penelitian.
5. Bapak Drs. M. Sulthony, S.KM, yang telah memberikan bimbingan dan ilmu selama penelitian berlangsung.
6. Sahabat dan teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat, yang telah meluangkan waktu untuk saling bertukar pendapat.

MOTTO

Mereka menjawab: "Kami menyampaikan kabar gembira kepadamu dengan benar, maka janganlah kamu termasuk orang-orang yang berputus asa".(Terjemahan QS Al-Hijr Ayat 55 *)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2012. Al-Qur'an Cordoba Spesial For Muslimah. Bandung: PT Cordoba International Indonesia

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nike Dessy Yunistasari

NIM : 142110101204

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Peran Petugas Kesehatan terhadap Metode ICF (Intensified Case Finding) dalam Implementasi Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018* adalah benar-benar karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juli 2019

Yang menyatakan,

Nike Dessy Yunistasari

NIM 142110101204

SKRIPSI

**PERAN PETUGAS KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI
METODE ICF (*INTENSIFIED CASE FINDING*) DALAM PROGRAM
PENGENDALIAN PENYAKIT KUSTA DI KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2018**

Oleh:

Nike Dessy Yunistasari
NIM 142110101204

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri H, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (Intensified Case Finding) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 11 Juli 2018
Tempat : Ruang Sidang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Yennike Tri H, S.KM., M.Kes NIP. 197810162009122001	(.....)
2. DPA	: Christyana Sandra, S.KM., M.Kes NIP. 198204162010122003	(.....)
Penguji		
1. Ketua	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes NIP. 198207232010121003	(.....)
2. Sekretaris	: Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes NIP. 197904112005011002	(.....)
3. Anggota	: Drs. M. Sulthony, S. KM NIP. 196310031984121004	(.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018; Nike Dessy Yunistasai; 142110101204; 2018; 56 halaman; Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

Metode ICF (*Intensified Case Finding*) merupakan metode penemuan kasus kusta secara aktif dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta (P2 Kusta). Deteksi penyakit kusta secara dini akan membantu menurunkan angka kecacatan pada penderita dimana kecacatan tersebut dapat menjadi cacat permanen apabila tidak mengkonsumsi obat secara rutin. Oleh karena angka kecacatan kusta di kabupaten Jember 18%, maka diadakanlah Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) di 11 Puskesmas yang endemik dengan penyakit Kusta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta (P2 Kusta) di Kabupaten Jember Tahun 2018.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari - Juni 2019. Jumlah responden adalah 11 orang Pemegang Program P2 Kusta. Puskesmas yang diteliti adalah Puskesmas Kalisat, Pakusari, Gladak pakem, Panti, Lodjedjer, Sabrang, Rowotengah, Kencong, Semboro, Umbulsari dan Karangduren. Data primer diperoleh melalui wawancara, dokumentasi dan pengisian kuesioner. Data sekunder berupa jumlah penderita Kusta yang terdaftar, dan rekapitulasi capaian penemuan kasus kusta di masing-masing Puskesmas.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa dalam faktor *input*, pemegang Program P2 Kusta sebagian besar terletak dalam kelompok usia Dewasa Awal (26 s.d 35 tahun) sebesar 45,45%, dimana kelompok usia tersebut masih produktif untuk pengembangan diri serta pengembangan program pengendalian penyakit kusta (P2 Kusta). Pada umumnya, pemegang program pada kelompok usia tersebut memiliki kemampuan beraktivitas yang masih cukup baik. Hal ini

adalah suatu potensi dalam kegiatan penemuan penderita kusta. Mayoritas responden dari penelitian ini adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu 72,73% dan sebagian besar berpendidikan terakhir DIII Keperawatan sebesar 90,9%.. Sebagian besar Puskesmas melibatkan ≥ 1 orang dengan jumlah perawat < 8 orang. Semakin sedikit jumlah perawat yang terlibat maka tujuan dalam Implementasi Metode ICF juga akan tidak tercapai secara maksimal. Pemegang Program P2 Kusta di sebagian besar Puskesmas memiliki pengetahuan yang kurang mengenai Implementasi Metode ICF yakni sebesar 63,64% dengan jumlah 7 orang.

Dana kegiatan Implementasi Metode ICF dalam penelitian ini didapatkan dari Pemerintah. Sebagian besar puskesmas melampirkan laporan keuangan dari kegiatan Implementasi ICF tersebut sebesar 54,5% dengan jumlah 6 Puskesmas. Kesesuaian penggunaan dana dengan ketentuan Dinas Jember terdapat pada 7 Puskesmas (63,6%), hal ini karena masing-masing Puskesmas memiliki tim yang berbeda-beda antara perawat, dokter dan kader. Sarana dan prasarana yang diberikan untuk kegiatan Implementasi Metode ICF ini adalah Form Pelacakan Kusta dan kipas edukasi, sarana dan prasarana ini sudah memenuhi kebutuhan menurut 8 orang pemegang Program P2 Kusta. Tidak ada panduan khusus atau petunjuk teknis dalam kegiatan Implementasi metode ICF ini. Perencanaan kegiatan terdiri dari rencana kerja dan pelatihan. Seluruh Puskesmas menyusun rencana kerja dan tidak ada pelatihan khusus dalam kegiatan Implementasi Metode ICF ini. Sebagian besar Puskesmas memiliki pembagian kerja tim secara intern yaitu sebesar 54,5% dengan jumlah 8 Puskesmas, disamping itu sebelum kegiatan Implementasi Metode ICF dimulai terlebih dahulu diadakan koordinasi lintas sektor untuk memperlancar pelaksanaan di masyarakat.

Pada implementasi metode ICF tersebut, terdapat kendala-kendala dimana sebagian besar Puskesmas dapat menyelesaikannya yaitu sebesar 72,7% dengan jumlah 8 Puskesmas. Peran kader dibutuhkan selama kegiatan berlangsung, mayoritas kader berperan $\geq 50\%$ di sebagian besar Puskesmas, yaitu sebesar 54,5% (6 Puskesmas). Implementasi Metode ICF ini sebagian besar Puskesmas

tidak sesuai dengan arahan dari Dinas Kesehatan yakni sebesar 54,5% (6 Puskesmas) karena budaya masyarakat dan pengalaman pemegang Program yang berbeda-beda di setiap Puskesmas. Mayoritas Puskesmas telah memenuhi target capaian penemuan kasus baru yaitu 72,7% dengan jumlah 8 Puskesmas. Untuk itu, diharapkan bagi Pemerintah Kabupaten Jember untuk menyusun petunjuk teknis mengenai metode ICF (*Intensified Case Finding*) sehingga seluruh Puskesmas se-Kabupaten Jember dapat mempelajari dengan baik dan melaksanakan deteksi dini kusta secara aktif dan mandiri. Disamping itu Puskesmas lebih berdedikasi dalam menemukan kasus kusta secara aktif untuk mencapai eliminasi kusta tahun 2020 dan bagi peneliti lain disarankan agar dapat melanjutkan penelitian tentang Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) yang dilaksanakan tahun 2019.

SUMMARY

Role of Health Workers in Implementing the ICF (Intensified Case Finding) Method in the Leprosy Control Program in Jember Regency 2018; Nike Dessy Yunistasari; 142110101204; 2019; 56 pages; Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, University of Jember.

ICF (Intensified Case Finding) method is an active method of finding leprosy cases in the Leprosy Control Program. Early detection of leprosy will help reduce disability rates in patients where the disability can become a permanent disability if they do not take drugs regularly. Because leprosy disability rates in Jember district were 18%, the ICF (Intensified Case Finding) Method was implemented in 11 Health Centers that were endemic to leprosy. This study aims to determine the Implementation of the ICF (Intensified Case Finding) Method in the Leprosy Control Program in Jember Regency in 2018.

Type of this research was descriptive. This research was conducted in February - June 2019. The number of respondents was 11 people, where each Community Health Center had 1 person the P2 Leprosy Program Holder. The health centers studied were Kalisat, Pakusari, Gladak pakem, Panti, Lodjedjer, Sabrang, Rowotengah, Kencong, Semboro, Umbulsari and Karangduren Community Health Center. Primary data was obtained through interviews, documentation and filling out questionnaires. Secondary data in the form of the number of registered leprosy patients, and the recapitulation of outcomes of leprosy case findings in each Community Health Center.

Results of this study explained that in the input factor, the Leprosy Control Program holder was mostly in the Early Adult age group (26 to 35 years) of 45.45%, where the age group was still productive for self-development and development of leprosy control programs. In general, program holders in this age group had good ability to do activities. This was a potential in leprosy discovery activities. The majority of respondents from this study were male, namely 72.73% and most of them were last educated by Diploma of Nursing at 90.9%. Doctors

who were involved in the implementation of the ICF Method in each Community Health Centers were different. Most of the Community Health Centers involved ≥ 1 person with the number of nurses < 8 people. The fewer number of nurses involved, the purpose of the ICF Method Implementation will also not be achieved optimally. Holders of the Leprosy Control Program in most Community Health Center have insufficient knowledge about the Implementation of the ICF Method which is 63.64% with a total of 7 people.

Funding for the implementation of the ICF Method in this exploration was obtained from the Government. Most Health Centers attach financial reports from the ICF Implementation activities of 54.5% with 6 Community Health Center. The suitability of the use of funds with the provisions of Jember Public Health Office is found in 7 Community Health Center (63.6%), this is because each Community Health Center has a different team between nurses, doctors and cadres. The facilities and infrastructure provided for the implementation of the ICF Method are Leprosy Tracking Forms and educational fans, these facilities and infrastructure have fulfilled the needs according to 8 people who have Leprosy Control Program holders. There are no specific guidelines or technical instructions in the implementation of the ICF Method. Planning activities consist of work plans and training. All Community Health Centers develop work plans and there is no specific training in the implementation of the ICF Method. Most Community Health Centers have an internal division of team work, which is 54.5% with a total of 8 Community Health Centers, besides that before the ICF Method Implementation activities began, cross-sector coordination was held to facilitate implementation in the community.

In the implementation of the ICF method, there were obstacles where most of the Community Health Centers could solve it, namely 72.7% with the number of 8 Community Health Centers. The role of cadres is needed during the activity, the majority of cadres play $\geq 50\%$ in most Community Health Center, which is 54.5% (6 Community Health Centers). The implementation of the ICF Method is that most Community Health Center are not in accordance with the directions

from the Health Office, which is 54.5% (6 Community Health Centers) because of the different cultures of the community and experience of program holders in each Community Health Center. The majority of Community Health Centers have met the target of achieving new case findings, namely 72.7% with a total of 8 Community Health Centers.



PRAKATA

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018”.

Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir untuk menyelesaikan program pendidikan strata satu Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Dengan terselesaikannya penulisan skripsi ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Dr. Farida Wahyu Ningtyas, S.KM., M.Kes selaku wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan sebagai Penguji Utama yang telah banyak mendukung dan memberikan arahan terhadap penyelesaian penulisan skripsi ini;
4. Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji yang telah membimbing dalam penyelesaian skripsi ini;
5. Yennike Tri Herawati, S.KM, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
6. Christyana Sandra, S.KM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;

7. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selaku instansi yang telah membantu melengkapi data untuk penelitian dan perizinan untuk melakukan penelitian;
8. Bapak Drs. M. Sulthony, S.KM selaku penguji anggota dan Aliansi Eliminasi Kusta Kabupaten Jember yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan berbagi ilmu selama proses penelitian;
9. Ibu, Bapak, alm. Kakek, suami dan adek, terima kasih telah menghargai segala proses penyelesaian skripsi;
10. Teman-teman FKM Alih Jenis angkatan 2014;
11. Seluruh keluarga besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
12. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyelesaian skripsi ini;

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun. Atas perhatian dan dukungan peneliti menyampaikan terima kasih.

Jember, Juli 2019

Penulis

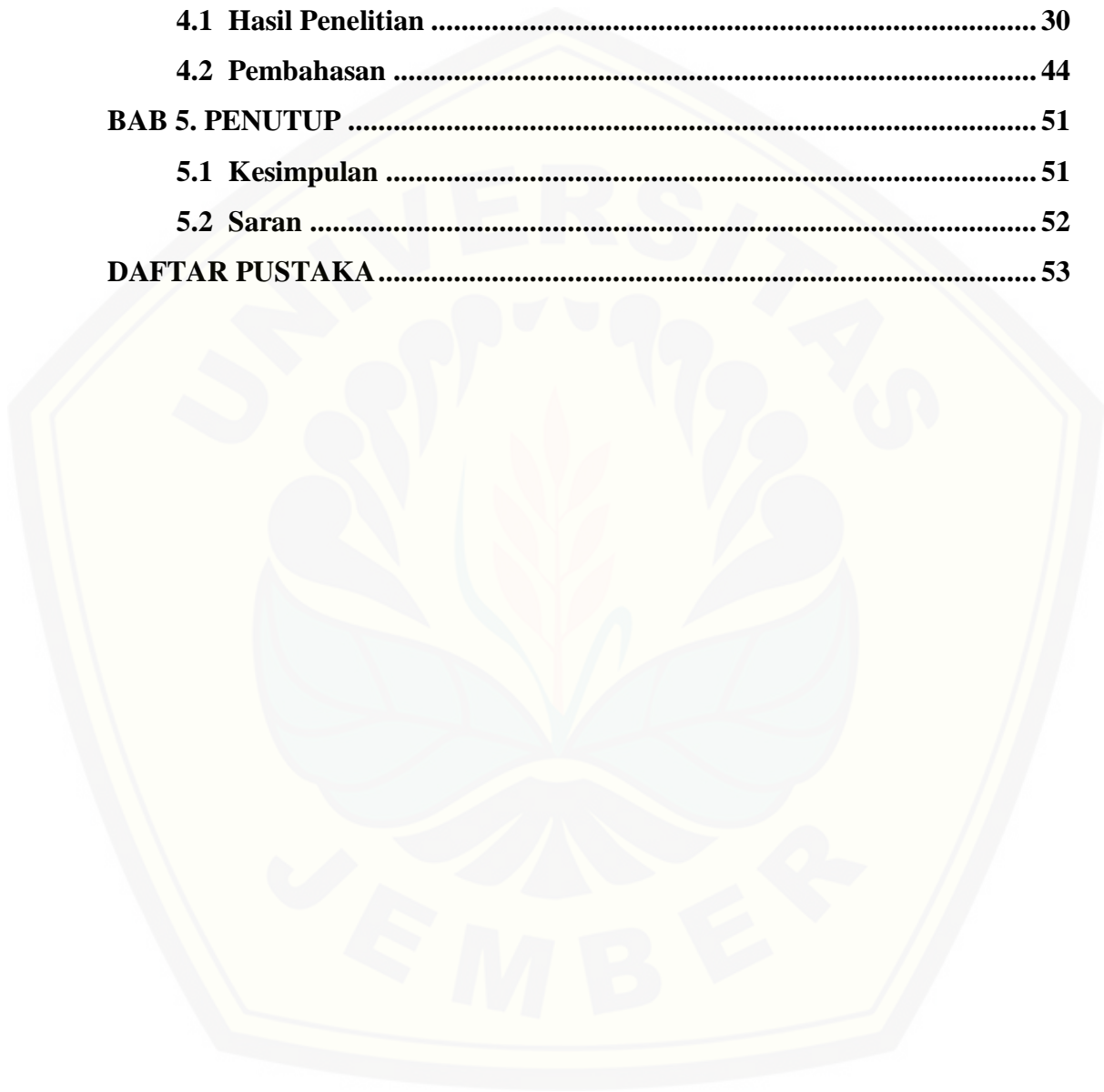
DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	ix
PRAKATA	xiv
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Bagi Masyarakat	4
1.4.2 Bagi Instansi Kesehatan	4
1.4.3 Bagi Peneliti Lain	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Puskesmas	5
2.1.1 Pengertian.....	5

2.1.2	Upaya Pelayanan Puskesmas.....	5
2.2	Program Pengendalian Penyakit Kusta	6
2.2.1	Tujuan	6
2.2.2	Kebijakan	6
2.2.3	Strategi	7
2.2.4	Metode	Error! Bookmark not defined.
2.2.5	Kegiatan	7
2.2.6	Indikator	8
2.3	Cara Penemuan Penyakit Kusta	9
2.3.1	Secara Aktif.....	9
2.3.2	Secara Pasif (Sukarela)	12
2.4	Kerangka Teori.....	16
2.5	Kerangka Konsep.....	17
BAB 3. METODE PENELITIAN.....		20
3.1	Jenis Penelitian.....	20
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	20
3.2.1	Tempat Penelitian	20
3.2.2	Waktu Penelitian.....	20
3.3	Objek Penelitian.....	21
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	21
3.4.1	Variabel Penelitian.....	21
3.5	Data dan Sumber Data	25
3.5.1	Data Primer.....	25
3.5.2	Data Sekunder	25
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	25
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data	25
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	26
3.7	Teknik Pengolahan Penyajian, dan Analisis Data	26
3.7.1	Teknik Pengolahan Data	26
a.	Pemeriksaan Data (<i>Editing</i>).....	27
b.	Pengkodean Data (<i>Coding</i>)	27

b. Pengkodean Tabulasi (<i>Tabulating</i>).....	28
3.7.2 Teknik Penyajian Data	268
3.7.3 Teknik Analisis Data.....	288
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	30
4.1 Hasil Penelitian	30
4.2 Pembahasan	44
BAB 5. PENUTUP	51
5.1 Kesimpulan	51
5.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA.....	53

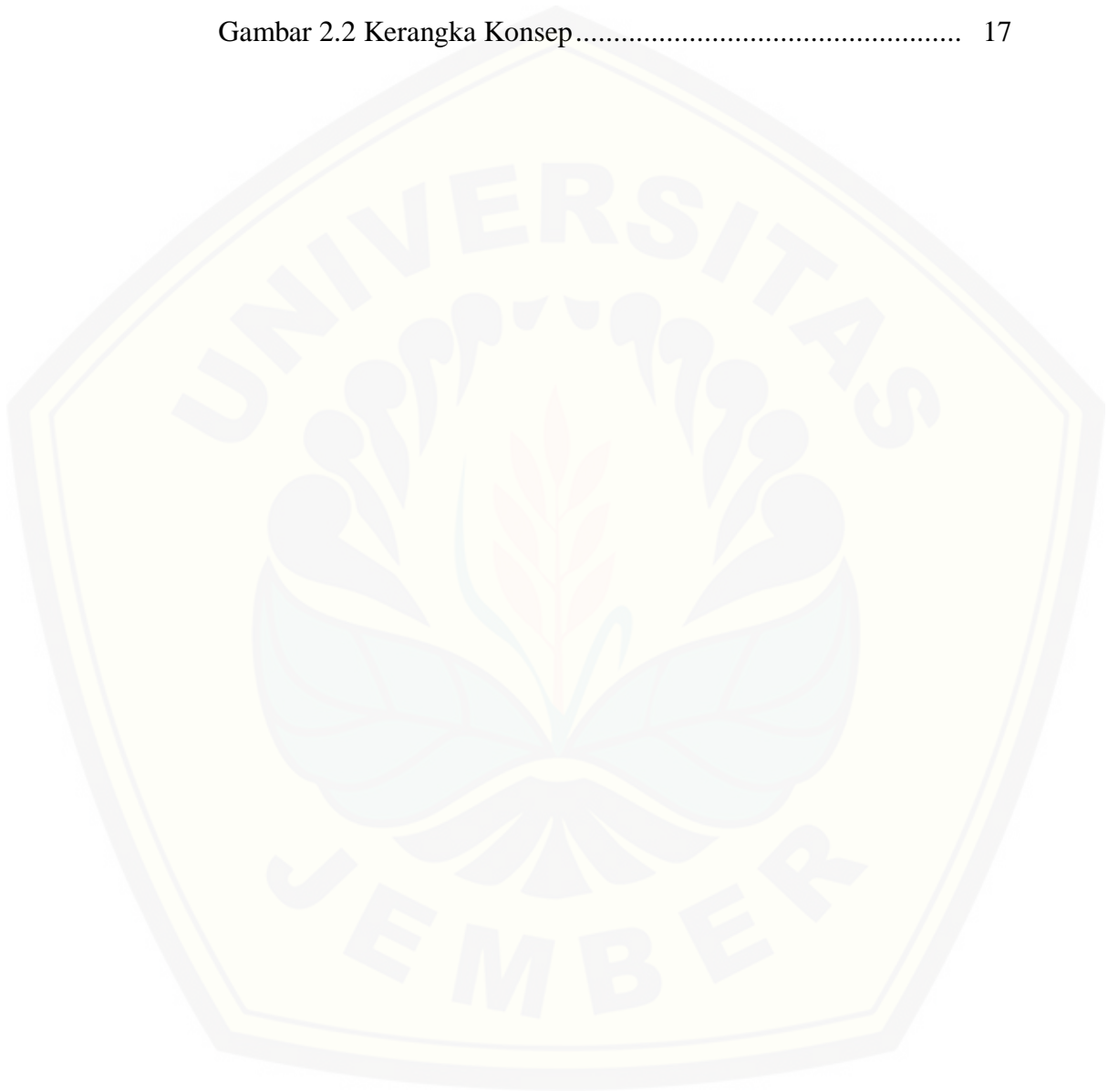


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional.....	22
Tabel 4.1 Tabel Distribusi Karakteristik Pemegang Program P2 Kusta.	30
Tabel 4.2 Tabel Distribusi SDM (Sumber Daya Manusia) dalam Implementasi Metode ICF.....	31
Tabel 4.3. Tabel Distribusi Pengetahuan Pemegang Program P2 Kusta terhadap Implementasi Metode ICF.....	33
Tabel 4.4 Tabel Distribusi Money dalam Implementasi Metode ICF.....	34
Tabel 4.5 Tabel Distribusi Materials dalam Implementasi Metode ICF.....	34
Tabel 4.6 Tabel Distribusi Method dalam Implementasi Metode ICF.....	35
Tabel 4.7 Tabel Distribusi Perencanaan dalam Implementasi Metode ICF.....	36
Tabel 4.8 Tabel Distribusi Pengorganisasian dalam Implementasi Metode ICF.....	37
Tabel 4.9 Tabel Distribusi Pelaksanaan dalam Implementasi Metode ICF.....	38
Tabel 4.10 Tabel Distribusi Output Implementasi Metode ICF.....	39

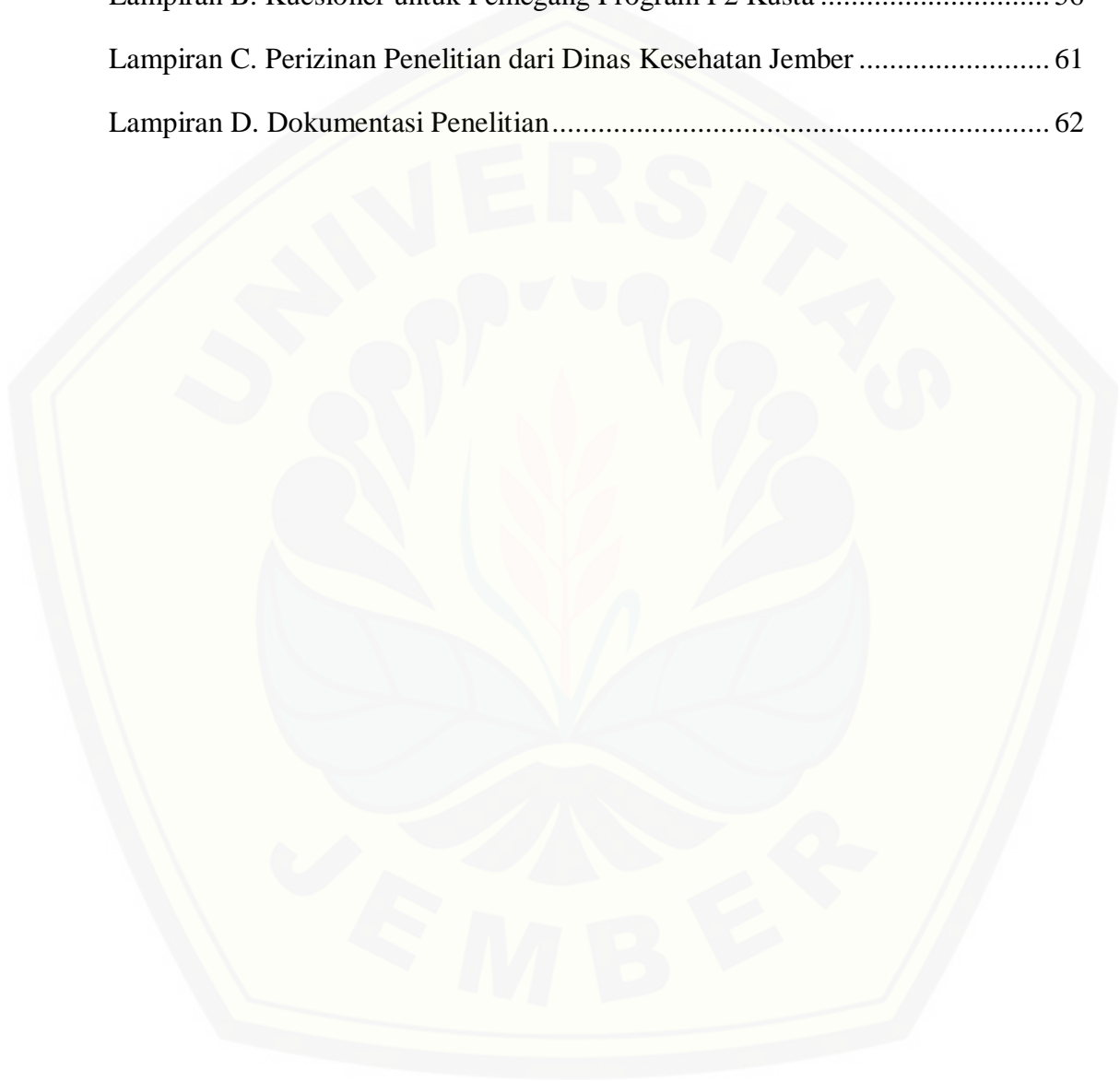
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	16
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	17



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)	55
Lampiran B. Kuesioner untuk Pemegang Program P2 Kusta	56
Lampiran C. Perizinan Penelitian dari Dinas Kesehatan Jember	61
Lampiran D. Dokumentasi Penelitian.....	62



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

CDR	= <i>Case Detection Rate</i>
Dinkes	= Dinas Kesehatan
ICF	= <i>Intensified Case Finding</i>
Kemenkes	= Kementerian Kesehatan
KIE	= Komunikasi, Informasi dan Edukasi
MDT	= Multi Drug Treatment
P2 Kusta	= Program Pengendalian Penyakit Kusta

Daftar Notasi

>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
\geq	= Lebih dari sama dengan
\leq	= Kurang dari sama dengan
%	= Persen

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta (*Morbus hansen*) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya (Noto & Schreuder, 2010 : 60). Istilah kusta berasal dari bahasa Sanskerta, yaitu *kustha* berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta merupakan penyakit yang kompleks, karena tidak hanya dari segi medis seperti kecacatan fisik tetapi juga meluas sampai masalah sosial ekonomi (Lutfia, 2007: 56). Penyakit kusta adalah penyakit menular yang menahun yang disebabkan oleh kuman kusta yang menyerang saraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya (Depkes RI, Dit.Jen PPM & PL 2002: 23).

Indonesia merupakan negara yang dikategorikan sebagai penyumbang jumlah kasus terbesar bersama 3 negara lainnya, dimana Indonesia berada di peringkat ketiga dunia, setelah Brazil dan India, yang melaporkan >10.000 kasus baru dan menyumbang 81% dari kasus baru kusta secara global. Bulan September 2015 terjadi peningkatan jumlah kasus baru sebesar 19.949, lebih tinggi dari pada tahun 2014 yaitu sebesar 17.025 dan tahun 2013 sebesar 16.856 kasus baru (WHO, 2015). Secara nasional, berdasarkan data Dirjen PP dan PI Kemenkes RI (2015), penderita kusta terbanyak disumbangkan dari wilayah Provinsi Jawa Timur, rata-rata per tahun antara 4.000-5.000 penderita. Penderita kusta baru ditemukan sebanyak 4.116 penderita dari jumlah penderita kusta baru di Indonesia pada tahun 2014, pada tahun 2016 jumlah penderita kusta baru sebesar 4.013 kasus. Pada tahun 2017 Dinas Kesehatan kabupaten/kota menemukan 3.520 kasus.

Berdasarkan Data yang bersumber dari Ditjen P2P Kemenkes RI: 2017, Provinsi Jawa Timur adalah provinsi yang menyumbang angka penemuan kasus baru kusta tertinggi dibandingkan dengan 33 provinsi di Indonesia lainnya, yakni sebanyak 3.636 kasus. *Prevalensi Rate* Provinsi Jawa Timur juga masih belum

mencapai target yakni 1,19 dari target $\leq 1/10.000$ jumlah penduduk. Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten dengan kasus kusta tinggi di Jawa Timur. Angka kejadian kusta di Kabupaten Jember tercatat 376 kasus, dengan tipe kusta PB atau biasa disebut dengan tipe kering sebanyak 11 orang dan tipe MB 365 orang. Angka kecacatan tingkat II pasien kusta di Kabupaten Jember yaitu 73 pasien atau 18% dari seluruh kasus kusta di Kabupaten Jember (Dinkes Jember, 2011). Adanya kondisi kecacatan akibat kusta mengindikasikan bahwa penularan kusta di masyarakat masih besar dan penemuan kasus kusta terlambat (Kemenkes RI, 2012). Kecacatan kusta terjadi karena penyakit tidak diobati dengan baik (tidak berobat, tidak taat berobat) dan juga tidak melakukan perawatan diri (Harjanti, 2011)

Pengendalian penyakit kusta bertujuan untuk menurunkan penularan penyakit kusta sampai pada level tertentu (eliminasi; ≤ 1 per 10.000 penduduk) sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Penyakit kusta dideteksi melalui 2 (dua) cara, yaitu penemuan secara pasif dan aktif. Penemuan secara pasif yakni penemuan kasus kusta dengan cara penderita yang datang ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan atau pelayanan kesehatan lain atas keinginan sendiri atau nasihat dari tetangga, sedangkan penemuan aktif, dilakukan melalui beberapa cara: melalui survai kontak (SKI/ ICF), pemeriksaan anak usia Sekolah Dasar atau sederajat, *Chase Survey*, dan survai khusus (Kemenkes RI, 2012: 25).

Terdapat 12 Puskesmas di Kabupaten Jember yang menggunakan metode *Intensified Case Finding* (ICF) sebagai metode penemuan kasus kusta baru dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta Tahun 2018. Puskesmas tersebut adalah Puskesmas Karangduren, Umbulsari, Rowotengah, Panti, Kencong, Gladak Pakem, Pakusari, Lojejer, Kalisat, Sabrang, Semboro dan Sukorambi (Dinkes Kabupaten Jember: 2018). ICF adalah *screening* reguler pada semua individu dengan kusta atau berisiko terjangkit kusta untuk gejala dan tanda yang dilanjutkan segera dengan diagnosis dan pengobatan (Kranzer et al., 2010 : 126). ICF bertujuan untuk menyediakan deteksi kasus awal sehingga meningkatkan kesempatan kelangsungan hidup pada individu yang terjangkit Kusta. Penerapan

metode ICF (*Intensified Case Finding*) adalah untuk menemukan pasien kusta baru yang belum pernah memeriksakan diri ke petugas kesehatan setempat. Penemuan kasus kusta baru secara dini seperti ICF (*Intensified Case Finding*) dilakukan untuk mencegah terjadinya angka kecacatan akibat penyakit kusta, sehingga penderita kusta akan mendapatkan pengobatan secara gratis di Puskesmas setempat.

Berdasarkan data Kusta di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2015, prevalensi yang didapatkan adalah 11,92/100.000 jumlah penduduk (287 kasus). Tahun 2016, yang dideteksi adalah 14,59/100.000 jumlah penduduk (353 kasus). Tahun 2017 prevalensi menurun menjadi 6,08/100.000 jumlah penduduk (147 kasus) dan tahun 2018 menjadi 4,57/ 100.000 jumlah penduduk (111 kasus), sehingga perlunya untuk mengambil judul Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui peran petugas kesehatan terhadap pelaksanaan Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan faktor *input* dalam Program (P2) Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember meliputi sumber daya manusia, dana, sarana, metode dan sasaran.
- b. Menggambarkan Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Program Pengendalian Penyakit Kusta dengan metode ICF (*Intensified Case Finding*) di Kabupaten Jember Tahun 2018.
- c. Menggambarkan capaian CDR (*Case Detection Rate*) / penemuan kasus baru kusta terhadap target Program Pengendalian Penyakit Kusta Tahun 2018 di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

- a. Bagi Masyarakat
Diharapkan dapat bermanfaat untuk masyarakat sebagai pencegahan terhadap penyakit kusta dan memberikan pencerahan terhadap pelayanan Puskesmas terutama Program Pengendalian Penyakit Kusta.
- b. Bagi Instansi Kesehatan
Dimaksudkan untuk memberikan masukan kepada instansi kesehatan dalam penentuan program dan kebijakan dalam usaha peningkatan capaian program Pengendalian kusta.
- c. Bagi Peneliti Lain
Sebagai informasi untuk melanjutkan penelitian yang berkaitan dengan metode deteksi dini penyakit kusta.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Puskesmas

2.1.1 Pengertian

Puskesmas merupakan instansi kesehatan yang memberikan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Pengelolaan puskesmas biasanya berada dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. (Dinkes, 2009).

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang memiliki tanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kepmenkes RI No.128/ Menkes/SK/II/2004).

2.1.2 Upaya Pelayanan Puskesmas

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Pelayanan medis dasar, yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, Program Puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi:

1. Promosi Kesehatan
2. Kesehatan Lingkungan
3. KIA & KB
4. Perbaikan Gizi

5. Pengendalian Penyakit Menular
6. Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medis (Laboratorium dan Farmasi). (Permenkes RI No.75, 2014)

2.2 Program Pengendalian Penyakit Kusta

Penanggulangan Kusta adalah upaya kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan memutus mata rantai penularan Kusta. (Permenkes No.11 tahun 2019)

2.2.1 Tujuan

Menurunkan angka kesakitan penyakit kusta, agar tidak menyebabkan kecacatan dan menjadi masalah kesehatan di masyarakat.

2.2.2 Kebijakan

- a. Integrasi pelaksanaan program kusta ke dalam kegiatan rutin puskesmas.
- b. Pengobatan dengan MDT (*Multi Drug Treatment*) gratis sesuai rekomendasi .
- c. Pasien kusta tidak diperkenankan untuk diasingkan baik dalam keseharian maupn perawatan.
- d. Kemitraan dengan berbagai program dan sector terkait.

2.2.3 Strategi

- a. Meningkatkan keteersediaan dan keterjangkauan MDT yang berkualitas diseluruh Unit Pelayanan Kesehatan.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan melalui peningkatan kemampuan serta keterampilan petugas yang bertanggung jawab.
- c. Meningkatkan peran serta Organisasi Profesi dan Organisasi Kemasyarakatan.
- d. Meningkatkan koordinasi dan kerjasama dengan program sector terkait dalam Pengendalian penyakit kusta.

2.2.4 Target

1. Daerah endemis / kantong kusta dalam 2-5 tahun terakhir
2. Target pemeriksaan kusta 80 % penduduk, frambusia seluruh atau 100 anak / desa/dusun/kampung

2.2.5 Sasaran

1. Masyarakat yang ada di desa, frambusia anak usia 1-15 Th. (Dinkes, 2015)

2.2.6 Kegiatan

- a. Kegiatan Pokok
 1. Penemuan penderita dengan peran aktif masyarakat.
 2. Pengklasifikasian
 3. *Kuratif* dan Pengendalian pengobatan
 4. Mencegah kecacatan dan kebersihan diri
- b. Kegiatan Penunjang
 1. Penatatan dan Pelaporan
 2. Penyuluhan
 3. Pengelolaan Logistik

4. Pelatihan
5. Pertemuan dan rapat konsultasi
6. Supervisi
7. Monitoring dan Evaluasi
8. Pemeriksaan laboratorium dan
9. Meningkatkan kualitas hidup eks penderita kusta

2.2.7 Indikator

Untuk mengetahui keberhasilan program, digunakan beberapa indikasi dalam program Pengendalian kusta antara lain adalah:

- a. Angka Prevalensi (*Prevalensi Rate/ PR*)
Jumlah kesakitan penderita terdaftar (pada suatu saat/ selama periode tertentu) per-10.000 penduduk.
- b. Angka Penemuan (*Case Detection Rate/ CDR*)
Jumlah penderita baru yang ditemukan dalam periode waktu tertentu (Penemuan) per – 100.000 penduduk
- c. Proporsi Cacat Tingkat 2
Jumlah pendertia yang ditemukan telah mengalami cacat tingkat 2 diantara penderita yang baru ditemukan pada periode satu tahun.
- d. Proporsi Anak < 15 Tahun
Jumlah penderita dibawah 15 tahun diantara penderita yang baru ditemukan pada periode satu tahun yang sama.
- e. Angka Kesembuhan Pasien PB
Jumlah pasien PB yang menyelesaikan pengobatan MDT-nya tepat waktu (6 dosis dalam 6-9 bulan) pada periode kohort tertentu, dinyatakan dalam persentase.
- f. Angka Kesembuhan Pasien MB
Jumlah pasien MB yang menyelesaikan pengobatan MDT-nya tepat waktu (12 dosis dalam 12-18 bulan) pada periode kohort tertentu, dinyatakan dalam persentase. (FKUI, 2003 :1-3)

2.3 Cara Penemuan Penyakit Kusta

2.3.1 Secara Aktif

Penemuan secara aktif adalah pasien yang ditemukan secara aktif melalui kegiatan-kegiatan seperti: *Rapid Village Survey (RVS)*, *Survey Kontak Intensif (SKI)*, *Chase Survey*, *Leprosy Elimination Campaign*, dan *Intensified Case Finding (ICF)*.

a. Metode ICF (*Intensified Case Finding*)

ICF (*Intensified Case Finding*) merupakan sebuah aktivitas yang direkomendasikan WHO yang bertujuan untuk mendeteksi kemungkinan kasus kusta sedini mungkin di antara individu dengan kusta yang biasanya menggunakan kuesioner sederhana mengenai tanda dan gejala kusta. ICF (*Intensified Case Finding*) bukan berarti menegakkan diagnosis kusta namun ICF merupakan langkah awal menegakkan diagnosis. ICF adalah screening reguler pada semua individu dengan kusta atau berisiko terjangkit kusta untuk gejala dan tanda yang dilanjutkan segera dengan diagnosis dan pengobatan (Kranzer et al., 2010: 126). ICF (*Intensified Case Finding*) bertujuan untuk menyediakan deteksi kasus awal sehingga meningkatkan kesempatan kelangsungan hidup pada individu yang terjangkit Kusta (Elden et al., 2011: 308)

Langkah pelaksanaan *case finding* dilakukan apabila terjadi kesulitan dengan saat menggunakan metode sensus dan survey. *Active case finding* merupakan metode untuk menemukan penderita kusta dengan peran aktif kader masyarakat yaitu kader Posyandu. Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita kusta disuatu masyarakat yang enggan berobat. Pada pencarian kasus aktif ini, petugas kesehatan mendatangi daerah endemis khususnya wilayah sekitar mantan pasien kusta 3-5 tahun yang lalu.

Tujuan ICF pada Penyakit Kusta

Tujuan Umum :

Pemberdayaan Kepala Keluarga dalam screening status kesehatan anggota keluarganya, khususnya Penyakit Kusta.

Tujuan Khusus :

1. Penyebarluasan informasi kusta pada keluarga dan kelompok masyarakat
2. Meningkatkan cakupan pemeriksaan kontak
3. Meningkatkan penemuan suspect dan kasus baru
4. Mengurangi angka kecacatan
5. Mengurangi stigma dan self stigma kusta

Unsur-Unsur Masyarakat yang Terlibat

1. Lintas sektor / lintas program tingkat Kabupaten
2. Kelompok wanita keagamaan : Aisyiyah, Fatayat dan Muslimat
3. Camat
4. Tenaga kesehatan di Puskesmas maupun Desa
5. Perangkat Desa
6. Guru UKS (jika ada kasus anak)
7. Kader kesehatan
8. Kepala keluarga

Mekanisme Kegiatan ICF:

I Persiapan Kegiatan

1. Pertemuan sosialisasi di tingkat Kabupaten dan Puskesmas

Kegiatan ini dilakukan di Kabupaten dengan melibatkan Kepala Puskesmas dan Petugas Kusta Puskesmas.

a) Narasumber :

- 1) Kemenkes RI
- 2) Dinkes Provinsi
- 3) Dinkes Kabupaten

2. Pertemuan Advokasi pada stake holder terkait
 - a) Pelaksanaan kegiatan di kabupaten :
 - 1) Kecamatan
 - 2) Kelompok keagamaan
 - 3) Lintas sektor dan program
 - 4) Puskesmas
 - b) Nara sumber :
 - 1) Bupati atau yang mewakili
 - 2) Kemenkes RI
 - 3) Dinkes Provinsi
 - 4) Dinkes Kabupaten
3. Verifikasi data dasar
4. Identifikasi masalah
5. Identifikasi sumberdaya manusia untuk operasional
6. Identifikasi sasaran operasional dan lokasi
 - a) Dilakukan oleh wasor kabupaten bersama petugas kusta Puskesmas terpilih
 - b) Data minimal max 5 tahun atau min 3 tahun berturut-turut untuk mencari penyebaran penderita kusta (index case / IC) terbanyak pada lokasi
 - c) Proporsi cacat 2 dan kasus anak sebagai pertimbangan dalam penentuan prioritas
 - d) Perhitungan jumlah Kepala Keluarga
 - e) Lokasi kegiatan → desa / dusun
7. Identifikasi logistic
 - a) Alat peraga KIE
 - b) Buku catatan & bolpoint
 - c) Kapas
 - d) MDT (*Multi Drug Treatment*)

II Pelaksanaan Kegiatan

1. Pertemuan Persiapan dengan 12 pemegang Program P2 Kusta Puskesmas.
2. Pertemuan Lintas sektor, tokoh agama, perangkat desa dan kader Pertemuan Lintas sektor & Lintas program di Kecamatan.
3. Pembentukan tim pelaksana kegiatan lapangan baik di Kabupaten maupun Puskesmas.
4. Penyusunan jadwal pelaksanaan kegiatan oleh tim Puskesmas & tim Kabupaten.

III Monitoring

1. Pelaksana :
 - a) Tim Provinsi
 - b) Tim Kabupaten
 - c) Tim Puskesmas (Kepala Puskesmas & petugas)
2. Monitoring :
 - a) Monitoring di Puskesmas : Dokter & petugas Puskesmas
 - b) Monitoring di Kabupaten : Tim supervisi
 - c) Monitoring oleh Provinsi (Dinkes Jember, 2016: 19)

2.3.2 Secara Pasif (Sukarela)

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

- a. Aspek dari sisi pasien: Ketidaktahuan pasien terhadap tanda kusta secara dini, malu untuk berobat ke Puskesmas, tidak mengetahui bahwa pengobatan kusta di Puskesmas tersebut adalah cuma-cuma, dan akses ke Puskesmas terlalu jauh.
- b. Aspek dari penyedia layanan kesehatan : Ketidakmampuan mengenali tanda kusta dan mendiagnosis, pelayanan tidak mengakomodasi kebutuhan klien, dll.

2.4 Implementasi Program

Implementasi merupakan suatu proses untuk mewujudkan terlaksananya suatu kebijakan dan tercapainya kebijakan tersebut. Implementasi merupakan kegiatan yang dilakukan guna mewujudkan perencanaan yang selesai dikerjakan dengan menggerakkan semua sumberdaya yang memiliki organisasi melalui aktivitas koordinasi dan supervisi (Nuryadi dkk, 2013:33). Gambaran mengenai implementasi metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program P2 Kusta di Kabupaten Jember didasarkan dengan menggunakan Pendekatan Teori Sistem (*System Approach*).

Sistem merupakan beberapa komponen fungsional dengan tugas atau fungsi khusus yang saling berintegrasi dan memiliki tujuan untuk memenuhi suatu proses atau pekerjaan tertentu (Kusrini, 2007:11). Berikut penjelasan mengenai komponen pendekatan sistem:

a. *Input*

Input merupakan kumpulan elemen yang ada dalam suatu sistem serta diperlukan untuk sistem tersebut (Azwar, A., 2010:28). *Input* merupakan sumber daya yang dimiliki oleh institusi kesehatan (Muninjaya, A. A., 2004:46). Unsur *input* dari suatu sistem dalam penelitian ini yaitu:

1) *Man* (Sumberdaya manusia)

Sumberdaya manusia adalah seluruh potensi yang dimiliki manusia. Manusia adalah orang yang menggerakkan dan melakukan aktivitas atau kegiatan guna mencapai tujuan organisasi, termasuk pula mendayagunakan sumberdaya lain. Dalam penelitian ini tenaga dipengaruhi oleh pelatihan dan pengembangan yang didapatkan serta karakteristik responden.

2) *Money* (Dana)

Dana merupakan salah satu unsur yang penting dalam implementasi program. Jumlah uang yang beredar dalam suatu institusi, perusahaan ataupun lembaga dapat mengukur besar dan kecilnya hasil suatu kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi. Dana dari suatu program biasanya didapat

dari dana APBN, APBD maupun swadaya masyarakat. Sumber dana pelaksanaan Metode ICF dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta berasal dari APBN. Menurut Tampunbolon dalam Farkhanani (2016:28) Ketersediaan dana yang cukup adalah salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu program karena pengalokasian dana tersebut sesuai dengan yang diprogramkan.

3) *Materials* (Sarana)

Materi meliputi bahan setengah jadi dan bahan jadi. Sarana yang lengkap akan mendukung keberhasilan program dan kelancaran kegiatan yang diprogramkan.

4) *Method* (Metode)

Metode kerja diperlukan dalam suatu pelaksanaan. Kelancaran sebuah pekerjaan didukung oleh tata kerja yang baik. Metode merupakan penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan kegiatan usaha, uang, penggunaan waktu, fasilitas-fasilitas yang tersedia, berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran. Pelaksanaan program jika tidak ada metode sebagai acuan maka dalam pelaksanaan program besar kemungkinan terjadi salah persepsi, sehingga metode dalam suatu program sangat penting keberadaanya (Farkhanani, 2016:29).

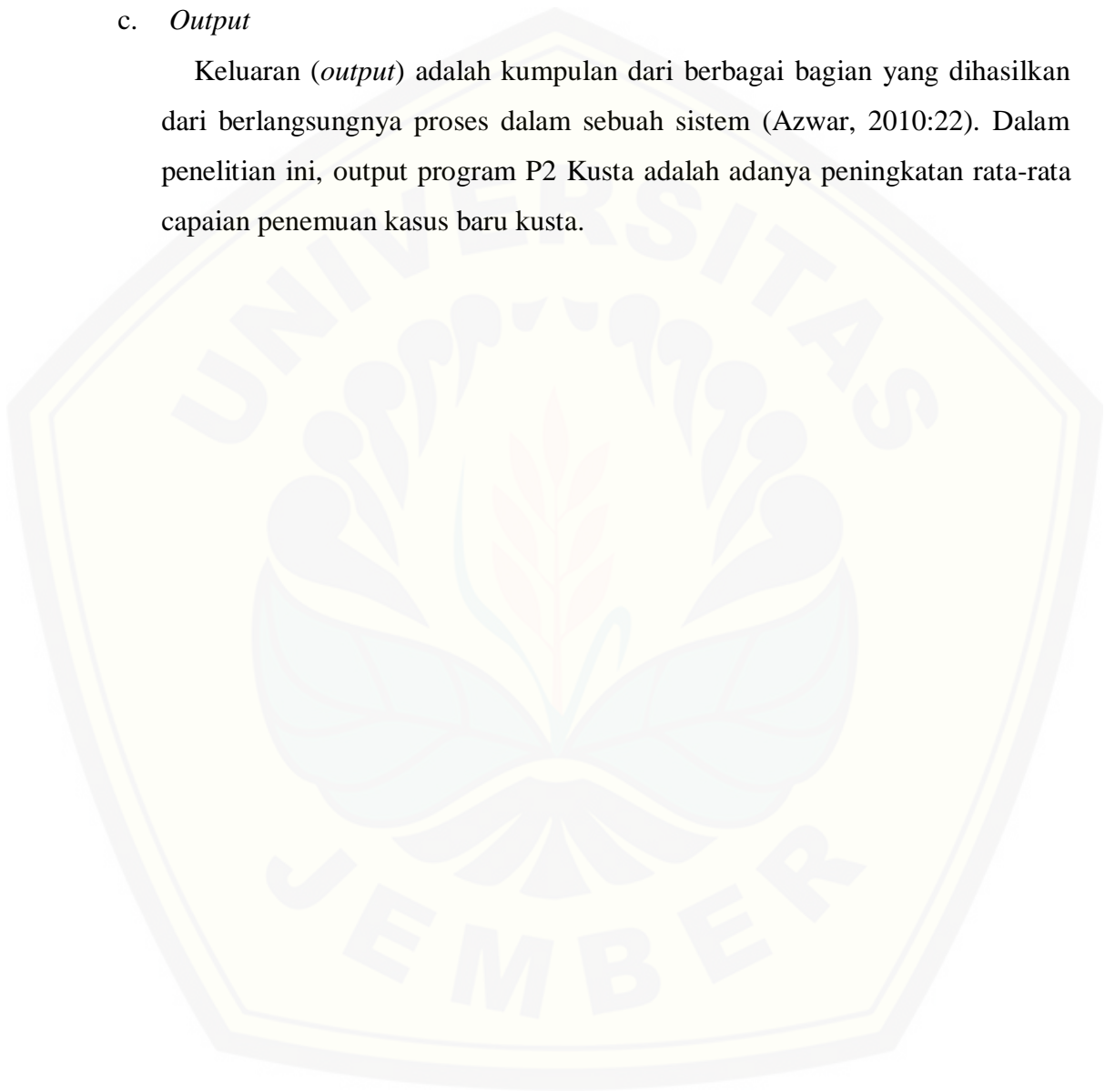
b. *Process*

Proses (*process*) merupakan kumpulan dari berbagai elemen yang ada dalam sebuah sistem dan memiliki fungsi untuk menjadikan masukan sebagai keluaran yang direncanakan (Azwar, 2010:28). Unsur dari proses antara lain perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian dan penilaian. Perencanaan merupakan penentuan apa yang harus dicapai (tujuan), bagaimana cara mencapainya dan bagaimana tolok ukur pencapaian tujuan serta memberikan rencana kegiatan yang akan dikerjakan selanjutnya. Pengorganisasian merupakan serangkaian aktivitas menyusun struktur organisasi yang selaras dengan tujuan, sumber dan lingkungan. Pelaksanaan merupakan langkah untuk mewujudkan rencana dengan mempergunakan organisasi yang terbentuk menjadi kenyataan. Pengendalian merupakan

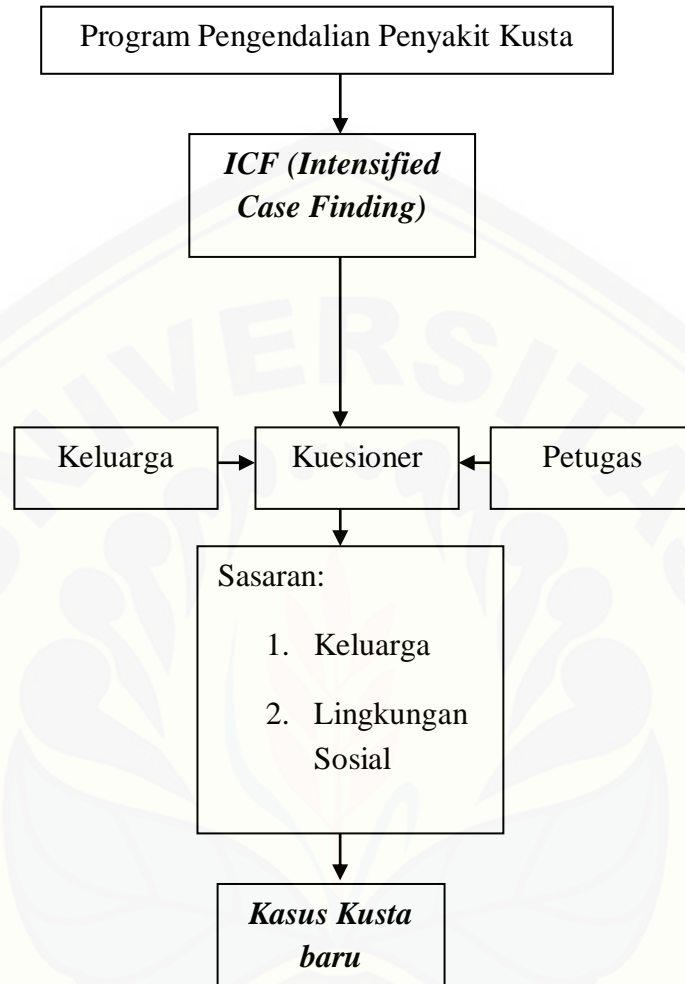
pengawasan terhadap antara kenyataan dengan standar atau harapan yang telah direncanakan dan ditetapkan.. Sehingga dapat diketahui efektivitas program tersebut dan perbaikan-perbaikan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas program.

c. *Output*

Keluaran (*output*) adalah kumpulan dari berbagai bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sebuah sistem (Azwar, 2010:22). Dalam penelitian ini, output program P2 Kusta adalah adanya peningkatan rata-rata capaian penemuan kasus baru kusta.

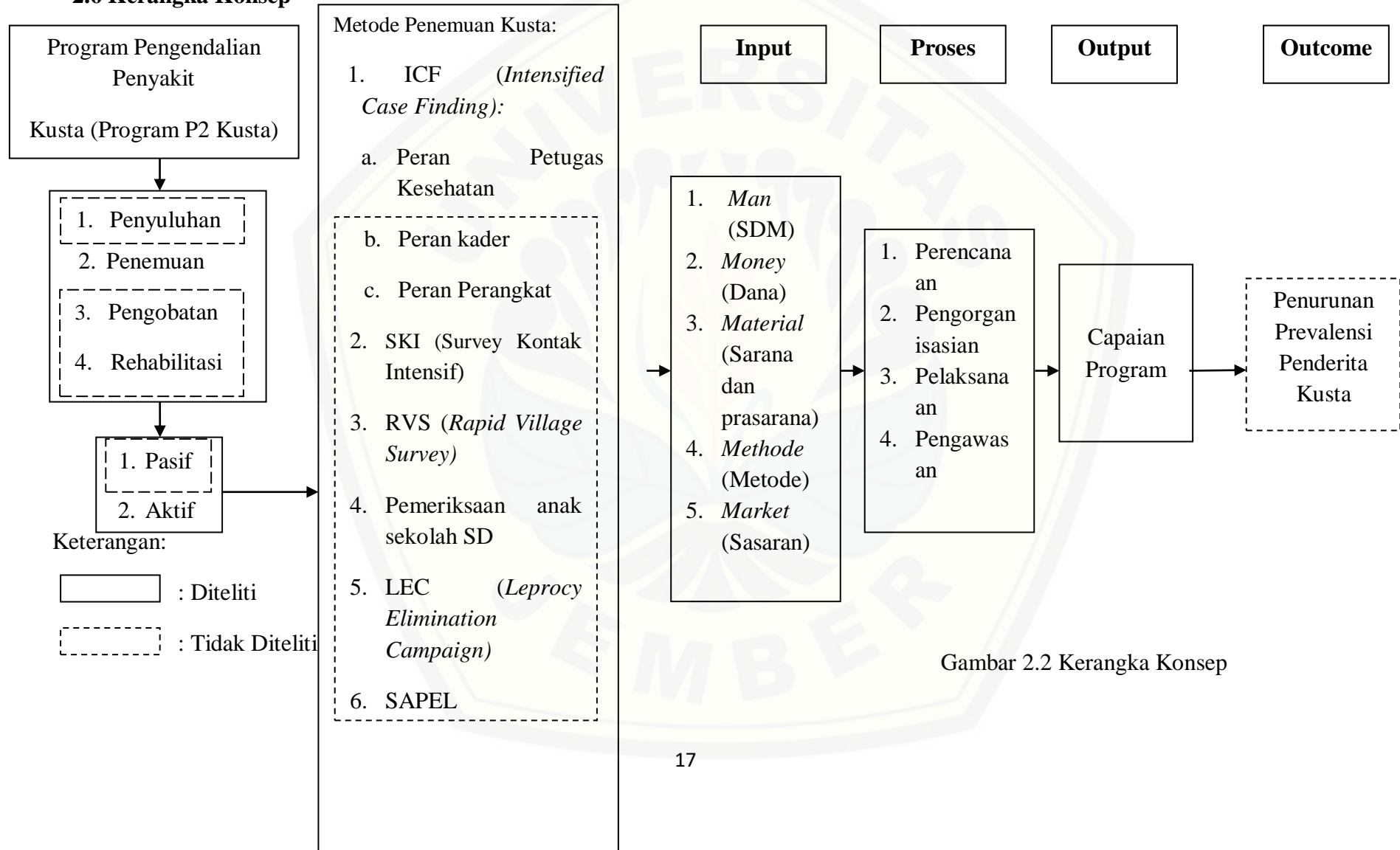


2.5 Kerangka Teori



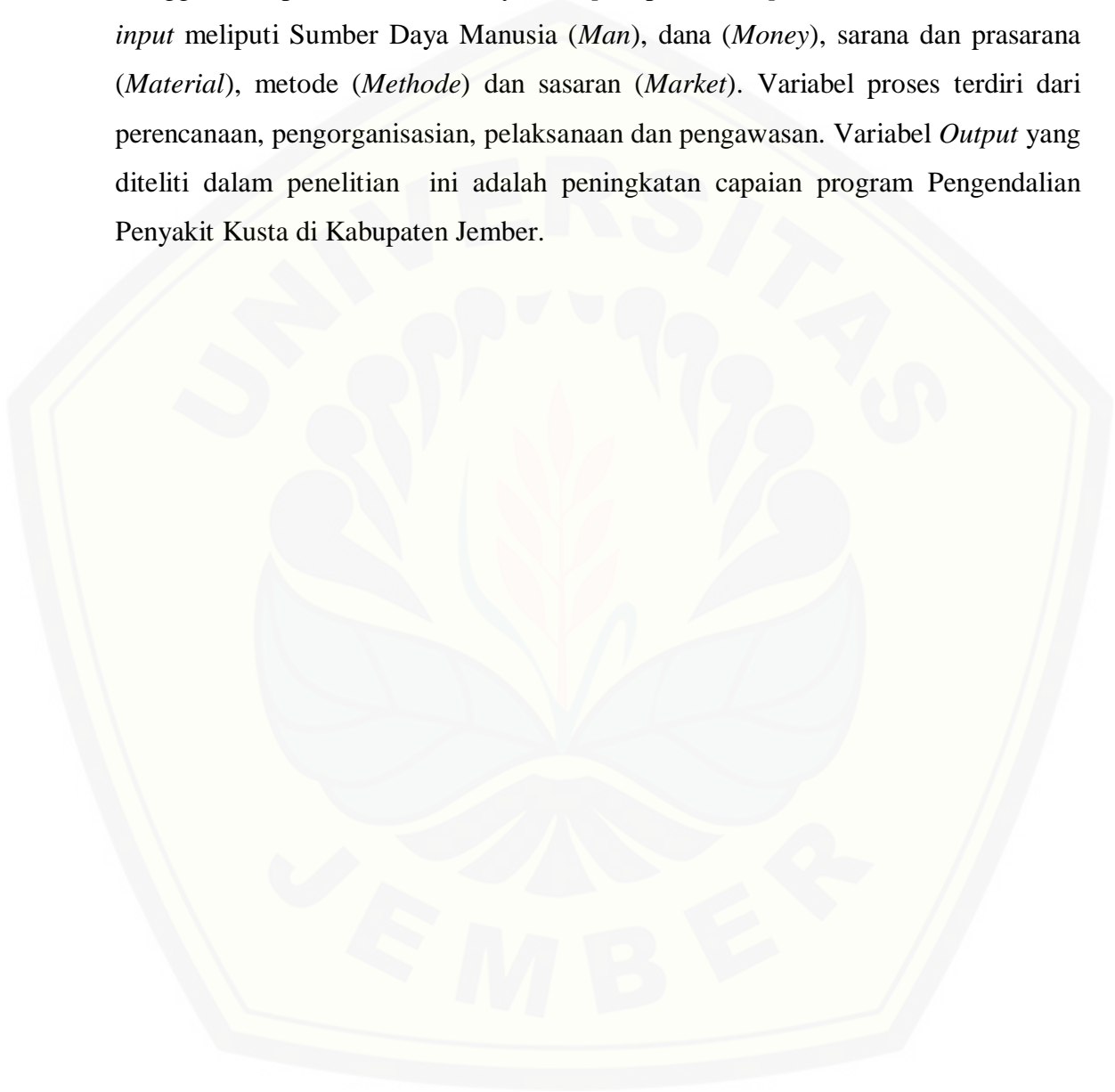
Gambar 2.1 Kerangka Teori dari konsep Donabedian (1998)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keberhasilan Program Pengendalian Kusta dapat dicapai dengan deteksi dini penderita penyakit kusta baru. Implementasi Program ini dijelaskan dengan menggunakan pendekatan sistem yakni *input*, proses, *output*, dan *outcome*. Variabel *input* meliputi Sumber Daya Manusia (*Man*), dana (*Money*), sarana dan prasarana (*Material*), metode (*Method*) dan sasaran (*Market*). Variabel proses terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Variabel *Output* yang diteliti dalam penelitian ini adalah peningkatan capaian program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember.





BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Pendekatan deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan objek penelitian. Deskriptif ialah metode yang berfungsi memberikan gambaran terhadap objek penelitian dengan kumpulan data atau sampel sebagaimana adanya (Sugiyono, 2012: 29). Pada penelitian ini akan mendeskripsikan pelaksanaan metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian mengenai Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018 dilaksanakan di 12 Puskesmas .

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian mengenai Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018 ini dilaksanakan pada bulan Februari 2019 - Juni 2019.

3.3 Objek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, S, 2010: 115). Populasi dalam penelitian ini adalah pemegang program P2 Kusta di 12 Puskesmas se-Kabupaten Jember.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang dipilih dengan cara tertentu dan dianggap mewakili populasi yang dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, S., 2010: 130). Pada penelitian ini sampel adalah pemegang Program P2 Kusta 12 Puskesmas yang menggunakan metode ICF tahun 2018.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki oleh anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoadmodjo, 2012). Adapun variabel bebas dalam penelitian ini adalah penemuan kasus kusta baru, sedangkan variabel terikat adalah metode ICF dalam Program Pengendalian Kusta.

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Identifikasi dan Skala

No.	Variabel	Definisi Operasional	Identifikasi/Kategori
I Karakteristik Sasaran			
a.	Usia	Lama waktu hidup responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir saat dilakukan wawancara.	Kategori: 1= Dewasa Awal (26 s.d 35 tahun) 2= Dewasa Akhir (36 s.d 45 tahun) 3= Masa Lansia Awal (46 s.d 55 tahun) 4= Masa Lansia Akhir 56 s.d 65 tahun)
(Depkes RI, 2009)			
b.	Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis responden untuk membedakan seks responden berdasarkan kartu identitas berlaku	Jenis kelamin dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1= Laki-laki 2= Perempuan
c.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh dan telah mendapat ijazah resmi dari lembaga pendidikan.	Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi 7, yaitu: 1= Pendidikan Dasar (SD/MI-SMA/SMK/MA) 2= Pendidikan Sedang (Diploma I- Diploma III) 3= Pendidikan Tinggi (DIV/ S1-S3)
II Input			
1. Man (SDM)			
a.	Ketersediaan SDM	Terdapat pembagian tugas dalam pelaksanaan ICF di Puskesmas berdasarkan jumlah SDM.	1= Ada 2= Tidak Ada
1)	Ketersediaan Dokter	Adanya Dokter yang berperan dalam Metode ICF tahun 2018	1= Ada 2= Tidak Ada

No.	Variabel	Definisi Operasional	Identifikasi/Kategori
2)	Ketersediaan Perawat	Adanya Perawat yang berperan dalam Metode ICF tahun 2018	1= Ada 2= Tidak Ada
3)	Jumlah Perawat	Kuantitas Perawat yang berperan dalam pelaksanaan Metode ICF di kabupaten Jember tahun 2018	1= < 8 Orang 2= ≥ 8 Orang
b.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti responden mengenai Implementasi metode ICF dalam Program P2 Kusta	Pengetahuan diukur dengan 7 pertanyaan. Skor pada tiap pertanyaan yaitu : Benar = 1 Salah = 0 Dengan nilai maksimal 7 dan minimal 0 maka diperoleh : 1= Pengetahuan kurang , jika skor ≤ 70% 2= Pengetahuan baik, jika skor 71-100%.
2.	<i>Money</i> (Dana)	Seluruh biaya yang digunakan dalam proses pelaksanaan ICF dalam program P2 Kusta di Kabupaten Jember.	<i>Money</i> dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1= Ya 2= Tidak
3.	<i>Material</i> (Sarana dan Prasarana)	Ketersediaan sarana dan prasana dalam pelaksanaan ICF	<i>Material</i> dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1= Ya 2= Tidak
4.	<i>Method</i> (Metode)	Strategi yang jelas dalam menjalankan ICF dalam program P2 Kusta sesuai dengan petunjuk teknis ICF.	<i>Method</i> dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1= Ya 2= Tidak
5.	<i>Market</i> (Sasaran)	Obyek dalam pelaksanaan ICF dalam program P2 Kusta.	Masyarakat yang berisiko menderita kusta.

N	Variabel	Definisi	Identifikasi/Kategori
o.		Operasional	
II Proses			
	1. Perencanaan	Penentuan serangkaian tindakan untuk mencapai hasil yang diinginkan	
	a. Rencana kerja	Suatu rancangan kegiatan ICF dalam program P2 Kusta.	Rencana kerja dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1= Ya 2= Tidak
	b. Pelatihan (<i>Workshop</i>)	Pengalaman responden dalam kegiatan pembekalan dan pelatihan (<i>Workshop</i>) tentang metode ICF.	1= Ya 2= Tidak
	2. Pengorganisasian		
	a. Pembagian Kerja	Pemecahan tugas kompleks menjadi komponen yang lebih kecil sehingga setiap sumber daya manusia bertanggung jawab untuk beberapa aktivitas pelaksanaan ICF program P2 Kusta.	1= Ya 2= Tidak
	b. Koordinasi	Proses menyatukan aktivitas bagian-bagian terpisah dari sebuah organisasi untuk mencapai tujuan	1= Ada koordinasi 2= Tidak ada koordinasi
	3. Pelaksanaan	Kegiatan yang dilakukan dengan metode ICF dalam Program P2 Kusta di Puskesmas.	1= Sesuai petunjuk Dinas Kesehatan 2= Tidak sesuai petunjuk Dinas Kesehatan
II Output			
I			
	1. Capaian Penemuan	Hasil dari pelaksanaan Program P2 Kusta menggunakan Metode	1= Ya, jika jika capaian $\leq 1/10.000$, 2= Tidak, jika capaian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Identifikasi/Kategori
	Kasus Baru Kusta	ICF.	>1/10.000

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari pengumpul data terhadap sasaran oleh peneliti (Budiarto et al., 2003:38). Pada penelitian ini data primer dihasilkan dari wawancara dengan responden.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain atau data yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas yang diteliti.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2011). Teknik pengumpulan yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui:

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dengan cara peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang sasaran penelitian atau bercakap-cakapan berhadapan muka dengan orang (*face to face*) (Notoadmodjo, 2010). Peneliti melakukan wawancara dengan informan

untuk memperoleh informasi tentang pelaksanaan metode penemuan kasus kusta baru dengan menggunakan ICF (*Intensified Case Finding*) pada Program Pengendalian Kusta di 12 PKM se-Kabupaten Jember dengan menggunakan wawancara tersebut.

b. Dokumentasi

Pada penelitian ini, peneliti meminta data-data yang dibutuhkan dan menyesuaikan dengan variabel yang diteliti, yakni berasal dari Dinkes maupun 12 Puskesmas yang diteliti.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, S., 2006:229). Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner, bolpoin, *Handphone*, dan buku catatan.

a. Kuesioner

Kuesioner adalah teknik pengumpulan data oleh peneliti yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2015:142). Kuesioner dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik pemegang Program P2 Kusta dan pelaksanaan Metode ICF di Kabupaten Jember tahun 2018.

3.7 Teknik Pengolahan Data, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah kegiatan lanjutan setelah pengumpulan data dilaksanakan. Pada penelitian kuantitatif, pengolahan data secara umum dilaksanakan melalui beberapa tahap, antara lain (Bungin, 2017:117):

a. Pemeriksaan (*editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai mengumpulkan data di lapangan. Kegiatan ini menjadi penting karena

kenyataannya bahwa data yang terhimpun seringkali belum memenuhi harapan peneliti, ada diantaranya kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebih atau bahkan terlupakan. Oleh karena itu, keadaan tersebut harus diperbaiki melalui *editing* ini. Apabila peneliti selesai menghimpun data di lapangan kemudian ditemukan adanya data yang masih kurang atau terlewatkan maka peneliti akan segera melengkapi data tersebut dengan cara menghubungi atau mendatangi ulang responden.

b. Pemberian nilai (*scoring*)

Scoring merupakan langkah-langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner dan lembar observasi. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah kemudian dijumlah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel.

c. Tabulasi

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Langkah ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam menjumlah skor dari jawaban-jawaban responden secara bersama-sama dalam bentuk tabel.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan digambarkan sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010: 188). Dalam penelitian ini, hasil penelitian disajikan secara verbal. Penyajian verbal merupakan penyajian hasil penelitian dengan menggunakan kata-kata berupa narasi.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Notoadmodjo, 2012:182). Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2012: 88). Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat (analisis deskriptif) yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, S., 2010:182).

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai peran petugas kesehatan terhadap implementasi metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program P2 Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Sebagian besar aspek dalam faktor *input* sudah sesuai dengan petunjuk teknis Program Pengendalian Penyakit Kusta. Diantaranya adalah *man*, ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai dengan kebutuhan. Disamping itu, mayoritas faktor *money* juga sudah memenuhi ketemtuan, diantaranya adalah dana yang diberikan sudah memenuhi kebutuhan dan penggunaan dana yang sesuai dengan ketentuan Dinas Kesehatan Jember dan. Faktor *material* yakni sarana dan prasarana telah memadai untuk Implementasi Metode ICF. Sedangkan untuk *method*, karena semua Puskesmas tidak mendapatkan juknis/ panduan dari Dinas kesehatan Jember, maka pelaksanaan disesuaikan dengan strategi masing-masing Puskesmas. Sasaran (*market*) dari metode ICF ini adalah masyarakat yang bertempat tinggal di sekitar penderita kusta yang telah terdaftar/ terdeteksi.
- b. Implementasi Metode ICF dalam Program P2 Kusta di masing-masing Puskesmas berbeda strategi dan kendala yang dihadapi. Sebagian besar Puskesmas telah menyelesaikan kendala yang dihadapi selama pelaksanaan kegiatan. Hal ini karena tidak adanya juknis khusus Metode ICF dalam Program P2 Kusta dimana juknis tersebut dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan.
- c. Mayoritas Puskesmas berhasil memenuhi target capaian penemuan kasus kusta baru di wilayahnya walaupun terdapat keterbatasan waktu dan SDM

khususnya tenaga perawat yang melaksanakan deteksi dini kusta di masyarakat.

5.2 Saran

- a. Bagi Dinas Kabupaten Jember untuk menyusun petunjuk teknis mengenai Metode ICF (*Intensified Case Finding*) sehingga seluruh Puskesmas se-Kabupaten/Kota Jember dapat mempelajari dengan baik dan dapat melaksanakan deteksi dini kasus kusta secara aktif dan mandiri.
- b. Bagi Puskesmas :
 - 1) Meningkatkan kemitraan dalam kepedulian penderita kusta;
 - 2) KIE secara intensif kepada kader;
 - 3) Pembentukan kelompok perawatan diri pasien khususnya pasien cacat tingkat II;
 - 4) Pembentukan Kelompok bagi kader kesehatan;
- c. Bagi peneliti lain disarankan agar penelitian ini dapat dilanjutkan dengan Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) yang dilaksanakan di tahun 2019 karena pelaksanaan lebih lengkap dengan penam bahan profilaksis untuk pencegahan penyakit kusta.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2007. *Sistem kesehatan*. PT. Raja grafindo persada. Jakarta.
- Arikunto, S. 2004. *Dasar-dasar evaluasi pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Bungin, Burham. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana
- Depkes RI. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Dinkes Jember. 2016. *Data Kusta*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Ditjen PP & PL. 2002. *Buku Pedoman Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Depkes RI.
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ed Revisi, Cet. 13. Jakarta: Bumi Aksara. Kemenkes RI. 2012. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khotimah, H dan Kuswandi, K. 2014. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita di Desa Sumur Bandung Kecamatan Cikulur Kabupaten Lebak Tahun 2013. *Jurnal Obstetika Scientia*, vol. 2, no. 1, hal: 146-162.
- Muhammad, Ali. 2010. *Kesehatan Wanita, Gender dan Permasalahannya*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoadmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Permenkes No.11. 2019. *Penanggulangan Kusta*. Jakarta: Kemenkes RI

Rahariyani, Dwi Luthfia. 2007. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta : EGC.

Sopiah. 2008. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Sugiyono. 2012. *Metode penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Tafwidhah, Y., 2010. *Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak*, Universitas Indonesia, Depok.

Lampiran A. Lembar Persetujuan Responden

**KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN
TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331)
322995
332996, Fax (0331) 337878 Jember 68121**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Pekerjaan :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : NIKE DESSY YUNISTASARI

NIM : 142110101204

Judul : Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF
(*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian
Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018

Prosedur ini tidak memberikan dampak apapun terhadap saya dan profesi saya serta kedinasan. Dengan ini saya menyatakan bersedia dengan suka rela untuk berpartisipasi sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....

Responden

(.....)



**KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN
TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995
332996, Fax (0331) 337878 Jember 68121**

Lampiran B. **Kuesioner untuk Pemegang Program P2 Kusta**

Judul : Peran Petugas Kesehatan terhadap Implementasi Metode ICF (*Intensified Case Finding*) dalam Program Pengendalian Penyakit Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2018.

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon dengan hormat dan ketersediaan Bapak/ Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Kuesioner

Kode Responden :

- I. Data Umum Informan :**
- a. Nama :
 - b. Usia :
 - c. Jenis Kelamin :
 - d. Tingkat Pendidikan :
 - e. Pekerjaan :
 - f. Tanggal Wawancara :
 - g. Lokasi Wawancara :

II. *Input*

1. *Man*

A. Ketersediaan SDM

1) Adakah Dokter Umum yang bertugas baik di IGD ataupun Rawat Inap dalam menangani kasus kusta dalam Program P2 Kusta dengan metode ICF pada tahun 2018 di Puskesmas Anda?

- a. Ada
- b. Tidak Ada

2) Jika ada, berapakah jumlah Dokter yang menangani kasus kusta dalam Implementasi ICF tersebut?

- a. < 2 orang
- b. ≥ 2 orang

3) Adakah perawat yang bertugas dalam pelaksanaan ICF di Puskesmas tempat Anda bekerja?

- a. Ada
- b. Tidak Ada

4) Jika ada, berapakah jumlah perawat yang bertugas dalam Implementasi ICF di Puskesmas Anda tahun 2018?

- a. < 8 orang
- b. ≥ 8 orang

B. Pengetahuan

1) Metode ICF adalah metode untuk mengetahui jumlah penderita kusta di suatu wilayah.

- a. Benar
- b. Salah

2) Apabila ditemukan Ibu Hamil yang menderita kusta, maka bayi tidak akan menderita kusta saat lahir.

- a. Benar

- b. Salah
- 3) Penderita kusta yang secara sukarela memeriksakan diri ke puskesmas akan diberikan MDT (*Multi Drug Threatment*) oleh tenaga kesehatan.
 - a. Benar
 - b. Salah
- 4) Pengobatan pada penderita kusta jenis MB wajib dikonsumsi rutin setiap hari dan cukup sampai 6 bulan.
 - a. Benar
 - b. Salah
- 5) Komposisi MDT yang dikonsumsi oleh pasien kusta kering adalah kombinasi dari Rifampisin, Klofampisin dan Dapson.
 - a. Benar
 - b. Salah
- 6) Pengobatan segera pada penderita kusta merupakan tujuan dari Pelaksanaan Metode ICF dalam Program P2 Kusta di Kabupaten Jember tahun 2018 .
 - a. Benar
 - b. Salah
- 7) Apabila terjadi luka pada penderita kusta maka luka tersebut akan lebih lama dalam penyembuhan.
 - a. Benar
 - b. Salah

2. Money

- 1) Apakah anggaran Impementasi ICF tahun 2018 di Kabupaten Jember sudah memenuhi kebutuhan selama kegiatan berlangsung?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 2) Apakah ada laporan anggaran setelah kegiatan implementasi ICF tahun 2018 di Puskesmas Anda bekerja?

- a. Ya
 - b. Tidak
- 3) Apakah alokasi dana yang masuk dan keluar sesuai dengan ketentuan Dinas Kesehatan?
- a. Ya
 - b. Tidak

3. *Materials* (Bahan)

- 1) Apakah sarana dan prasarana yang diberikan Dinas Kesehatan dalam kegiatan Implementasi ICF tahun 2018 sudah memenuhi kebutuhan di lapangan?
- a. Ya
 - b. Tidak

4. *Method*

- 1) Apakah ada buku pedoman yang diberikan dalam pelaksanaan ICF di Puskesmas tempat Anda bekerja?
- a. Ya
 - b. Tidak

III. *Process*

1. Perencanaan

A. Rencana Kerja

- 1) Apakah rencana kerja pelaksanaan ICF tahun 2018 ditentukan oleh Dinas Kesehatan?
- a. Ya
 - b. Tidak

B. Pelatihan

- 1) Apakah ada pelatihan khusus yang Anda ikuti sebelum pelaksanaan metode ICF tahun 2018?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Pengorganisasian

- 1) Adakah pembagian kerja petugas kesehatan di intern Puskesmas terhadap titik fokus yang telah ditetapkan sebelum pelaksanaan ICF?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 2) Apakah ada koordinasi lintas sektor dalam kegiatan koordinasi sebelum pelaksanaan ICF tahun 2018?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Pelaksanaan

- 1) Apakah ada kendala saat kegiatan Implementasi ICF berlangsung?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 2) Apakah kendala tersebut mempengaruhi capaian program P2 Kusta dengan metode ICF di Puskesmas Anda?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 3) Apakah kendala tersebut dapat diselesaikan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 4) Adakah peran serta kader dalam pelaksanaan metode ICF di Puskesmas Anda?
 - a. Ya

- b. Tidak
- 5) Menurut Anda, berapa prosentase peran serta kader dalam pelaksanaan ICF di wilayah kerja Anda?
 - a. $< 50\%$
 - b. $\geq 50\%$
- 6) Apakah Implementasi Metode ICF tahun 2018 di Puskesmas tempat Anda bekerja sudah sesuai dengan intruksi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember?
 - a. Ya
 - b. Tidak

IV. Output

- 1) Apakah capaian penemuan kasus baru kusta tahun 2018 di Puskesmas Anda bekerja telah memenuhi target?
 - a. Ya
 - b. Tidak

DOKUMENTASI PENELITIAN



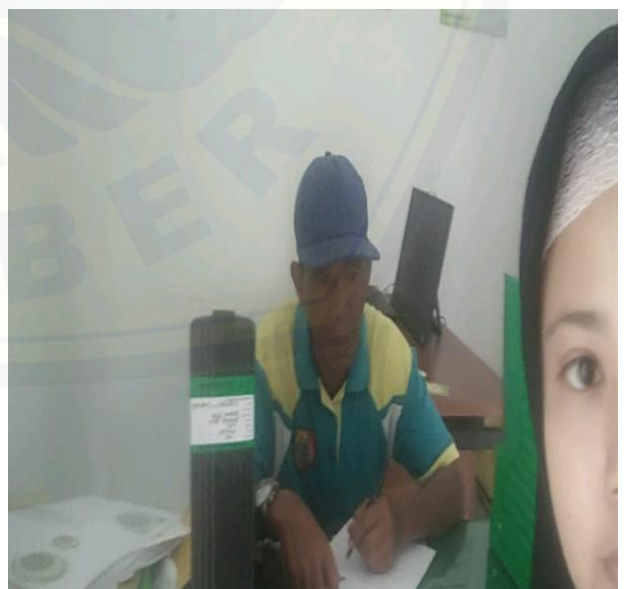
Gambar 1. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Karangduren (Bpk



Gambar 2. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Umbulsari (Bpk Habibi)



Gambar 3. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Semboro (Bpk Dayat)



Gambar 4. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Lojejer (Bpk Priyono)



Gambar 5. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Gladak Pakem (Bpk Nur Kholis)



Gambar 6. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Kalisat (Bu Galuh)



Gambar 7. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Rowotengah (Bpk Eko Raharjo)



Gambar 8. Kegiatan wawancara dengan Pemegang Program P2 Kusta Puskesmas Kencong (Bpk Risa)