



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KOMPARASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN  
PENGENDALIAN KANKER SERVIKS PADA PROGRAM  
SKRINING RUTIN DAN *PILOT PROJECT* BULAN CEGAH  
KANKER SERVIKS DI SUKU DINAS KESEHATAN  
JAKARTA SELATAN TAHUN 2011- 2012**

**TESIS**

**REFNI DUMESTY  
NPM : 1006799224**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KOMPARASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN  
PENGENDALIAN KANKER SERVIKS PADA PROGRAM  
SKRINING RUTIN DAN *PILOT PROJECT* BULAN CEGAH  
KANKER SERVIKS DI SUKU DINAS KESEHATAN  
JAKARTA SELATAN TAHUN 2011- 2012**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**REFNI DUMESTY  
NPM : 1006799224**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN  
DEPOK  
JULI, 2012**

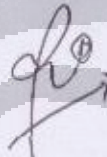
**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Refni Dumesty**

**NPM : 1006799224**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 13 Juli 2012**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Refni Dumesty  
NPM : 1006799224  
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2010 - 2012

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**KOMPARASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN KANKER SERVIKS PADA PROGRAM SKRINING RUTIN DAN *PILOT PROJECT* BULAN CEGAH KANKER SERVIKS DI SUKU DINAS KESEHATAN JAKARTA SELATAN TAHUN 2011- 2012**

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Refni Dumesty)

Universitas Indonesia

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
 Nama : Refni Dumesty  
 NPM : 1006799224  
 Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
 Judul Tesis : Komparasi Implementasi Kebijakan  
 Pengendalian Kanker Serviks Pada Program  
 Skrining Rutin dan *Pilot Project* Bulan Cegah  
 Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta  
 Selatan Tahun 2011 – 2012

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### Dewan Penguji

Pembimbing : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D

Penguji : DR. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Penguji : Vetty Yulianty Permanasari, Ssi, MPH

Penguji : dr. Basalama Fatum, MKM

Penguji : drg. Sri Anggraini, MKM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

Universitas Indonesia

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji Syukur ke hadirat Illahi Robbi atas segala nikmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari sepenuhnya tanpa do'a yang tulus dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak masa perkuliahan hingga sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini dengan baik. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setinggi – tingginya kepada:

1. Bapak Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan tesis ini
2. Ibu DR. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan yang berharga sejak pengajuan proposal penelitian, persentasi hasil penelitian dan ujian tesis.
3. Bapak Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito, M.Sc,Ph.D selaku dosen pengajar yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan luar biasa dalam penyusunan tesis ini
4. Kepala Badan Kepegawaian Daerah beserta staf Propinsi DKI Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengenyam pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
5. Kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta yang telah memberikan kemudahan kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
6. Kepala Diklat Propinsi DKI Jakarta beserta tim yang telah membuat proses pendidikan yang saya tempuh berjalan sangat lancar.
7. Suami tercinta Eman Suherman beserta anak-anak manis Ghina Alfira Suherman dan Shifa Shakila Suherman yang senantiasa memberikan doa,

**Universitas Indonesia**

dukungan, energi dan pengertian luar biasa atas waktu yang tersisihkan demi menyelesaikan tesis ini

8. Ayahanda Syafri Kutar dan almarhumah Ibunda Asnimar atas cucuran keringatmu dan doa yang tiada henti-hentinya sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini, berikut keluarga besar beserta adik Yuyun dan Yultria
9. Teman-teman Sudinkes Jaksel yang tak dapat saya sebutkan satu persatu, semuanya menjadi penyemangat bagi saya
10. Rekan-rekan dan sahabat-sahabat Mahasiswa Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan tahun 2010 dan 2011
11. Lima Sekawan Alankaleref ( Alex, Ani, Khaerudin, Leni, Refni) Mahasiswa S2 Kebijakan dan Hukum Kesehatan 2010 atas semangat dan kebersamaannya hingga semua dapat menyelesaikan tesis tepat pada waktunya
12. Kepada seluruh dewan penguji yang telah memberi banyak masukan kepada saya agar tesis ini dapat menuju kesempurnaan

Akhirul Kalam, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat menghargai atas sumbangsih pemikiran untuk menuju kesempurnaan dan kekayaan ilmu dari penulisan tesis ini. Semoga dapat memberikan manfaat bagi dunia kebijakan kesehatan.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Refni Dumesty  
 NPM : 1006799224  
 Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
 Departemen : Analis Kebijakan Kesehatan  
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat  
 Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Komparasi Implementasi Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks Pada Program Skrining Rutin dan *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan Tahun 2011 – 2012**


beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencatunkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 13 Juli 2012

Yang menyatakan :

  
 (Refni Dumesty)

Universitas Indonesia



## ABSTRAK

Nama : Refni Dumesty  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul :

Komparasi Implementasi Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks Pada Program Skrining Rutin Dan *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks Di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan Tahun 2011- 2012

**Latar Belakang** : jumlah cakupan skrining kanker serviks merupakan indikator terhadap keberhasilan program skrining kanker serviks di Puskesmas sebagai bentuk dari implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks. Peningkatan jumlah cakupan yang cukup tinggi pada program skrining *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks dan penurunan jumlah cakupan skrining pasca *Pilot Project* menunjukkan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan cakupan tersebut.

**Tujuan** : Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pelaksanaan program rutin skrining kanker serviks dengan program skrining *Pilot Project* Bucekas yang diidentifikasi dari faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu Kondisi Lingkungan, Hubungan Antar Organisasi, Sumber Daya Organisasi, dan Karakteristik Kapabilitas Instansi serta upaya terhadap program keberlangsungan (*sustainability*).

**Metode** : penelitian kualitatif dengan disain retrospektif kebijakan terhadap 6 informan kunci.

**Hasil** : terdapat perbedaan di dalam implementasi kebijakan program skrining rutin kanker serviks dengan program *Pilot Project* Bucekas dilihat dari keempat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Sudinkes Jaksel.

**Kesimpulan** : penguatan terhadap komitmen birokrasi, peran stakeholder, kerjasama lintas program dan sektoral, fungsi manajemen, promosi kesehatan, jejaring dan ketersediaan dana menjadikan *Pilot Project* Bucekas lebih berhasil dibandingkan dengan program skrining rutin dalam meningkatkan cakupan skrining kanker serviks dan belum adanya program *sustainability* yang matang terhadap program skrining rutin kanker serviks. Pembelajaran dari program *Pilot Project* Bucekas dapat menjadi landasan kebijakan yang akan diambil oleh *policy maker* di Sudinkes Jakarta Selatan dan Dinkes Propinsi DKI Jakarta.

Kata kunci : skrining kanker serviks, metoda IVA, preventif, kebijakan

## ABSTRACT

*Name* : Refni Dumesty  
*Study Program* : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
*Title* :

*Comparison of Cervical Cancer Control Policy Implementation in Routine Screening Program and “Pilot Project Prevent Cervical Cancer Month” in South Jakarta Health Office of Year 2011 - 2012*

**Background** : *The number of cervical cancer screening coverage is an indicator of the success of cervical cancer screening program in the Community Health Center as a form of cervical cancer control policy implementation. Increasing the amount of coverage is high enough in screening programs “Pilot Project Prevent Cervical Cancer Month” ( Bucekas) and decrease the amount of coverage after the Pilot Project showed that factors influencing the decline in coverage.*

**Purpose** : *this study aimed to compare the implementation of routine cervical cancer screening program with a screening program identified Bucekas Pilot Project of the factors that influence the implementation of the policy are environment conditions, the Inter-Organization Relationship, Organizational Resources and Capabilities Agency Characteristics and efforts toward program sustainability.*

**Methods** : *qualitative research design with retrospective policy to 6 key informants.*

**Results**: *there are differences in policy implementation routine cervical cancer screening program with Pilot Project Bucekas program views of the four factors that influence the implementation of cervical cancer control policy at South Jakarta Health Office.*

**Conclusions** : *The strengthening of the commitment of the bureaucracy, the role of stakeholders, cooperation and cross-sectoral program, the function of management, health promotion, networking and the availability of funds makes the Pilot Project Bucekas more successful than the routine screening program in improving the coverage of cervical cancer screening and the absence of a mature sustainability programs against routine screening program for cervical cancer. Learning from the Pilot Project Bucekas program can be the base policy to be taken by policy makers in South Jakarta Sudinkes and health office of DKI Jakarta.*

**Keywords** : *cervical cancer screening, VIA metode, policy*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR GRAFIK	
<b>1. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Pertanyaan Penelitian	12
1.4 Tujuan	13
1.4.1 Tujuan Umum	13
1.4.2 Tujuan Khusus	13
1.5 Manfaat Penelitian	14
1.6 Ruang Lingkup	14
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>16</b>
2.1 Kanker Serviks	16
2.1.1 Beban Penyakit	16
2.1.2 Penyebab Dan Faktor Resiko	17
2.1.3 Pengendalian Kanker Serviks	19
2.1.4 Hambatan Pengendalian Kanker Kanker Serviks	20
2.1.5 Konsep Pencegahan Terpadu	21
2.2 Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks	22
2.2.1 Kebijakan Indonesia	22
2.2.2 Kebijakan WHO	29
2.3 Skrining Kanker Serviks	31
2.3.1 Pelaksanaan Dan Pertimbangan	31
2.3.2 Metoda Skrining Tes Iva	35
2.4 Landasan Hukum	38
2.5 Implementasi Kebijakan	40
2.5.1 Konsep Dasar	40
2.5.2 Model Dan Variabel Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan	42
2.5.3 Faktor Penentu Implementasi Kebijakan	46

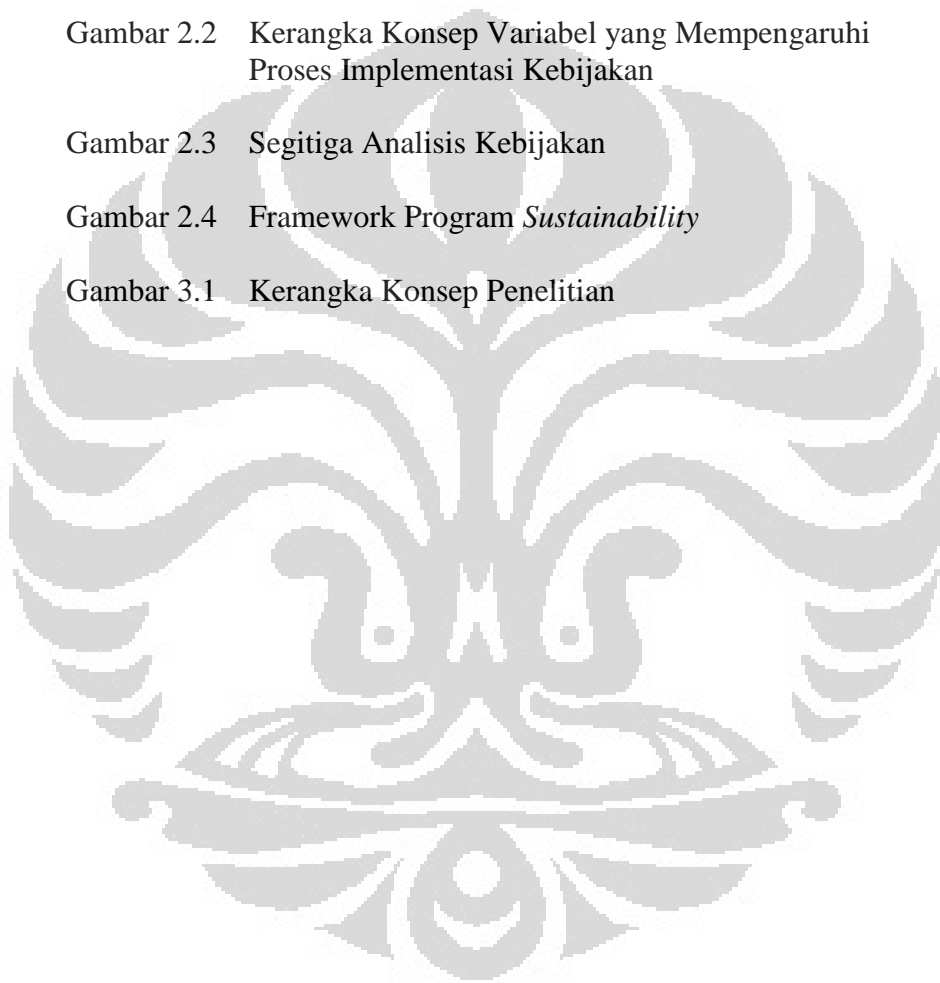
2.6 Analisis Kebijakan	48
2.6.1 Analisis Kebijakan Publik Dan Kesehatan	48
2.6.2 Analisis Kebijakan Dinamis	53
2.7 Program <i>Sustainability</i> Kesehatan	57
<b>3. TEORI, KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH</b>	<b>60</b>
3.1 Kerangka Teori	60
3.2 Kerangka Konsep	61
3.3 Definisi Istilah	65
<b>4. METODE PENELITIAN</b>	<b>68</b>
4.1 Desain Penelitian	68
4.2 Waktu Dan Lokasi Penelitian	68
4.3 Informan	69
4.4 Pengumpulan Data	69
4.5 Validitas Data	70
4.6 Pengolahan Data	70
4.7 Analisis Data	70
<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	<b>71</b>
5.1 Profil Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan	71
5.2 Keterbatasan Penelitian	72
5.3 Deskripsi Informan	72
5.4 Gambaran Program Bucekas DKI Jakarta	73
5.5 Substansi Analisis Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks	77
5.6 Faktor Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Skrining Kanker Serviks	85
5.7 Program <i>Sustainability</i>	110
5.8 Dokumen Resmi Kebijakan	118
<b>6. PEMBAHASAN</b>	<b>120</b>
6.1 Analisis Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks	120
6.2 Faktor Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Skrining Kanker Serviks	123
6.3 Program <i>Sustainability</i>	126
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>129</b>
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	<b>132</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Tabel Pencapaian Cakupan Skrining Kanker Serviks pada <i>Pilot Project</i> Bucekas DKI Jakarta Desember 2011 – Januari 2012	10
Tabel 2.1	Perbandingan Pengendalian Kanker Serviks Indonesia dan WHO	19
Tabel 2.2	Tabel Konsep Pencegahan Kanker Serviks Terpadu	22
Tabel 2.3	Tabel Perbandingan Metoda Skrining Kanker	35
Tabel 2.4	Tabel Karakteristik Metode Skrining Kanker Serviks	35
Tabel 2.5	Tabel Landasan Hukum Terkait Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks di Indonesia	39
Tabel 2.6	Model dan Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan	44
Tabel 5.1	Tabel Karakteristik Informan Wawancara Mendalam	73
Tabel 5.2	Tabel Pengkodean Hasil Wawancara Mendalam	74
Tabel 5.3	Matrik Substansi Analisis Kebijakan	83
Tabel 5.4	Matriks Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Skrining Kanker Serviks	103
Tabel 5.5	Matriks Program Sustainability Pasca Bucekas	116
Tabel 5.6	Tabel Pencapaian Cakupan Skrining Kanker Serviks Di Tiga Puskesmas Kecamatan Jakarta Selatan Tahun 2012	119

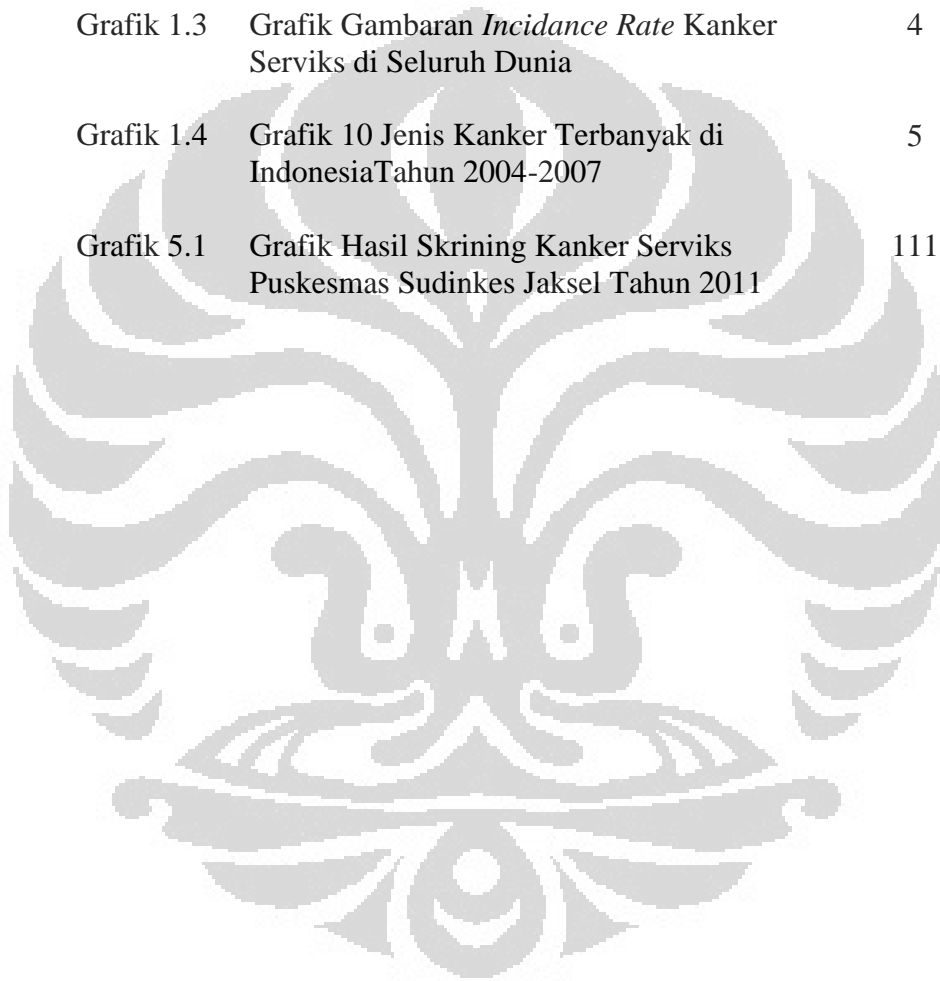
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Gambar Propinsi yang Mengembangkan Program Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara Tahun 2007-2010	7
Gambar 2.1	Gambar Strategi Pendekatan Pencegahan Kanker Serviks Menurut WHO	31
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Variabel yang Mempengaruhi Proses Implementasi Kebijakan	43
Gambar 2.3	Segitiga Analisis Kebijakan	49
Gambar 2.4	Framework Program <i>Sustainability</i>	58
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	64



**DAFTAR GRAFIK**

	Halaman
Grafik 1.1 Grafik <i>Incidence Rate</i> Kanker Serviks Menurut Standar Usia di Negara Maju dan Sedang Berkembang	2
Grafik 1.2 Grafik <i>Mortality Rate</i> Kanker Serviks Menurut Standar Usia di Negara Maju dan Sedang Berkembang	2
Grafik 1.3 Grafik Gambaran <i>Incidence Rate</i> Kanker Serviks di Seluruh Dunia	4
Grafik 1.4 Grafik 10 Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia Tahun 2004-2007	5
Grafik 5.1 Grafik Hasil Skrining Kanker Serviks Puskesmas Sudinkes Jaksel Tahun 2011	111



# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 LATAR BELAKANG

Kanker serviks merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada wanita di negara yang sedang berkembang setelah kanker payudara, diperkirakan sebesar 273.000 kematian setiap tahunnya (ACCP, 2004a, 2009; WHO, 2002). Kanker serviks adalah keganasan yang terjadi pada serviks (leher rahim) dan disebabkan oleh Virus HPV (Human Papiloma Virus). Tipe virus HPV yang banyak paling banyak dianggap sebagai penyebab kanker serviks adalah tipe 16 dan 18 yang ditemukan sebesar 70% dari laporan penelitian (WHO, 2006). Wanita dengan seksualitas aktif berisiko terinfeksi Human Papiloma Virus (HPV) sebesar 50% sampai 80% (ACCP, 2004a).

Publikasi WHO pada GLOBOCAN (2008) memprediksikan bahwa *incidence* dan *mortality* kanker serviks terus meningkat, khususnya di negara yang sedang berkembang. Perkiraan *incidence* per tahun pada negara yang kurang berkembang adalah 450.000 dan *mortality* lebih dari 240.000. Sebagai perbandingan pada GLOBOCAN (2002) diperkirakan 80% kematian di dunia disebabkan oleh kanker serviks, sedangkan menurut GLOBOCAN (2008) adalah 88% dan akan meningkat 98% pada tahun 2030 (ACCP, 2011).

Dari data WHO pada tahun 2005 lebih dari 500.000 kasus baru kanker serviks terdapat sebanyak 90% di negara yang sedang berkembang. Kebanyakan dari mereka tidak terdiagnosis secara dini dan tidak memiliki akses untuk pengobatan yang membutuhkan waktu lama. Pada tahun 2005 juga terdapat lebih 260.000 wanita meninggal karena kanker serviks dan hampir 95% berasal dari negara yang sedang berkembang. Di beberapa negara yang sedang berkembang, terbatasnya pelayanan kesehatan dan skrining kanker serviks menjadi penyebab masih tingginya kasus kanker serviks di dunia (WHO, 2006).

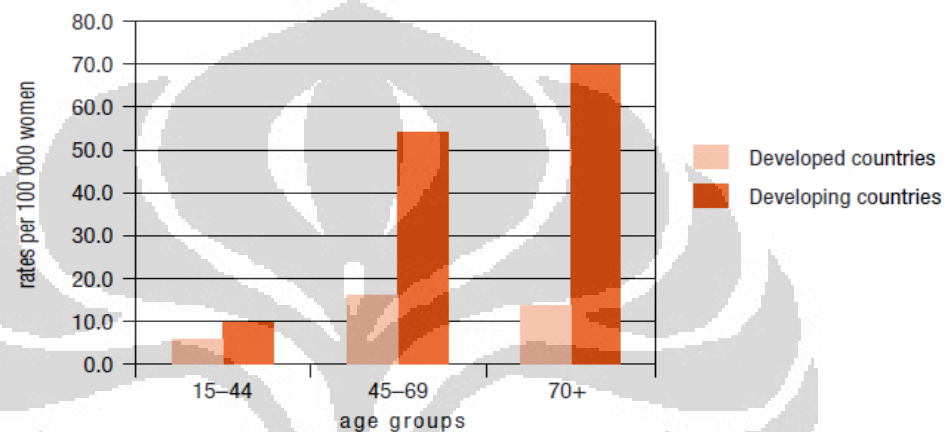


Grafik 1 dan Grafik 2 di bawah ini menggambarkan *incidence rate* kanker serviks dan *mortality* berdasarkan usia diantara negara yang telah berkembang dan negara yang sedang berkembang (WHO, 2006) :

Grafik 1.1 :

**Grafik *Incidence Rate* Kanker Serviks Menurut Standar Usia di Negara Maju dan Sedang Berkembang**

**Figure 1.1 Age-standardized Incidence rates of cervical cancer in developed and developing countries (2005)**



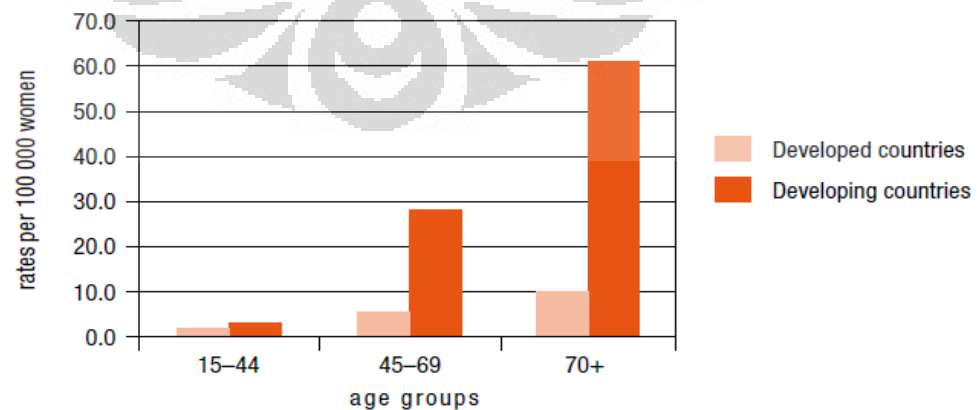
Source: WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, 2005.

Sumber : (WHO, 2006)

Grafik 1.2 :

**Grafik *Mortality Rate* Kanker Serviks Menurut Usia di Negara Maju dan Sedang Berkembang**

**Figure 1.2 Age-standardized mortality rates of cervical cancer in developed and developing countries (2005)**



Source: WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, 2005.

Sumber : (WHO, 2006)

Kebanyakan di negara yang sedang berkembang, sistem kesehatan masih kurang lengkap menyediakan pemeriksaan skrining bagi perempuan dan merupakan tantangan untuk mendapatkan wanita yang harus diskriming, follow up dan pengobatan pre kanker. Studi menunjukkan bahwa perempuan yang hanya di skrining sekali seumur hidup antara usia 30 – 40 tahun dapat menurunkan resiko kanker serviks sebesar 25-36 % (Goltz, 2011).

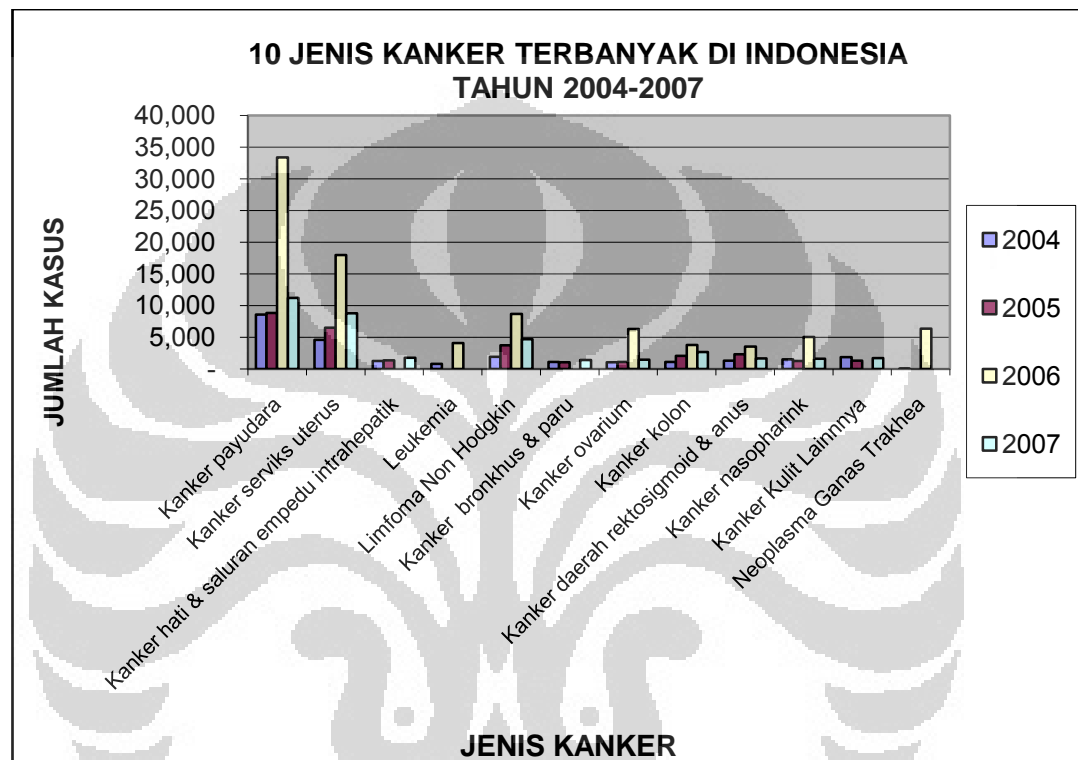
Hal yang menjadi penyebab utama tingginya angka kejadian kanker serviks di negara berkembang adalah kurangnya program skrining yang efektif bagi perempuan dengan sosial ekonomi rendah jika dibandingkan dengan perempuan di negara maju dan tidak semua perempuan berkeinginan untuk melakukan deteksi dini kanker serviks (Coffey P, 2004). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan beberapa penyebab tingginya insiden dan mortalitas kanker serviks adalah kurangnya kesadaran memahami kanker serviks diantara masyarakat, petugas kesehatan dan para pembuat kebijakan; tidak ada atau kurangnya kualitas program skrining dan terlambatnya mendiagnosa kanker serviks yang telah berada pada stadium lanjut pada wanita yang tidak pernah diskriming; keterbatasan akses pada sarana kesehatan dan kurangnya fungsi sistim rujukan (WHO, 2006).

Di Indonesia, kanker serviks justru menduduki peringkat pertama sebesar 66% menurut data distribusi kanker ginekologik di RS Dr. Cipto Mangunkusumo sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di Indonesia tahun 2002-2003. Dari data tersebut juga disimpulkan bahwa tidak terjadi penurunan yang bermakna terhadap kasus kanker serviks stadium lanjut (stadium II-B sampai stadium IV) dari tahun 1992 sampai dengan 2004 yakni dari 72% sampai 64%. Dengan demikian pelaksanaan skrining kanker serviks belum berjalan dengan baik (Moegeni, 2007). Sedangkan data pasti *incidence dan mortality* untuk wilayah DKI Jakarta belum ada.

Menurut laporan Kementerian Kesehatan RI, kanker serviks menduduki peringkat ke dua setelah kanker payudara dari tahun 2004 -2007, seperti yang terdapat pada grafik di bawah ini :

Grafik 1.4 :

**Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia Tahun 2004 -2007**



Sumber : Kemenkes RI ( 2011)

Kebijakan mengenai pengendalian kanker serviks di Indonesia diatur di dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 pada Pasal 161 ayat 3 yang menyebutkan bahwa manajemen pelayanan kesehatan berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dititikberatkan pada deteksi dini dan pengobatan penyakit tidak menular. Selain itu juga ada Kepmenkes Nomor 430 tahun 2007 tentang pedoman pengendalian penyakit kanker dan Kepmenkes Nomor 796 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Pada prinsipnya isi kebijakan deteksi dini kanker di Indonesia mengacu kepada kebijakan WHO yang melakukan pencegahan dan pengendalian kanker serviks melalui empat komponen utama yaitu *primary prevention*, *early detection*, *diagnosis dan treatment serta palliative care for advance disease* (WHO, 2006).

**Universitas Indonesia**

Implementasi kebijakan merupakan hal yang sangat penting di dalam proses kebijakan publik karena suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diinginkan (Winarno, 2012). Pada kenyataannya, implementasi kebijakan merupakan proses yang sangat kompleks dalam pelaksanaannya dan sering bernuansa politis serta sering memuat adanya intervensi berbagai kepentingan (Agustino, 2008; Indiahono, 2009; Nawawi, 2009). Implementasi dari suatu program akan melibatkan *policy maker* untuk mempengaruhi perilaku birokrat pelaksana agar mau untuk memberikan pelayanan dan mengatur kelompok sasaran (Nygard, 2011; Subarsono, 2010). Analisis terhadap implementasi kebijakan dilakukan untuk melihat apakah kebijakan yang ditempuh oleh Pemerintah benar-benar dilaksanakan dan berhasil dalam mencapai hasil yang telah direncanakan (Indiahono, 2009). Oleh karena itu, kebijakan pengendalian kanker serviks yang telah ada di Indonesia dapat dilihat hasil dan dampaknya melalui implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks melalui program-program yang telah direncanakan dengan melakukan suatu analisis kebijakan kesehatan, apakah telah sesuai dengan tujuan kebijakan kesehatan yang telah dibuat oleh para pembuat kebijakan.

Implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Indonesia saat ini masih menitik beratkan pada upaya pencegahan sekunder melalui deteksi dini kanker serviks melalui skrining dengan menggunakan metoda Inspeksi Visual Asam Acetat (tes IVA) pada perempuan yang dianggap berisiko tinggi. Pencegahan Primer dilakukan dengan mengurangi faktor risiko terinfeksi HPV dan pemberian vaksin HPV sedangkan pencegahan tertier adalah diagnosis dan pengobatan kanker serviks serta perawatan palliatif untuk meningkatkan angka hidup 5 tahun (Depkes, 2007, 2008; Kemenkes, 2010a). Pelaksanaan Pencegahan kanker serviks membutuhkan monitoring dan evaluasi di setiap negara dan pembuat kebijakan bertanggung jawab untuk mengalokasikan sumber daya tidak saja skrining kanker serviks tetapi juga program surveillance (Nygard, 2011).

Pada kenyataannya implementasi kebijakan pengendalian penyakit kanker serviks telah banyak dilakukan oleh berbagai pihak, akan tetapi masih belum berjalan secara terpadu, komprehensif dan berkesinambungan (Hardiman, 2007). Pelaksanaan deteksi dini kanker serviks di Indonesia saat ini ternyata belum mencakup seluruh wilayah di Indonesia. Hal ini dapat dilihat dari hanya 14 propinsi yang tercatat di Kemenkes RI yang melaksanakan deteksi dini kanker serviks. Meskipun saat ini telah dilakukan upaya untuk mencakup seluruh wilayah Indonesia. Gambar di bawah ini menggambarkan wilayah Indonesia yang telah melaksanakan deteksi dini kanker serviks.

Gambar 1.1 :

Gambar Provinsi yang Mengembangkan Program Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara tahun 2007-2010



Sumber : Kemenkes RI 2011

Efektifnya program pencegahan kanker serviks dapat dilihat dari beberapa faktor yakni pencapaian tingginya jumlah cakupan skrining, pemberian test yang efektif dan melakukan pengobatan yang sesuai pada hasil test positif kanker serviks (ACCP, 2004a). WHO menetapkan cakupan skrining sebesar 80% dari seluruh populasi yang berisiko terkena kanker serviks (WHO, 2006).

Sistem pemerintahan yang bersifat desentralisasi juga membawa pengaruh terhadap implementasi kebijakan kesehatan di Indonesia. Dengan sistem desentralisasi, pembangunan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan masalah dan kebutuhan kesehatan dan potensi daerah setempat. Harapan yang besar terhadap keterlibatan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di daerahnya. Selain itu juga sistem desentralisasi memberikan kewenangan bagi daerah untuk menentukan sendiri program serta pengalokasian dana untuk pembangunan kesehatan di daerahnya (Adisasmito, 2008). Begitu pula halnya untuk wilayah Pemerintahan DKI Jakarta yang mempunyai wewenang penuh untuk mengatur daerahnya dan melakukan implementasi kebijakan kesehatan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat termasuk untuk pelaksanaan kebijakan pengendalian kanker serviks.

*Program sustainability* merupakan hal yang kritis dilakukan untuk melanjutkan program kesehatan masyarakat demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan adanya peningkatan pengetahuan mengenai *sustainability* (Pluye P, 2004). Dari beberapa periode penelitian terhadap program kesehatan, program pemerintah dan program pendidikan timbul pertanyaan mengenai apa yang akan terjadi terhadap organisasi dan masyarakat bila pendanaan dihentikan. Sehingga dianjurkan untuk mengagendakan *program sustainability* kesehatan, pendidikan dan preventif penyakit (Scheirer & Dearing, 2011). Misalnya penguatan *program sustainability* telah dilakukan pada pencegahan dan kontrol terhadap penyakit HIV AIDS, kanker serviks dan *tobacco* di Zambia (Anonymous, 2009; Suba et al., 2009).

Metoda skrining kanker serviks yang dianjurkan oleh Pemerintah adalah tes Inspeksi Visual Asam Acetat (IVA) pada tingkat Puskesmas meskipun metoda Pap Smear juga digunakan di beberapa puskesmas, rumah sakit dan klinik. Metode tes IVA dianggap mempunyai keunggulan selain biayanya yang murah dan tidak membutuhkan waktu yang lama untuk mengetahui hasilnya. Tes IVA menggunakan larutan asam cuka 3-5% untuk mendeteksi lesi pra kanker serviks

dan dapat langsung dilakukan tindakan krioterapi (ACCP, 2004a; Depkes, 2008; Kemenkes, 2010a; WHO, 2006).

Untuk wilayah Daerah Khusus Ibu kota Jakarta sendiri pelaksanaan deteksi dini kanker serviks dilakukan di Puskesmas yang tersebar di seluruh wilayah DKI yang terbagi dalam 6 wilayah, yakni Pusat, Utara, Timur, Barat, Selatan dan Kepulauan Seribu. Pada umumnya pelayanan kesehatan deteksi dini kanker serviks masih terpusat di Puskesmas Kecamatan dari pada puskesmas Kelurahan. Khususnya wilayah Jakarta Selatan, pelaksanaan deteksi dini kanker serviks berada di bawah pengawasan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan yang memiliki 10 Puskesmas Kecamatan dan 65 Puskesmas Kelurahan. Akan tetapi dari 10 Puskesmas Kecamatan, ada 7 Puskesmas Kecamatan yang melaksanakan deteksi dini kanker serviks dengan metoda skrining IVA test atau pap smear.

Pencanangan “Gerakan Perempuan Melawan Kanker Serviks” oleh Ibu Negara Ani Bambang Yudhoyono pada 6 Oktober 2011, diwujudkan dengan melaksanakan program Bulan Cegah Kanker Serviks di wilayah DKI Jakarta atas inisiasi IPKASI dan FCP/FKUI bersama Kementerian Kesehatan dengan memberikan pelayanan skrining kanker serviks dengan metoda IVA test secara gratis kepada masyarakat DKI Jakarta melalui puskesmas terpilih dari seluruh wilayah DKI. Program ini berlangsung sejak 15 Desember 2011 sampai dengan 31 Januari 2012 dan yang menjadi tujuan dari program Bulan Cegah kanker Serviks adalah untuk melakukan percepatan dalam meningkatkan jumlah cakupan perempuan yang terdeteksi dini kanker dengan target mencapai 1,4 juta perempuan pada tahun 2017 di DKI Jakarta (Anonymous, 2011a, 2011b; Bararah, 2011; Pramadia, 2011, 2012; Supriyanto, 2011). Dalam skala nasional kegiatan ini baru dimulai di wilayah Jakarta dan mendapat dukungan dana dari Leiden University di Belanda melalui Female Cancer Program (FCP).

Pelaksanaan *Pilot Project* Bucekas di DKI Jakarta selama enam minggu sejak tanggal 15 Desember 2011 sampai dengan 31 Januari 2012 telah dapat mendongkrak jumlah cakupan skrining kanker serviks di DKI Jakarta dengan

jumlah total 7890 orang dari target 6000 orang dan untuk Jakarta Selatan jumlah cakupan 1109 orang. Pencapaian cakupan skrining kanker serviks dengan metoda tes IVA dalam kegiatan Bucekas dan pasca Bucekas, peneliti rangkum dalam dalam tabel berikut ini :

Tabel 1.1 :

Tabel Pencapaian Cakupan Skrining Kanker Serviks  
Pada *Pilot Project* Bucekas DKI Jakarta Bulan Desember 2011-Januari 2012

NO	HASIL SKR INING METODA IVA	CAKUPAN SKRINING BUCEKAS		PASCA BUCEKAS BULAN FEBRUARI 2012
		DINKES DKI JAKARTA	SUDINKES JAKARTA SELATAN	SUDINKES JAKARTA SELATAN
1	IVA NEGATIF	7715	1109	157
2	IVA POSITIF	156	44	7
	<b>JUMLAH TOTAL</b>	<b>7890</b>	<b>1153</b>	<b>164</b>

Data diatas menggambarkan cakupan skrining kanker serviks pasca Bucekas pada tiga Puskesmas Kecamatan yang terlibat di dalam kegiatan Bucekas yaitu Puskesmas Kecamatan Setiabudi, Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dan Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan dengan jumlah 164 orang. Sedangkan total cakupan keseluruhan selama 6 minggu kegiatan Bucekas adalah 1153 orang.

Berdasarkan data tersebut diatas maka peneliti merasa tertarik mengkaji dan menganalisis lebih dalam mengenai implementasi kebijakan pengendalian kanker kanker serviks pada program skrining rutin dengan *Pilot Project* skrining Bulan Cegah Kanker Serviks (Bucekas) di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan. Selanjutnya mengetahui bagaimana upaya program *sustainability* pasca Bucekas. Peneliti mengkaitkan teori yang dikemukakan oleh Cheema da Rondinelli (1983) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pada



program pemerintah yang bersifat desentralisasi yaitu kondisi lingkungan, hubungan antar organisasi, sumber daya organisasi dan karakteristik dan kapabilitas organisasi. Peneliti menggunakan keempat faktor tersebut untuk membandingkan faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* skrining Bucekas di Sudinkes Jaksel.

Secara logika memang program-program kesehatan yang identik dengan *Pilot Project* akan menghasilkan out put yang lebih baik bila dibandingkan dengan program biasa secara rutinitas, karena seluruh konsentrasi pelaksanaan program akan terarah kepada pelaksanaan *Pilot Project*. Begitu pula halnya dengan *Pilot Project* skrining Bucekas di Sudinkes Jaksel sudah dapat diprediksikan bahwa akan menghasilkan peningkatan cakupan. Akan tetapi, maksud peneliti adalah untuk mengambil *lesson learned* (pembelajaran) dari *Pilot Project* skrining Bucekas agar dapat diterapkan pada pelaksanaan skrining rutin berdasarkan keempat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dan selanjutnya mengidentifikasi upaya program *sustainability* yang menurut peneliti sangat penting untuk dilakukan.

Penggabungan dengan teori *program sustainability* oleh Schediaz-Rizkallah & Bone (1998) akan menjadikan penelitian ini semakin lengkap dengan mengidentifikasi upaya *program sustainability* skrining kanker serviks dalam rangka meningkatkan cakupan skrining kanker serviks pasca *Pilot Project* Bucekas di Sudinkes Jaksel pada khususnya dan di Propinsi DKI pada umumnya. Bila dukungan dana secara penuh dari pihak luar tidak selamanya ada, program skrining kanker serviks semestinya tetap terus berjalan secara mandiri di Propinsi DKI Jakarta dan jumlah cakupan skrining kanker serviks dapat terus meningkat dan termonitor tidak saja di lini Puskesmas tetapi juga di seluruh rumah sakit yang terdapat di Propinsi DKI Jakarta dengan sistem surveilans yang baik. Pendekatan penelitian secara kualitatif dirasa tepat digunakan pada penelitian ini untuk menggali informasi secara mendalam terhadap implementasi kebijakan kanker serviks pada program skrining.

Penelitian terhadap kesiapan Puskesmas di Propinsi DKI Jakarta untuk melaksanakan deteksi dini kanker serviks telah pernah dilakukan untuk melihat kesiapan petugas Puskesmas baik dokter, perawat dan bidan (Lorianto & Cahyanur, 2009). Namun peneliti belum menemukan penelitian tentang perbandingan implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks melalui deteksi dini kanker serviks pada program skrining dengan adanya *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks yang merupakan gebrakan baru dilakukan untuk meningkatkan cakupan skrining kanker serviks di Propinsi DKI Jakarta. Penelitian ini layak dilakukan untuk mendukung implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks melalui kegiatan skrining di Propinsi DKI Jakarta mengingat tingginya kesenjangan cakupan skrining kanker serviks ketika program mendapat dukungan dana bila dibandingkan dengan program skrining rutin. Bila cakupan skrining kanker serviks dapat diperluas dan ditangani lebih dini pada lesi pra kanker, maka akan dapat menurunkan angka kematian ibu sehingga dapat mencapai tujuan Millenium Development Goal (MDG's).

Adapun penelitian ini telah mendapat persetujuan di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan tidak merugikan subyek yang akan diteliti. Peneliti sangat berharap dengan adanya penelitian ini dapat menjadi sumbangsih bagi pelaksanaan kebijakan pengendalian kanker serviks di Sudinkes Jaksel, sehingga upaya pencegahan dan pengendalian kanker serviks dapat berjalan sesuai dengan harapan kebijakan secara nasional dan dunia internasional dengan harapan kelak Indonesia dapat mengejar ketertinggalan dengan negara–negara berkembang dan negara maju yang sudah lebih baik dalam pelaksanaan pengendalian kanker serviks melalui deteksi dini kanker serviks.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Masih tingginya *incidence rate* dan *mortality rate* pada penyakit kanker serviks mengindikasikan bahwa pelaksanaan deteksi dini kanker serviks melalui skrining masih belum berjalan secara komprehensif di Indonesia (Moegeni, 2007). Sistem pemerintahan yang bersifat desentralisasi berpengaruh terhadap bidang kesehatan

dan sistem kesehatan di Indonesia, dimana tiap daerah propinsi diharapkan mampu melakukan deteksi dini kanker serviks secara mandiri termasuk di Propinsi DKI Jakarta. Idealnya 80% dari Wanita Usia Subur (WUS) harus dilakukan skrining kanker serviks.

Penelitian terhadap deteksi dini kanker serviks di Propinsi DKI Jakarta telah pernah dilakukan mengenai kesiapan Puskesmas di dalam melakukan skrining kanker serviks. Namun penelitian mengenai perbandingan implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks terhadap program skrining kanker serviks rutin dan *Pilot Project* belum ada padahal pemahaman terhadap perbandingan implemementasi kebijakan adalah penting sebagai bahan evaluasi bagi para pembuat kebijakan dan program kesehatan, khususnya mengenai deteksi dini kanker serviks pada program skrining dan melakukan *program sustainability* pada program yang dianggap berhasil sehingga dapat mencapai tujuan cakupan skrining yang telah ditargetkan.

Bertolak belakang dari kesenjangan cakupan skrining kanker serviks yang sangat tinggi, maka yang menjadi masalah penelitian adalah apakah implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin berbeda dengan program skrining *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks dan bagaimanakah upaya terhadap *program sustainability* skrining kanker serviks di Sudinkes Jaksel.

### **1.3. PERTANYAAN PENELITIAN**

Apakah implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin berbeda dengan program skrining *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan tahun 2011-2012 dan apakah upaya terhadap *program sustainability* skrining kanker serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan?

## 1.4. TUJUAN

### 1.4.1 TUJUAN UMUM

Melakukan perbandingan implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan program skrining *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks (Bucekas) melalui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks dan mengidentifikasi upaya program *sustainability* skrining kanker serviks pasca *Pilot Project* Bucekas di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan Tahun 2011– 2012.

### 1.4.2. TUJUAN KHUSUS

- 1.4.2.1 Memperoleh informasi mendalam mengenai kebijakan pengendalian kanker serviks
- 1.4.2.2 Melakukan perbandingan faktor kondisi lingkungan yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas
- 1.4.2.3 Melakukan perbandingan faktor hubungan antar organisasi yang mempengaruhi implementasi pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas
- 1.4.2.4 Melakukan perbandingan faktor sumber daya organisasi yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas
- 1.4.2.5 Melakukan perbandingan faktor karakteristik dan kapabilitas organisasi yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas
- 1.4.2.6 Memperoleh informasi mendalam mengenai upaya *program sustainability* skrining kanker serviks dalam hal mempertahankan manfaat program, kelembagaan, dan *capacity building*.

## **1.5. MANFAAT PENELITIAN**

### **1.5.1. Manfaat Aplikatif**

Sebagai sumbangsih kepada Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan *stakeholder* terkait seperti Yayasan Kanker Indonesia dan Female Cancer Program/FKUI dalam implementasi kebijakan deteksi dini kanker serviks pada program skrining kanker serviks dalam rangka meningkatkan jumlah cakupan skrining kanker serviks di DKI Jakarta.

### **1.5.2. Manfaat Metodologis**

Sebagai tambahan literatur tulisan ilmiah dalam bidang akademis khususnya dalam bidang analisis kebijakan kesehatan.

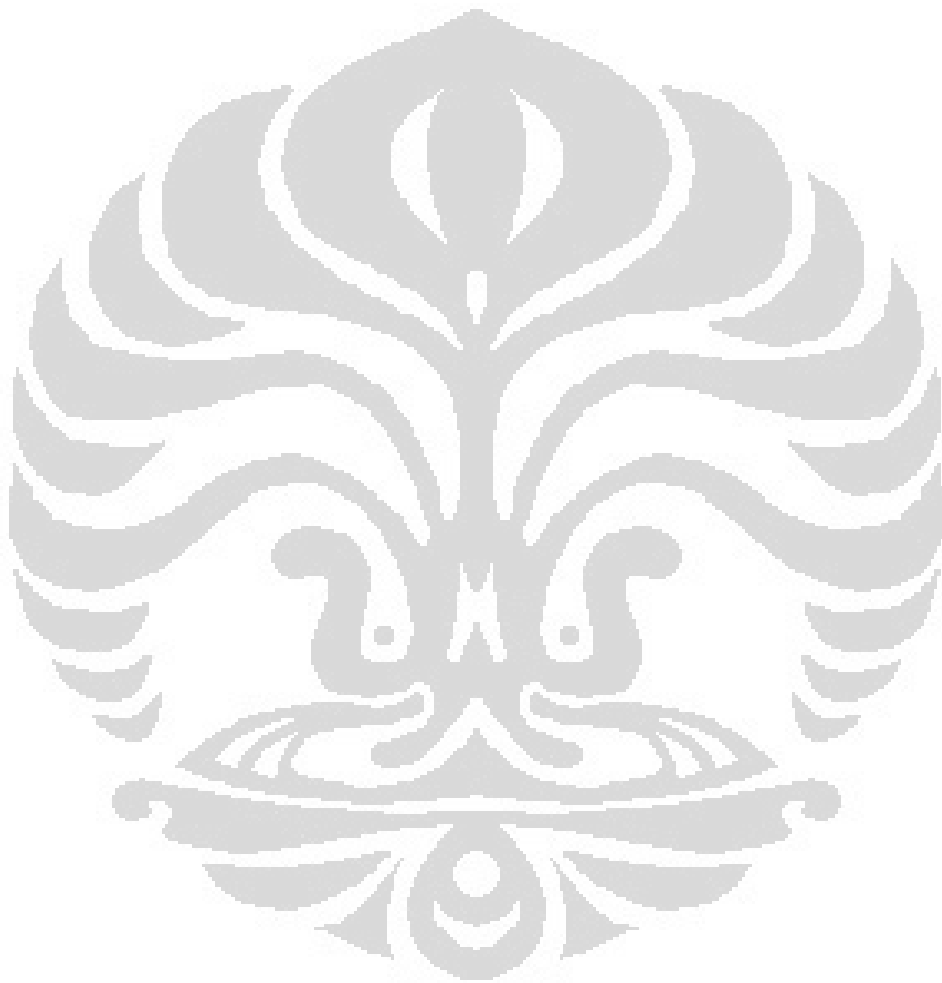
### **1.5.3. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan yang diharapkan dapat menjadi salah satu bahan rujukan yang berguna dalam perkembangan kebijakan pengendalian kanker serviks.

## **1.6. RUANG LINGKUP**

Penelitian ini merupakan penelitian analisis kebijakan yang bersifat retrospektif dengan menggunakan metoda penelitian yang bersifat kualitatif untuk menggali informasi secara mendalam implementasi kebijakan program skrining rutin kanker serviks dengan program skrining *Pilot Project* Bulan Cegah Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan tahun 2011-2012 dengan cara melakukan wawancara mendalam terhadap informan kunci yang menggunakan instrumen adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara dan bantuan alat perekam. Informan kunci yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah Kepala Subdit Kanker Kemenkes RI, Koordinator Program PTM Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi Jaksel, Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Jaksel, Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan, Kepala Female Cancer

Program/Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Penelitian ini akan berlangsung selama bulan Mei dan Juni 2012 di Propinsi DKI Jakarta.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KANKER SERVIKS**

##### **2.1.1 BEBAN PENYAKIT**

Kanker serviks dianggap menjadi penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara pada negara yang sedang berkembang meskipun pada kenyataannya kanker serviks dapat dicegah (ACCP, 2004a). Pada negara yang sedang berkembang, GLOBOCAN 2002 menyebutkan bahwa 80% dari penyakit kanker serviks menyebabkan kematian sedangkan pada GLOBOCAN 2008 menyebutkan sebesar 88% dan diperkirakan tahun 2030 akan meningkat menjadi 98% (ACCP, 2011). Penyakit kanker serviks terjadi di seluruh dunia dan *incidence rate* tertinggi terjadi di negara Amerika Selatan dan Tengah, Afrika Selatan, Asia Tenggara dan Selatan dan Melanesia (WHO, 2006).

Penelitian yang dilakukan terhadap 187 negara di dunia antara tahun 1980 – 2010 menghasilkan bahwa *incidence* kanker serviks meningkat dari 378.000 kasus pada tahun 1980 menjadi 454.000 kasus pada tahun 2010 dimana setiap tahunnya terjadi peningkatan 0,6% dan untuk kasus baru lebih banyak terjadi di negara yang sedang berkembang dari pada di negara maju. Disebutkan juga pada tahun 2010 terdapat 200.000 perempuan meninggal karena kanker servik, sebanyak 46.000 berada diantara usia 15 sampai 49 tahun (Forouzanfar et al., 2011).

Insiden kanker serviks di Indonesia belum diketahui secara pasti karena belum ada registrasi kanker berbasis populasi. Data dari Badan Registrasi Kanker Ikatan Dokter Ahli Patologi Indonesia (IAPI) tahun 1998 menggambarkan bahwa kanker serviks sebagai peringkat pertama dari seluruh kasus kanker yakni sebesar 17,2% di 13 Rumah Sakit di Indonesia dan menurut data Sistem Informasi Rumah Sakit tahun

2007 diketahui bahwa kanker serviks menempati urutan kedua pada pasien rawat inap 11,78% dan pasien rawat jalan (17,00%) setelah kanker payudara (Kemenkes, 2010a). Sedangkan menurut laporan tahunan Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, kanker serviks menduduki peringkat ke dua setelah kanker payudara dari tahun 2004 sampai 2007.

Program pencegahan dan pengendalian kanker serviks secara komprehensif dapat mengurangi angka kematian akibat kanker serviks dengan cara melakukan vaksin HPV pada remaja dan wanita dewasa sebelum terpapar Human Papiloma Virus (HPV), skrining kanker serviks secara teratur dengan metoda HPV test atau Inspeksi Visual Acid dan pengobatan yang sesuai dalam waktu lama (ACCP, 2011). Sistem surveilans yang lebih baik diperlukan untuk memonitor trend *incidence* dan *mortality* kanker serviks dan perhatian yang lebih terhadap kebijakan juga diperlukan untuk penguatan sistem kesehatan dalam menurunkan penderita kanker serviks khususnya di negara yang sedang berkembang (Forouzanfar, et al., 2011).

Deteksi dini kanker serviks dilakukan melalui program skrining yang terorganisasi dengan sasaran pada perempuan kelompok usia tertentu, pembentukan sistem rujukan yang efektif pada setiap tingkat pelayanan. kesehatan dan edukasi bagi petugas kesehatan dan perempuan usia produktif (ACCP, 2004b; Depkes, 2008; WHO, 2002, 2006).

## **2.1.2 PENYEBAB DAN FAKTOR RISIKO**

### **2.1.2.1 PENYEBAB**

Kanker serviks disebabkan oleh Human Papiloma Virus yang ditemukan 8 jenis tipe pada wanita. Namun yang paling banyak ditemukan adalah tipe 16 sebesar 50% sampai 60% pada kasus kanker serviks sedangkan tipe 18 adalah terbanyak kedua sekita 10% sampai 12 (ACCP, 2004b). Penelitian di India terhadap 185 wanita ditemukan HPV tipe 16 sebesar 66,7% dan HPV tipe 18 sebesar 19,4% (Sowjanya



et al., 2005). Penelitian melalui meta analisis terhadap 78 publikasi sejak tahun 1995-2005 mengenai prevalensi dan genotipe HPV diperoleh bahwa HPV tipe 16 dan HPV tipe 18 paling banyak menyebabkan kanker serviks (de Sanjosé et al., 2007).

#### **2.1.2.2 FAKTOR RISIKO**

Faktor risiko yang menjadi penyebab terinfeksi HPV adalah hal yang berhubungan dengan perilaku seksual yakni hubungan seksual pada usia dini, berganti-ganti pasangan seksual, memiliki pasangan yang suka berganti-ganti pasangan dan beberapa faktor risiko lain yang memungkinkan infeksi HPV menjadi kanker serviks yakni tipe virus, infeksi beberapa onkogenik secara bersamaan, jumlah virus, status imunitas, jumlah paritas, merokok, ko-infeksi dengan penyakit menular lainnya dan penggunaan jangka panjang kontrasepsi pil lebih dari 5 tahun (ACCP, 2004b; Depkes, 2008; WHO, 2006).

Studi terhadap faktor resiko kanker serviks telah pernah dilakukan di Sulawesi Selatan terhadap pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr. Wahidin Sudirohusodo pada 213 sampel menghasilkan bahwa penggunaan pembalut wanita yang berkualitas rendah, penggunaan sabun pencuci vagina pH >4, status sosial ekonomi rendah dan pasangan pria yang tidak pernah disirkumsisi merupakan faktor resiko terjadinya kanker serviks (Syatriani, 2011). Faktor resiko lain juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Pelamonia Makassar selama tahun 2006-2007, bahwa perempuan yang menikah lebih dari satu kali, riwayat abortus berkali-kali dan pemakaian alat kontrasepsi hormonal leboh dari lima tahun dapat meningkatkan kejadian kanker serviks (Tira, 2008).

### 2.1.3 PENGENDALIAN KANKER SERVIKS

Komponen pedoman pengendalian penyakit kanker serviks di Indonesia pada prinsipnya sama dengan yang terdapat di dalam pedoman WHO, hanya terdapat dalam perbedaan pengelompokan saja seperti yang akan diuraikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.1 :

Perbandingan Komponen Pengendalian Kanker Serviks Indonesia dan WHO

No	Indonesia (Kemenkes, 2010a)	WHO (WHO, 2006)
1	Pencegahan Primer	<i>Primary Prevention</i>
2	Pencegahan Sekunder	<i>Early Detection</i>
3	Pencegahan Tertier	<i>Diagnosis dan Treatment</i>
		<i>Palliative care for advance disease</i>

#### a. PENCEGAHAN PRIMER

Pencegahan primer bertujuan untuk mengeliminasi dan meminimalisasi pajanan penyebab dan faktor risiko kanker serviks dengan cara :

- Edukasi dan meningkatkan kesadaran untuk mengurangi perilaku seksual berisiko dan melaksanakan lokalisasi strategis untuk merubah perilaku.
- Mengembangkan dan memperkenalkan efektifitas pemberian vaksin HPV.
- Mengusahakan untuk menghentikan penggunaan tembakau termasuk merokok.

#### b. PENCEGAHAN SEKUNDER

Yang menjadi fokus di dalam pencegahan sekunder adalah :

- Program skrining kanker serviks
- Edukasi tentang penemuan dini (early diagnosis)

#### c. PENCEGAHAN TERSIER

Pencegahan tersier terdiri dari :

- Diagnosis dan terapi untuk meningkatkan angka hidup 5 tahun, mencegah kekambuhan dan komplikasi atau pengobatan simptomatis untuk mengatasi perdarahan, rasa nyeri dan keluhan lain pada kanker stadium lanjut
- Pelayanan Paliatif dengan meningkatkan kualitas sisa hidup penderita dengan melibatkan keluarga dan komunitas

#### **2.1.4 HAMBATAN PENGENDALIAN KANKER SERVIKS**

Beberapa hal yang menjadi hambatan di dalam pelaksanaan pengendalian kanker serviks yakni (Moegeni, 2007; WHO, 2006) :

##### **a. Hambatan politik**

Prioritas kesehatan terhadap perempuan untuk masalah kanker serviks di Indonesia masih rendah, meskipun diketahui insiden, morbiditas dan mortalitasnya tinggi. Belum adanya panduan nasional yang berbasis bukti data seperti data epidemiologi lokal dan mutakhir. Untuk mendorong keberhasilan suatu program sangat diperlukan kebijakan politik yang di dalam penerapan suatu kebijakan diperlukan pertimbangan sesuai dengan kondisi wilayah seperti akses layanan kesehatan, akses fisik, ekonomi, pengambilan keputusan di dalam keluarga dan akses informasi.

##### **b. Hambatan individu dan komunitas**

Kepedulian masyarakat yang masih kurang terhadap penyakit kanker serviks dianggap menjadi masalah kesehatan. Perempuan berisiko kurang menyadari perlunya pemeriksaan rutin skrining kanker serviks terutama bila tidak ada keluhan. Adanya sikap, kepercayaan dan konsep yang salah menghambat masyarakat untuk mendiskusikan masalah traktus genitalia yang dianggap masalah pribadi dan malu untuk dibicarakan terutama apabila berhadapan dengan pemberi jasa pelayanan kesehatan laki-laki.

##### **c. Hambatan ekonomi**

Belum teralokasinya sumber-sumber dana dan sarana yang memadai membuat masalah kanker serviks dianggap memiliki prioritas yang rendah dan seringkali kanker serviks tidak dianggap masalah atau menjadi prioritas dana.

d. Hambatan tehnikal dan organisasi

Sistem kesehatan yang berfungsi baik terhadap infrastruktur dan sistem organisasi kesehatan dapat dilihat dengan terpenuhinya peralatan dan tenaga yang terlatih untuk menjalankan aktifitas pencegahan, skrining, diagnosis, rujukan, pengobatan dan pengamatan lanjut.

### **2.1.5 KONSEP PENCEGAHAN TERPADU KANKER SERVIKS**

Penelitian mengenai pencegahan kanker serviks terpadu di Indonesia menurut sudut pandang ginekologi sosial mengungkapkan faktor yang mempengaruhi keberhasilan program pencegahan kanker serviks bukan saja dari program skrining saja melainkan beberapa hal yaitu luasnya wilayah Indonesia dengan berbagai ragam adat istiadat, tingkat sosial ekonomi dan sarana prasarana yang berbeda dan melaksanakan program secara terpadu dengan cara menggerakkan seluruh unsur baik, non pemerintah, organisasi sosial, individu dan masyarakat; menjangkau masyarakat luas; memasarkan gagasan skrining kepada masyarakat; membina pemikiran, sikap perilaku dan motivasi pemberi jasa pelayanan kesehatan untuk melakukan penyuluhan, skrining, deteksi dini, pengobatan dan rehabilitasi (Moegeni, 2007).

Selanjutnya Moegeni (2007) juga mengembangkan konsep pencegahan kanker serviks terpadu berdasarkan konsep dasar yang digunakan dalam pencegahan. Konsep diibaratkan seperti sebuah bangunan yang mempunyai pondasi dan empat buah pilar. Sebagai pondasinya adalah pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier kemudian yang dianggap sebagai empat buah pilar adalah Penyuluhan dan Promosi, Pelatihan Provider, Metode dan Rujukan.

Secara rinci mengenai konsep pondasi dan pilar akan disampaikan dalam bentuk tabel di bawah ini :

Tabel 2.2 :

Tabel Konsep Pencegahan Kanker Serviks Terpadu

No	PILAR	PONDASI		
		PECEGAHAN PRIMER	PENCEGAHAN SEKUNDER	PENCEGAHAN TERSIER
1	PENYULUHAN DAN PROMOSI	Provider harus selalu memberikan penyuluhan kanker serviks mengenai definisi, faktor risiko, gejala dan cara deteksi dini	Mengingatikan semua perempuan yang datang ke fasilitas kesehatan untuk melakukan skrining kanker serviks	Bila diketahui menderit kanker serviks dianjurkan untuk segera melakukan pengobatan
2	PELATIHAN PROVIDER	Pelatihan diberikan oleh organisasi pemerintah dan non pemerintah	Program pelatihan IVA untuk pemberi jasa pelayanan seperti perawat, bidan dan dikter umum	Mendidik dokter Spesialis Obstetri Ginekologi Konsultasi Onkologi, Radiotherapi, Medikal Onkologi, Urologi dan Rehabilitasi Medik
3	METODE	Terjun ke masyarakat dan memasarkan gagasan ke masyarakat dengan memperhatikan faktor karakter masyarakat, pesan, media dan mekanisme respon	Menggunakan IVA test, Pap Smear atau test DNA-HPV	Metoda yang dipakai sesuai dengan stadium kanker serviks dan komplikasinya
4	RUJUKAN DAN MANAJEMEN	Pemberian vaksin HPV apabila sudah tersedia dan mampu laksana	Tindakan kryoterapi bila IVA positif dan rujuk bila positif kankers serviks	Penanganan yang adekuat, rehabilitasi dan paliasi

## 2.2 KEBIJAKAN PENGENDALIAN KANKER SERVIKS

### 2.2.1 KEBIJAKAN DI INDONESIA

Pengendalian penyakit kanker serviks di Indonesia berada di bawah Kementerian Kesehatan RI yaitu Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM) Sub Direktorat Penyakit Kanker berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 1575 tahun 2005

tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan. Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit kanker serviks yang secara umum bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker serviks, memperpanjang umur harapan hidup dan meningkatkan kualitas hidup penderita (Depkes, 2007).

Kanker serviks merupakan salah satu dari Penyakit Tidak Menular Utama (PTM) yang menjadi perhatian oleh pemerintah selain penyakit Jantung, Stroke, PPOK, dan Diabetes. Pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit PTM telah diatur di dalam Undang-Undang no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dari Pasal 158 sampai dengan Pasal 161. Di dalam Pasal 161 secara tegas dikatakan bahwa manajemen pelayanan kesehatan baik berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dititik beratkan pada deteksi dini dan pengobatan penyakit tidak menular. Rencana strategis Kementerian Kesehatan pada tahun 2010-2014 menargetkan pencapaian 100% terhadap deteksi dini di dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (Kemenkes, 2010b).

Secara teknis, peraturan yang digunakan mengenai pelaksanaan deteksi dini kanker serviks adalah Kepmenkes nomor 430 tahun 2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker yang menjabarkan hal-hal yang berhubungan dengan nilai-nilai, tujuan, kebijakan, strategi, pokok-pokok kegiatan dan pengorganisasian dalam pengendalian penyakit kanker termasuk kanker serviks. Selanjutnya digunakan juga Kepmenkes nomor 796 tahun 2010 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim yang ditujukan kepada pengelola program Pengendalian PTM Pusat, Daerah, dan Unit Pelayanan Tekhnis; Pemerintah Daerah, Lintas Program dan Lintas Sektor Terkait, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi terkait, Lembaga Swadaya Masyarakat dan kelompok berisiko.

#### **2.2.1.1 TUJUAN**

Tujuan pengendalian penyakit kanker serviks dapat diuraikan sebagai berikut (Depkes, 2007; Hardiman, 2007) :

- a. Menggerakkan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit kanker serviks
- b. Menyelenggarakan surveilans faktor risiko, surveilans kasus dan kematian melalui registri kanker serviks yang terpadu, akurat, berkelanjutan, untuk memberikan informasi yang dapat mendukung pengambilan kebijakan upaya pengendalian penyakit kanker serviks
- c. Melaksanakan deteksi dini pada kelompok masyarakat berisiko penyakit kanker serviks
- d. Melaksanakan penegakan diagnosis dan tatalaksana penderita penyakit kanker serviks yang berkualitas sesuai dengan standar profesi
- e. Mewujudkan jejaring kerja di setiap tingkat administrasi baik lintas program, lintas sektor serta mitra potensial di masyarakat
- f. Mengkoordinasikan kegiatan pengendalian penyakit kanker serviks secara nasional dan berjenjang
- g. Menyediakan kebijakan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan penyakit kanker serviks yang berpihak pada kelompok masyarakat miskin

#### **2.2.1.2 KEBIJAKAN**

Kebijakan pengendalian kanker serviks dibuat untuk mencapai tujuan dan sasaran pengendalian penyakit kanker serviks, yaitu (Depkes, 2007; Hardiman, 2007) :

- a. Pengendalian penyakit kanker serviks didasari pada partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing daerah dengan mengoptimalkan kemampuan daerah.
- b. Pengendalian penyakit kanker serviks dilaksanakan melalui pengembangan kemitraan dan jejaring kerja secara multi disiplin, lintas program dan lintas sektor.
- c. Pengendalian penyakit kanker serviks dilaksanakan secara terpadu terhadap pencegahan primer, sekunder dan tersier.
- d. Pengendalian penyakit kanker serviks dikelola secara profesional, berkualitas, merata dan terjangkau oleh masyarakat melalui penguatan seluruh sumber daya

- e. Penguatan penyelenggaraan surveilans faktor risiko dan registri penyakit kanker serviks sebagai bahan informasi bagi pengambil kebijakan dan pelaksanaan program.
- f. Pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit kanker serviks harus dilakukan secara efektif dan efisien melalui pengawasan yang terus ditingkatkan intensitas dan kualitasnya melalui pemantapan sistem dan prosedur pengawasan. Pelaksanaan pengawasan tersebut dilaksanakan secara komprehensif dan berbasis kinerja.

### **2.2.1.3 STRATEGI**

Strategi yang dilakukan pada kegiatan pengendalian penyakit kanker serviks meliputi (Depkes, 2007; Hardiman, 2007) :

- a. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat sehingga dapat terhindar dari faktor risiko penyakit kanker serviks
- b. Mendorong pelaksanaan pembangunan berwawasan kesehatan sehingga dapat mengurangi kemungkinan terkena paparan faktor risiko penyakit kanker serviks terhadap masyarakat
- c. Mendorong dan memfasilitasi pengembangan potensi dan peran serta masyarakat untuk penyebar luasan informasi kepada masyarakat tentang penyakit kanker serviks dan pendampingan terhadap pasien dan keluarganya.
- d. Mengembangkan kegiatan deteksi dini penyakit kanker serviks yang efektif dan efisien terutama bagi masyarakat berisiko
- e. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas melalui peningkatan sumber daya manusia dan penguatan institusi serta standarisasi pelayanan.
- f. Mendorong sistem pembiayaan kesehatan bagi pelayanan kesehatan paripurna penderita kanker serviks sehingga dapat terjangkau bagi penduduk miskin.
- g. Meningkatkan penyelenggaraan surveilans faktor risiko dengan mengintegrasikan dalam sistem surveilans terpadu di puskesmas dan di rumah sakit dan surveilans penyakit melalui pengembangan registri kanker serviks terpadu



- h. Mendorong dan memfasilitasi pengembangan vaksin untuk kuman penyebab kanker serviks yang dapat dicegah melalui imunisasi yang aman, efektif dan terjangkau bagi masyarakat

#### 2.2.1.4 POKOK-POKOK KEGIATAN

Terdapat enam pokok kegiatan besar di dalam pengendalian penyakit kanker serviks yaitu (Depkes, 2007; Hardiman, 2007) :

- a. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko dengan cara :
  - Menyiapkan materi dan menyusun rancangan peraturan dan perundang-undangan, kebijakan, juklak, juknis pedoman pencegahan dan penanggulangan penyakit kanker serviks
  - Membangun dan mengembangkan kemitraan dan jejaring kerja serta memberikan konsultasi teknis tentang kampanye pengendalian faktor risiko seperti menggalakkan aktifitas fisik, diet seimbang dan perilaku seks yang aman
  - Melakukan kajian program pencegahan dan penanggulangan faktor risiko kanker serviks baik ditingkat pusat maupun daerah
- b. Peningkatan imunisasi dengan upaya :
  - Menyiapkan materi dan menyusun rancangan peraturan dan perundang-undangan, kebijakan, juklak, juknis pengembangan imunisasi yang dapat mencegah kanker serviks.
  - Membangun dan mengembangkan kemitraan dan jejaring kerja
  - Memfasilitasi upaya kajian pengembangan imunisasi yang dapat mencegah kanker seriks.
- c. Penemuan dan tatalaksana penderita meliputi deteksi dini dan tatalaksana penyakit yaitu pemeriksaan, penegakan diagnosa dan tindakan serta perawatan palliatif dengan cara :
  - Menyiapkan materi dan menyusun rancangan peraturan dan perundang-undangan, kebijakan, juknis, juklak dan pedoman tentang deteksi dini dan tatalaksana penyakit anker serviks

- Memfasilitasi dan mendorong organisasi profesi untuk menyiapkan bahan dan materi pembuatan standarisasi deteksi dini dan tatalaksana penyakit
  - Mengembangkan upaya deteksi dini penyakit kanker serviks yang efektif dan efisien seperti penggunaan metode IVA (Inspeksi Visual Asam Acetat) dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia dan memperhatikan budaya lokal di masyarakat.
  - Membangun dan mengembangkan kemitraan serta jejaring kerja
  - Meningkatkan kemampuan SDM kesehatan
  - Memberikan stimulasi bahan dan alat penunjang
  - Menguatkan fasilitas kesehatan
- d. Surveilans epidemiologi penyakit kanker serviks dengan cara :
- Menyiapkan materi dan menyusun rancangan peraturan perundang-undangan, kebijakan, juklak, juknis, pedoman tentang surveilans penyakit kanker serviks
  - Mengembangkan sistem surveilans epidemiologi penyakit kanker serviks secara berjenjang
  - Membangun dan mengembangkan kemitraan serta jejaring kerja dengan lintas program dan lintas sektor baik pemerintah maupun swasta
  - Meningkatkan kemampuan SDM
  - Mengembangkan sistem dan perangkat teknologi informasi dalam kegiatan surveilans penyakit kanker serviks
- e. Peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) melalui beberapa kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari para pemegang kebijakan sampai dengan masyarakat luas melalui kegiatan advokasi, sosialisasi, penguatan kader kesehatan yang ada di masyarakat dan mobilisasi masyarakat, yaitu:

- Menyiapkan materi dan menyusun rancangan peraturan dan perundang-undangan, kebijakan, juklak, juknis dan pedoman tentang pengembangan KIE pengendalian kanker serviks
- Memfasilitasi dan mengadvokasi stake holder daerah untuk mengembangkan kampanye pencegahan dan deteksi dini kanker serviks sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah
- Meningkatkan kemampuan SDM kesehatan dalam pengembangan KIE pengendalian penyakit kanker serviks
- Memfasilitasi dan mengembangkan media KIE
- Mendorong dan memfasilitasi pembentukan kelompok-kelompok masyarakat peduli penyakit kanker serviks
- Mengkampanyekan pencegahan penyakit kanker serviks melalui berbagai media yang sesuai dengan kemampuan dan memperhatikan sosio-budaya masyarakat setempat.

#### **2.2.1.5 PENGORGANISASIAN**

Pengorganisasian dalam pengendalian penyakit kanker serviks terdiri dari (Depkes, 2007; Hardiman, 2007) :

- a. Tingkat Pusat berada di bawah tanggung jawab Direktur Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP&PL) Kementerian Kesehatan yang bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat dan Pusat Promosi Kesehatan
- b. Tingkat Propinsi terdapat Dinas Kesehatan Propinsi yang bertanggung jawab melaksanakan kegiatan pengendalian penyakit kanker serviks dibantu oleh pejabat terkait lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat peduli kanker yang ada di propinsi Dinas kesehatan propinsi melakukan surveilans epidemiologi melalui pengumpulan dan analisa data dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Rumah sakit yang berada di wilayah kerja.

- c. Tingkat Kabupaten dibentuk kelompok kerja pengendalian kanker yang dilaksanakan berjenjang dan melakukan surveilans epidemiologi dengan cara mengumpulkan dan menganalisa data yang didapat dari hasil pengamatan oleh puskesmas dan rumah sakit serta melakukan survei faktor risiko secara berkala.
- d. Unit Pelayanan Kesehatan terdiri dari :
- Puskesmas yang mempunyai tugas antara lain melakukan deteksi dini dan meningkatkan keterampilan, kemampuan dan perilaku petugas dan masyarakat, melaksanakan Komunikasi Informasi dan Edukasi ((KIE) dengan berbagai metode dan media penyuluhan, melaksanakan surveilans kasus dan kematian di masyarakat kemudian melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten melalui sistem pelaporan yang ada, membentuk jejaring kerja dalam bentuk forum atau kelompok kerja.
  - Rumah Sakit yang mempunyai fungsi melaksanakan semua kegiatan tatalaksana penyakit kanker serviks mulai dari deteksi dini hingga pelayanan palliatif sesuai dengan standar profesi dan fasilitas yang dipunyai, sebagai tempat rujukan dan menjalankan fungsi surveilans kasus dan kematian melalui registri penyakit kanker. Surveilans faktor risiko dilaksanakan pada waktu tertentu melalui survei dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Propinsi.
  - Klinik dapat merujuk penderita dan spesimen ke rumah sakit atau puskesmas terdekat yang mempunyai fasilitas memadai. Praktek swasta bagi dokter, perawat dan bidan melaksanakan deteksi dini, penemuan kasus dan tatalaksana kanker serviks.

### 2.2.2 KEBIJAKAN WHO

Dalam program pengendalian kanker nasional merupakan program kesehatan masyarakat yang dibentuk untuk mengurangi *incidence* dan *mortality* penyakit kanker dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker pada suatu negara melalui implementasi secara sistematis dan sesuai berdasarkan strategi *evidence base* untuk preventif, deteksi dini, pengobatan dan paliatif. (WHO, 2002). Program pengendalian

kanker nasional termasuk kanker serviks dilakukan melalui pendekatan sistemik dan komprehensif berarti program adalah sistem komprehensif yang terdiri upaya preventif, deteksi dini, pengobatan dan paliatif serta tergabung dengan program lain di dalam sistem kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi sosial.

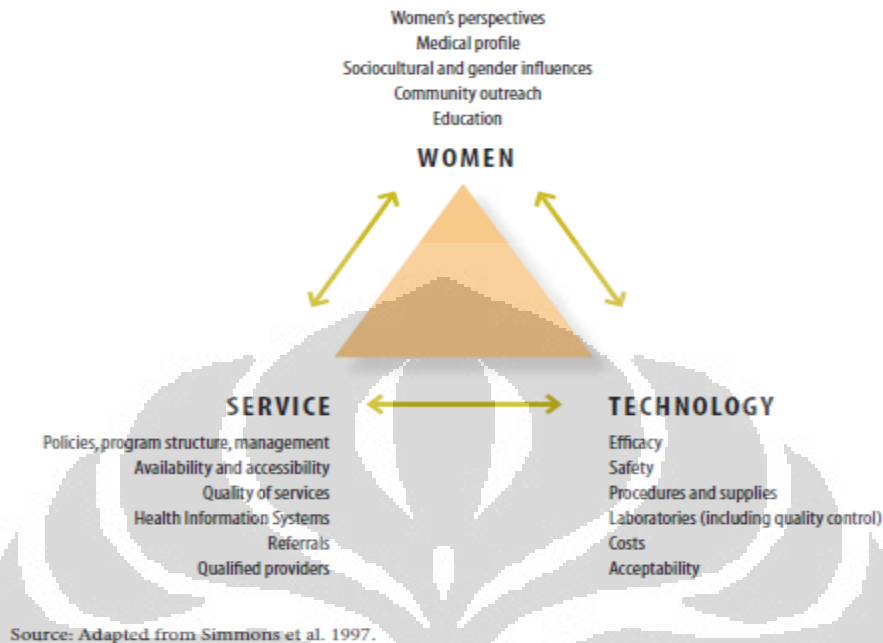
Prinsip yang perlu diperhatikan dalam melakukan pengendalian kanker serviks, adalah (WHO, 2002, 2007) :

- a. *Leadership* dan *team building*
- b. Membuat perencanaan untuk program pengendalian kanker nasional
- c. Membuat pedoman-pedoman dan mengembangkan sistem informasi
- d. Melakukan koordinasi dengan program yang telah ada
- e. *Partnership* dan Legislasi
- f. Pendanaan untuk pengendalian kanker
- g. *Launching* program dan memperhatikan lokasi
- h. Mempertahankan strategi komunikasi
- i. Pelaksanaan secara bertahap dan menyiapkan sumber daya sejak awal
- j. Melakukan prioritas dengan pendekatan sistem
- k. Edukasi dan pelatihan

Dalam konteks pengendalian kanker serviks juga perlu melakukan surveilans yang dapat memberikan data secara terus menerus mengenai *incidence*, *prevelence*, *mortality*, metode diagnosis, tingkat penyebaran, pengobatan, dan kelangsungan hidup (WHO, 2002).

Framework strategi pencegahan skrining kanker serviks yang digunakan oleh WHO diambil dari penelitian Simmons (1997) yang mengkaitkan ketiga unsur yaitu perempuan, teknologi dan pelayanan. Interaksi ketiga unsur tersebut dipengaruhi oleh kondisi sosial budaya, konteks kebijakan, hubungan kolaborasi dengan stakeholder untuk meningkatkan servis dan teknologi seperti pada gambar berikut ini (ACCP, 2004a) :

Gambar 2.1 : Strategi Pendekatan Pencegahan Kanker Serviks menurut WHO



Sumber : (ACCP, 2004a)

Langkah-langkah dalam fase kebijakan pengembangan program skrining dapat dilihat dalam beberapa unsur yakni (ACCP, 2004a) :

- a. Komitmen politik
- b. Hubungan tingkat tinggi dengan stakeholder
- c. Melakukan situasi analisis
- d. Mengembangkan kebijakan
- e. Mendukung kebijakan baru dan mengumpulkan sumber daya untuk program

## 2.3 SKRINING KANKER SERVIKS

### 2.3.1 PELAKSANAAN DAN PERTIMBANGAN

Skrining kanker serviks dilakukan pada wanita yang berisiko terkena kanker serviks yakni berusia antara 25 sampai 65 tahun. Secara umum pelaksanaan skrining akan

berhasil bila mencapai 80% populasi berisiko, follow up dan manajemen yang sesuai pada wanita yang positif skrining, hubungan yang efektif antara komponen program seperti dari skrining ke tahap diagnosis dan pengobatan, kualitas yang baik terhadap cakupan, tes skrining, diagnosis, pengobatan, dan *follow up* serta sumber daya yang adekuat (WHO, 2006).

WHO (2006) mengelompokkan pelaksanaan skrining menjadi 2 jenis yaitu skrining yang terorganisir dan skrining oportunistik. Skrining yang terorganisir dibuat untuk mencapai jumlah tertinggi kemungkinan perempuan berisiko terkena kanker serviks dengan menggunakan sumber daya yang ada. Program skrining seharusnya melakukan beberapa hal yaitu (ACCP, 2004a; WHO, 2006) :

- a. Target Populasi
- b. Interval skrining
- c. Tujuan cakupan
- d. Mekanisme untuk mengajak dan menghadiri pelayanan skrining
- e. Metoda skrining yang digunakan
- f. Strategi memberikan informasi
- g. Mekanisme rujukan dari diagnosis dan pengobatan
- h. Rekomendasi pengobatan
- i. Indikator monitoring dan evaluasi program skrining

Sedangkan skrining oportunistik dilakukan ketika kunjungan pada pelayanan kesehatan untuk alasan tertentu yang dianjurkan oleh petugas kesehatan atau atas permintaan pasien sendiri. Secara umum skrining yang terorganisir akan lebih efektif bila dibandingkan dengan skrining oportunistik. Pelaksanaan skrining tidak akan berhasil bila tidak ada kontrol kualitas, cakupan yang rendah, skrining yang berlebihan pada populasi yang berisiko rendah dan tidak ada tindak lanjut.

Pada pelaksanaan skrining kanker serviks akan menemukan hal-hal yang tidak diinginkan seperti permasalahan psikologis cemas dan takut untuk di tes kanker serviks, kepercayaan yang salah bahwa positif skrining adalah diagnosis kanker, hasil

false positif pada perempuan dengan normal serviks tidak diperlukan intervensi dan kecemasan dan hasil false negatif pada perempuan dengan serviks abnormal.

Rekomendasi WHO (2006) terhadap target populasi dan frekuensi skrining antara lain adalah (ACCP, 2004a; WHO, 2006) :

- a. Program skrining dimulai pada usia 25 – 30 tahun
- b. Jika skrining hanya dapat dilakukan sekali seumur hidup yakni pada perempuan berusia 35-45 tahun
- c. Bagi perempuan usia 50 tahun ke atas, interval skrining dilakukan 5 tahun sekali
- d. Bagi perempuan usia 25 – 49 tahun, interval skrining dilakukan tiga tahun sekali
- e. Skrining tidak dianjurkan untuk dilakukan setahun sekali
- f. Skrining tidak perlu bagi perempuan usia 65 tahun ke atas

Sedangkan kebijakan di Indonesia menetapkan frekuensi skrining dilakukan 5 tahun sekali pada hasil skrining negatif dan enam bulan berikutnya pada hasil skrining positif dan mendapat pengobatan sedangkan untuk populasi sasaran ditentukan sebesar 80% dari jumlah populasi perempuan yang berusia 30-50 tahun berdasarkan data demografi, sehingga yang menjadi kelompok sasaran skrining adalah (Kemenkes, 2010a) :

- a. Perempuan berusia 30-50 tahun
- b. Perempuan yang menjadi klien pada klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan *discharge* (keluar cairan) dari vagina yang abnormal atau nyeri abdomen bawah
- c. Perempuan yang tidak hamil
- d. Perempuan yang mendatangi puskesmas, klinik IMS dan klinik KB yang secara khusus meminta untuk dilakukan skrining

Penetapan sasaran dan lokasi skrining dengan pertimbangan ilmiah dan rasional serta adanya konsensus dalam berbagai bentuk dengan para pemangku kepentingan yang mempunyai peranan strategis diperlukan untuk meningkatkan pencapaian target



skrining dan memperluas *outcome* skrining dalam bentuk percepatan kesiapan sumber daya berupa inisiatif pemerintah, LSM dan kerjasama internasional (Pudji, 2007).

Keputusan untuk memilih metoda skrining tes berdasarkan beberapa pertimbangan antara lain organisasi sistem kesehatan, ketersediaan dana, jumlah dan tipe tenaga kesehatan, ketersediaan laboratorium dan transportasi dan ketersediaan dan biaya dari beberapa jenis skrining tes. Selain itu juga pertimbangan terhadap etika skrining dan *informed consent* perlu dilakukan. Keberhasilan program skrining sangat ditentukan oleh pembuat kebijakan, pelatihan dan monitoring evaluasi (WHO, 2006).

Kondisinya di Negara berkembang dengan beban penyakit 80% program skrining pap smear masih sulit dilaksanakan (Lowndes, 2006). Sedangkan di Finlandia pelaksanaan program skrining kanker serviks telah lama dimulai yaitu sejak tahun 1960 (Anttila, 2008). Cakupan program skrining di beberapa Negara tercatat 57 negara dengan angka 18% usia wanita 25–64 tahun di negara yang sedang berkembang bila dibandingkan dengan Negara yang sudah berkembang sebesar 63%. Meskipun terdapat juga yang tidak tercatat oleh karena wanita tidak mengetahui atau tidak ingat kapan mereka melakukan test Pap Smear (Deborah Maine, 2011).

Tindakan pencegahan dan pengendalian kanker serviks terhadap para pendatang dari luar negeri di Indonesia belum secara spesifik dilakukan oleh Pemerintah. Namun hal tersebut telah dilakukan di Canada terhadap para imigran dan kaum wanita minoritas etnik yang terdiri dari 10 asal negara yaitu kulit putih, kulit hitam, Spanyol, Arab, China, Korea, Asia Tenggara, Asia Selatan dan Philipina dengan menggunakan metode survey dan frame work "*Health Investment Model Grossmant*" Hasilnya menyebutkan bahwa rendahnya angka skrining kanker serviks melalui pap smear yang dipengaruhi oleh faktor etnik, status imigran dan sosio ekonomi (McDonald & Kennedy, 2007).

### 2.3.2 METODA SKRINING TES IVA

Metoda skrining kanker serviks dilakukan dengan cara inspeksi visual asam cuka (IVA) 3-5% yang menggunakan mata telanjang untuk mendeteksi lesi pra kanker serviks dengan cara pengolesan pada daerah serviks. Bila serviks berubah warna menjadi putih setelah pengolesan, maka diindikasikan adanya lesi pra kanker. Lesi pra kanker dapat langsung diobati dengan tindakan krioterapi (ACCP, 2004a; Depkes, 2008; Kemenkes, 2010a; WHO, 2006).

Penggunaan metode IVA dianjurkan digunakan untuk fasilitas dan sumberdaya yang sederhana bila dibandingkan dengan metoda skrining kanker lainnya. Perbandingan metoda skrining dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.3 : Tabel Perbandingan Metoda Skrining Kanker Serviks

No	Jenis Tes	Aman	Praktis	Terjangkau	Efektif	Mudah tersedia
1	IVA	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
2	Pap Smear	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
3	HPV/DNA Test	Ya	Tidak	tidak	Ya	Tidak
4	Cervicography	Ya	Tidak	tidak	Ya	Tidak

Sumber : (Kemenkes, 2010b)

Masing-masing metode skrining kanker serviks mempunyai kelebihan dan kekurangan yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.4 : Tabel Karakteristik Metode Skrining Kanker Serviks

NO	METODE	PROSEDUR	KELEBIHAN	KEKURANGAN	STATUS
1	Sitologi Konvensional	Sampel diambil oleh tenaga kesehatan dan diperiksa oleh sitoteknisi di laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metode yang telah lama dipakai</li> <li>• Diterima secara luas</li> <li>• Pencatatan hasil permanen</li> <li>• Training dan mekanisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil tes tidak didapat dengan segera</li> <li>• Diperlukan sistem yang efektif untuk follow up wanita yang diperiksa setelah ada hasil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telah lama digunakan di banyak negara sejak tahun 1950</li> <li>• Terbukti menurunkan angka kematian akibat kanker leher rahim di</li> </ul>

			<p>kontrol kualitas telah baku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investasi yang sederhana pada program yang telah ada dapat meningkatkan pelayanan</li> <li>• Spesifisitas tinggi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diperlukan transpot bahan sediaan dari tempat ke laboratorium, trnsport hasil pemeriksaan ke klinik</li> <li>• Sensitifitas sedang</li> </ul>	negara maju
2	Liquid base Citology	Sampel diambil oleh tenaga kesehatan, dimasukkan dalam cairan fiksasi dan dikirim untuk diproses dan diperiksa di laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarang diperlukan pengambilan sampel ulang bila bahan sediaan tidak adekuat</li> <li>• Waktu yang dibutuhkan untuk pembacaan hasil lebih singkat bila dilakukan oleh sitoteknisi yang berpengalaman</li> <li>• Sampel dapat digunakan juga untuk tes molekular (tes HPV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil tes tidak didapat dengan segera</li> <li>• Fasilitas laboratorium lebih mahal dan canggih</li> </ul>	Digunakan sebagai metoda skrining di beberapa negara berkembang
3	Tes HPV DNA	Tes DNA HPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengambilan sampel lebih mudah</li> <li>• Proses pembacaan otomatis oleh alat khusus</li> <li>• Dapat dikombinasi dengan tes Pap untuk meningkatkan sensitifitas</li> <li>• Spesitifitas tinggi terutama pada perempuan &gt;35 thn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil tes tidak didapat dengan segera</li> <li>• Biaya lebih mahal</li> <li>• Fasilitas laboratorium lebih mahal dan canggih</li> <li>• Perlu reagen khusus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digunakan di beberapa negara berkembang sebagai tambahan pemeriksaan sitologi</li> <li>• Biaya yang rendah sedang dalam tahap pengembangan</li> </ul>
4	Metode Visual (IVA dan VILD)	Pemulasan leher rahim dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah dan murah</li> <li>• Hasil didapat dengan segera</li> <li>• Sarana yang dibutuhkan sederhana</li> <li>• Dapat dengan tatalaksana segera lainnya yang cukup dengan pendekatan sekali kunjungan (single visit approach)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesifisitas rendah, sehingga berisiko over treatment</li> <li>• Tidak ada dokumentasi hasil pemeriksaan</li> <li>• Tidak cocok untuk skrining pada perempuan pasca menopause</li> <li>• Belum ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum cukup data dan penelitian yang mendukung, terutama sehubungan dengan efeknya terhadap penurunan angka kejadian dan kematian kanker leher rahim</li> </ul>

standarisasi  
 • Seringkali perlu  
 training ulang  
 untuk tenaga  
 kesehatan

Sumber : (Depkes, 2008; WHO, 2006)

Serangkaian penelitian di Indonesia menunjukkan hasil bahwa penggunaan tes IVA adalah cara yang efektif dilakukan untuk mendeteksi skrining kanker serviks. Misalnya penelitian di Semarang terhadap 120 sampel menyebutkan bahwa pemeriksaan dengan metoda tes IVA mempunyai sensitivitas yang cukup tinggi dalam mendeteksi lesi pra kanker serviks (Wiyono, 2008), di Depok pada 3331 responden ditemukan 369 responden dengan IVA positif dan 6 responden suspek kanker serviks, sehingga direkomendasikan untuk menghindari hasil positif palsu dengan cara melakukan pelatihan bidan lebih intensif dan menghindari kehilangan *follow up* pemeriksaan IVA dan lanjutan dilakukan pada hari yang sama (Sirait, 2007). Penelitian yang dilakukan di RSCM pada tahun 2006-2007 pada 1250 orang menghasilkan bahwa triase dengan tes Pap, tes HPV dan servikogravi dapat meningkatkan efektifitas pemeriksaan dan efektifitas biaya tes IVA dalam mendeteksi dini lesi pra kanker serviks (Ocviyanti, 2007).

Metoda skrining kanker serviks yang dianggap paling efektif di Afrika adalah dengan pap test. Studi di Zimbabwe dan Afrika Selatan menemukan skrining efektif dengan menggunakan IVA test (Sitas et al., 2008). Studi perbandingan yang dilakukan terhadap wanita asli Alaska dan Amerika Serikat kulit putih menggambarkan kecenderungan insiden yang menurun terhadap kasus kanker serviks, hal ini disebabkan oleh telah terlaksananya program skrining dan control dengan baik (Day, Lanier, Bulkow, Kelly, & Murphy, 2010).

Penelitian terhadap lima negara berkembang di India, Kenya, Peru, Afrika Selatan, and Thailand menyebutkan bahwa metoda efektif pencegahan kanker serviks dapat dilakukan dengan Inspeksi Visual Asam Acetat dan tes DNA terhadap virus HPV

(Goldie, 2004). Studi menunjukkan pada negara yang telah berkembang terjadi penurunan insiden kanker serviks dengan menggunakan cytologic seperti IVA test dan terapi pre kanker. Akan tetapi di negara dengan pendapatan rendah tidak terlalu terjadi penurunan yang bermakna (Campos, 2011).

#### **2.4 LANDASAN HUKUM**

Landasan Hukum yang terkait dengan kebijakan pengendalian kanker serviks di Indonesia dapat dilihat pada tabel berikut ini :



Tabel 2.5 : Landasan Hukum Terkait Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks di Indonesia

Jenis	Tahun												
	1992	1996	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Kebijakan yang terkait</b>	UU No: 23 tentang Kesehatan Pasal 28,29,30	PP No: 32 tentang Tenaga Kesehatan	Kepmenkes No 574 Tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010	Kepmenkes No:1116 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan	Kepmenkes No 1479 tentang Penyelenggaraan surveilan epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu	Kepmenkes No 1457 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/kota	Kepmenkes No 131 tentang Sistem Kesehatan Nasional UU No 5 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Pengelolaan Keuangan Negara UU No:29 tentang Praktik Kedokteran	Kepmenkes tentang Organisasi dan Tata Kerja Depkes RI Perpres no : 7 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Perpres no : 9 tentang Kedudukan, tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara RI	Kepmenkes RI No 331 tentang Rencana Strategis Depkes RI Tahun 2005-2009	Kepmenkes No : 430 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker Risksedas 2007	Buku Pedoman Skrining Kanker Leher Rahim dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA)	UU Nomor 36 tentang Kesehatan, Pasal 158 - 161	Kepmenkes Nomor 796 Tahun 2010 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Serviks

## **2.5 IMPLEMENTASI KEBIJAKAN**

### **2.5.1 KONSEP DASAR**

Implementasi kebijakan dalam pelaksanaannya merupakan proses yang sangat kompleks yang sering bernuansa politis dan sering memuat adanya intervensi berbagai kepentingan (Agustino, 2008; Nawawi, 2009). Selain itu juga implementasi kebijakan merupakan hal yang krusial di dalam proses kebijakan publik karena suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diinginkan (Winarno, 2012). Dalam proses implementasi kebijakan, terdapat peran para aktor yang terlibat baik dari pemerintah maupun non pemerintah berupa masyarakat, kalangan birokrasi, legislatif, lembaga peradilan, kelompok penekan dan organisasi komunitas, seperti yang diungkapkan oleh Anderson (1979), Lester dan Stewart (2000) (Kusumanegara, 2010; Nawawi, 2009).

Definisi implementasi kebijakan menurut pendapat beberapa ahli akan digambarkan sebagai berikut (Nawawi, 2009; Wahab, 2010) :

- a. Van Meter dan Van Horn (1975) menyebutkan implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu, pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.
- b. Mazmanian dan Paul Sebatier (1983) mendefinisikan implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar dalam bentuk undang-undang, perintah atau keputusan eksekutif penting
- c. Odoji (1981) mengungkapkan implementasi kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan lebih penting dari pembuatan kebijakan dan kebijakan hanya sekedar impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi bila tidak diimplementasikan
- d. Jones (1991) mengemukakan implementasi kebijakan adalah kemampuan untuk membentuk hubungan lebih lanjut dalam rangkaian sebab akibat yang menghubungkan tindakan dengan tujuan

Di samping itu juga implementasi kebijakan diartikan sebagai proses administrasi dari hukum (statuta) yang di dalamnya tercakup keterlibatan berbagai macam aktor, organisasi, prosedur dan tehnik yang dilakukan agar kebijakan yang telah ditetapkan mempunyai akibat yakni tercapainya tujuan kebijakan (Kusumanegara, 2010). Arti lain dari implementasi kebijakan juga disampaikan oleh DeLeon (1999) adalah apa yang terjadi antara harapan kebijakan dengan hasil kebijakan (Buse, 2006).

Andrew Dunsire (1978) mengatakan kesenjangan implementasi (*implementation gap*) kebijakan terjadi ketika dalam proses kebijakan terjadi perbedaan antara apa yang diharapkan oleh pembuat kebijakan dengan kenyataan yang dicapai (Wahab, 2010). Besar kecilnya perbedaan tergantung oleh kapasitas implementasi (*implementasi capacity*) seperti yang diungkapkan oleh Walter William (1975) yaitu kemampuan suatu organisasi atau aktor untuk melaksanakan keputusan kebijakan yang telah ditetapkan (Wahab, 2010).

Implementasi kebijakan mengandung resiko untuk gagal sehingga Hogwood dan Gunn (1986) membagi kegagalan kebijakan (*policy failure*) dalam Wahab (2010) menjadi dua katagori yaitu tidak terimplementasikan (*non implementation*) dan implementasi yang tidak berhasil (*unsuccesful implementation*). Implementasi tidak terimplementasikan mengandung arti bahwa suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, mungkin karena pihak-pihak yang terlibat tidak mau bekerjasama atau tidak bekerja secara efisien, bekerja setengah hari, tidak menguasai permasalahan dan diluar kemampuan. Sedangkan implementasi yang tidak berhasil terjadi ketika suatu kebijakan tertentu telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, namun kebijakan tidak berhasil karena faktor eksternal. Resiko untuk gagal dapat disebabkan oleh pelaksanaannya tidak baik, kebijakan tidak baik dan kebijakan bernasib jelek (Wahab, 2010).



### 2.5.2 MODEL DAN VARIABEL YANG MEMPENGARUHI KEBIJAKAN

Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh banyak variabel dan faktor yang saling berhubungan satu sama lain. Analisis implementasi kebijakan pada program-program pemerintah yang bersifat desentralisasi dikemukakan oleh G. Shabir Cheema dan Dennis A. Rondinelli (1983) dimana terdapat empat variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu : (Nawawi, 2009; Subarsono, 2010):

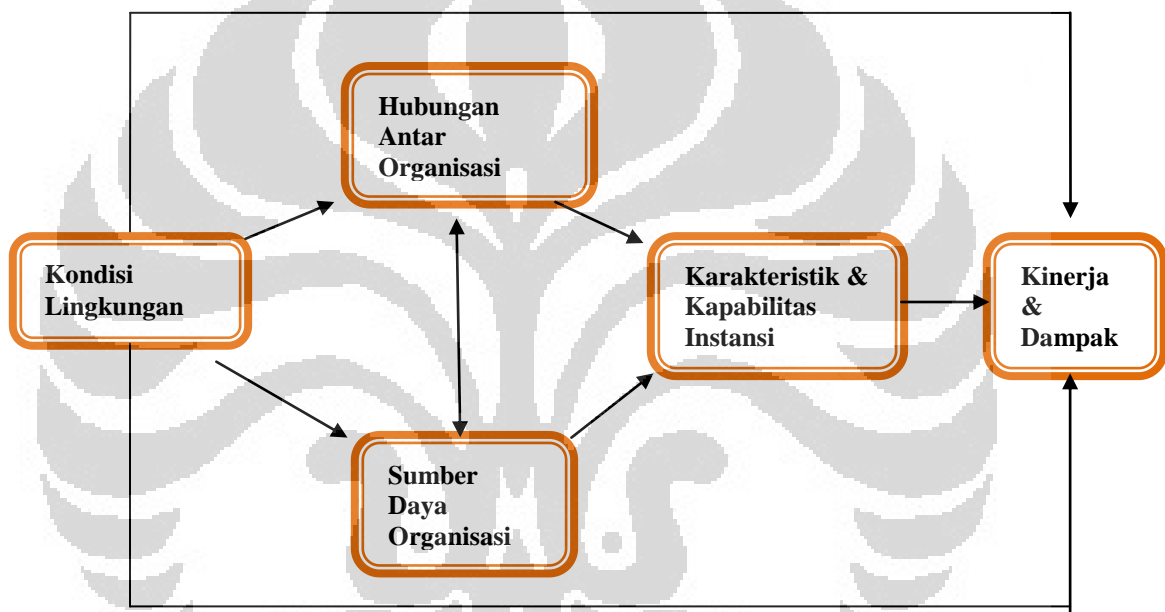
- a. **Kondisi lingkungan** terdiri dari tipe sistem politik; struktur pembentukan kebijakan; karakteristik struktur politik lokal; kendala sumber daya; sosio kultural; derajat keterlibatan pada penerima program dan tersedianya infrastruktur fisik yang cukup.
- b. **Hubungan Antar Organisasi** terdiri dari kejelasan dan konsistensi sasaran program; pembagian fungsi antar instansi yang pantas; standarisasi prosedur perencanaan, anggaran, implementasi dan evaluasi; ketepatan, konsistensi dan kualitas komunikasi antar instansi; dan efektifitas jejaring untuk mendukung program.
- c. **Sumber Daya Organisasi** yang dilihat pada implementasi kebijakan antar lain adalah kontrol terhadap sumber dana, keseimbangan antara pembagian anggaran dan kegiatan program; ketepatan alokasi anggaran, pendapatan yang cukup untuk pengeluaran, dukungan pemimpin politik pusat, dukungan pemimpin politik lokal dan komitmen birokrasi.
- d. **Karakteristik dan Kapabilitas Instansi Pelaksanaan.** Hal-hal yang termasuk di dalamnya adalah keterampilan teknis, manajerial dan politis petugas; kemampuan untuk mengkoordinasi, mengontrol dan mengintegrasikan keputusan; dukungan dan sumber daya politik instansi; sifat komunikasi internal; hubungan yang baik antar instansi dengan kelompok sasaran, hubungan yang baik antara instansi dengan pihak di luar pemerintah dan NGO (Non Governmental Organization); kualitas pemimpin instansi yang bersangkutan; komitmen petugas terhadap program; dan kedudukan instansi dalam hirarki sistem administrasi. Setiap implementasi kebijakan akan menghasilkan suatu hasil kinerja dan dampak. Kinerja dan dampak yang dilihat

adalah perubahan kemampuan administratif organisasi lokal dan berbagai keluaran dan hasil yang lain.

Ke empat variabel tersebut tergambar di dalam kerangka konsep berikut ini :

Gambar 2.2 :

Kerangka Konsep Variabel yang Mempengaruhi Proses Implementasi Kebijakan



Sumber : (Nawawi, 2009; Subarsono, 2010)

Adapun beberapa model implementasi kebijakan lainnya menurut para ahli dan faktor-faktor yang mempengaruhinya akan diuraikan dalam bentuk tabel dibawah ini (Nawawi, 2009) :

Tabel 2.6 :

## Model dan Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

No	Model	Variabel	Keterangan
1	Edward III (1980)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi</li> <li>2. Sumber daya</li> <li>3. Disposisi</li> <li>4. Struktur Birokrasi</li> </ol>	<p>Para pihak yang terlibat dalam implementasi perlu ada komunikasi agar tujuan kebijakan menjadi jelas.</p> <p>Implementasi kebijakan memerlukan berbagai sumber daya (manusia, dana, waktu)</p> <p>Implementor kebijakan harus punya komitmen dan kejujuran dalam mengimplementasikan kebijakan</p> <p>Ciri birokrasi yang baik sangat menunjang keberhasilan implementasi kebijakan</p>
2	Van Meter dan Van Horn (1975)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ukuran dan Tujuan</li> <li>2. Sumber daya</li> <li>3. Komunikasi</li> <li>4. Karakteristik agen birokrasi</li> <li>5. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik</li> <li>6. Disposisi</li> </ol>	<p>Tujuan kebijakan harus dipahami mulai dari atas sampai bawah dan harus ada ukurannya</p> <p>Implementasi kebijakan membutuhkan dukungan berbagai sumber daya</p> <p>Implementasi kebijakan memerlukan dukungan dan koordinasi dengan banyak pihak</p> <p>Mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola hubungan dalam suatu organisasi</p> <p>Kondisi perekonomian masyarakat, sosial dan politik yang terjadi berpengaruh pada implementasi kebijakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Respon implementasi terhadap kebijakan</li> <li>b. Pemahaman implementor terhadap isi dan tujuan kebijakan</li> <li>c. Intensitas preferensi nilai yang dimiliki implementor</li> </ol>
3	Grindle (1980)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Isi Kebijakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sejauhmana kepentingan kelompok sasaran terakomodasi</li> <li>b. Jenis manfaat yang diinginkan oleh kebijakan</li> <li>c. Perubahan yang diinginkan</li> <li>d. Kedudukan pembuat kebijakan</li> <li>e. Siapa pembuat kebijakan</li> </ol>

			f. Sumber daya
		2. Konteks Implementasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Seberapa besar kekuasaan dan strategi implementor</li> <li>b. Karakteristik rezim yang berkuasa</li> <li>c. Tingkat kepatuhan kelompok sasaran</li> </ul>
4	Mazmanian & Sabatier	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik dari masalah</li> <li>2. Karakteristik dari kebijakan</li> <li>3. Kondisi Lingkungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkat kesulitan teknis dari masalah</li> <li>b. Tingkat kemajemukan kelompok sasaran</li> <li>c. Cakupan perubahan yang diharapkan</li> <li>d. Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi</li> <li>e. Kejelasan dan konsistensi aturan</li> <li>f. Tingkat komitmen</li> <li>a. Kejelasan isi kebijakan</li> <li>b. Dukungan teoritis terhadap kebijakan</li> <li>c. Besarnya alokasi sumber daya finansial</li> <li>d. Kejelasan dan konsistensi aturan badan pelaksana</li> <li>e. Akses kelompok luar untuk berpartisipasi</li> <li>a. Kondisi sosial ekonomi</li> <li>b. Dukungan publik terhadap kebijakan</li> <li>c. Sikap kelompok pemilih</li> <li>d. Komitmen dan keterampilan implementor</li> </ul>
5	Hoogwood dan Gunn (1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jaminan</li> <li>2. Dukungan sumber daya</li> <li>3. Pengadaan sumber daya</li> <li>4. Hubungan kausal</li> <li>5. Seberapa banyak hubungan konsalitas</li> <li>6. Kecil ketergantungannya</li> <li>7. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan</li> <li>8. Masalah diurutkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kondisi eksternal tidak menimbulkan masalah baru</li> <li>Sumber daya manusia, material dan metode</li> <li>Ada kesiapan semua sumber</li> <li>Ada hubungan sebab akibat</li> <li>Apakah jumlahnya memadai</li> <li>Bila tinggi tidak akan efektif</li> <li>Ada peran antar lembaga</li> <li>Dirinci masalahnya mana yang awal dan akhir</li> </ul>

		9. Komunikasi dan koordinasi sempurna	Ada team work dan perekat antar lembaga
		10. Yang berwenang dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan	Wibawa dan berpengaruh ditaati bawahan

### 2.5.3 FAKTOR PENENTU IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

Semua kebijakan dibuat mempunyai tujuan untuk mempengaruhi atau mengawasi perilaku manusia supaya bertindak sesuai dengan aturan atau tujuan yang ditetapkan oleh pemerintah. Adapun faktor penentu yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah sebagai berikut (Agustino, 2008) :

a. Faktor penentu pemenuhan kebijakan yang terdiri dari :

- Respek anggota masyarakat pada otoritas dan keputusan pemerintah yakni penghormatan dan penghargaan masyarakat pada pemerintah yang legitimate menjadi kata kunci penting bagi terwujudnya pemenuhan kebijakan publik. Ketika masyarakat menghormati pemerintah yang berkuasa karna legitimasinya, maka secara otomatis masyarakat akan turut pula untuk memenuhi ajakan pemerintah melalui undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah dan keputusan pemerintah.
- Kesadaran untuk menerima kebijakan. Di dalam masyarakat terdapat individu atau kelompok orang yang mau menerima dan melaksanakan kebijakan sebagai sesuatu yang logis, rasional serta memang dirasa perlu. Pemerintah harus mampu merubah *mindset* masyarakat dengan cara sikap dan perilaku yang sesuai dengan *mindset* yang hendak dibentuk oleh pemerintah.
- Sanksi hukum. Orang akan sangat terpaksa melaksanakan suatu kebijakan karena takut akan terkena sanksi hukuman dan tidak suka dikatakan sebagai orang yang melanggar aturan hukum. Karena itu salah satu strategi pemerintah atau aparat birokrasi dalam upaya untuk memenuhi implementasi kebijakan publik adalah dengan cara membuat sanksi hukum.

- Kepentingan publik. Masyarakat mempunyai keyakinan bahwa kebijakan dibuat secara sah, konstitusional dan dibuat oleh pejabat publik yang berwenang dengan prosedur yang sah. Sehingga masyarakat cenderung mempunyai kesediaan diri untuk menerima dan melaksanakan kebijakan terutama bila berhubungan dengan hajat hidup masyarakat.
  - Kepentingan pribadi. Masyarakat sering memperoleh keuntungan langsung dari implementasi kebijakan, oleh karena itu masyarakat akan dengan senang hati menerima, mendukung dan melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan.
  - Masalah waktu. Bila masyarakat memandang ada suatu kebijakan yang bertolak belakang dengan kepentingan publik, maka masyarakat akan cenderung menolak kebijakan tersebut. Tetapi setelah waktu berlalu, pada akhirnya suatu kebijakan yang dulunya pernah ditolak dan dianggap kontroversial, berubah menjadi kebijakan yang wajar dan dapat diterima.
- b. Faktor penentu penolakan atau penundaan kebijakan yang terdiri dari :
- Kebijakan yang bertentangan dengan sistem nilai yang ada. Bila suatu kebijakan dipandang bertentangan secara ekstrem dengan sistem nilai yang dianut oleh masyarakat luas, maka akan dapat dipastikan kebijakan publik akan sulit terlaksana.
  - Tidak ada kepastian hukum. Ketidakjelasan aturan-aturan hukum dan kepastian hukum, kebijakan yang saling bertentangan satu sama lain dapat menjadi sumber ketidakpatuhan warga pada kebijakan yang telah ditetapkan pemerintah. Karena dapat menimbulkan salah pengertian dan cenderung ditolak oleh masyarakat.
  - Keanggotaan seseorang dalam suatu organisasi. Seseorang patuh atau tidak patuh pada peraturan atau kebijakan yang ditetapkan pemerintah dilihat dari tingkah laku seseorang dalam organisasi.
  - Konsep ketidakpatuhan selektif terhadap hukum. Masyarakat ada yang patuh pada suatu jenis kebijakan tertentu, tetapi ada juga yang tidak patuh pada kebijakan lain

## **2.6 ANALISIS KEBIJAKAN**

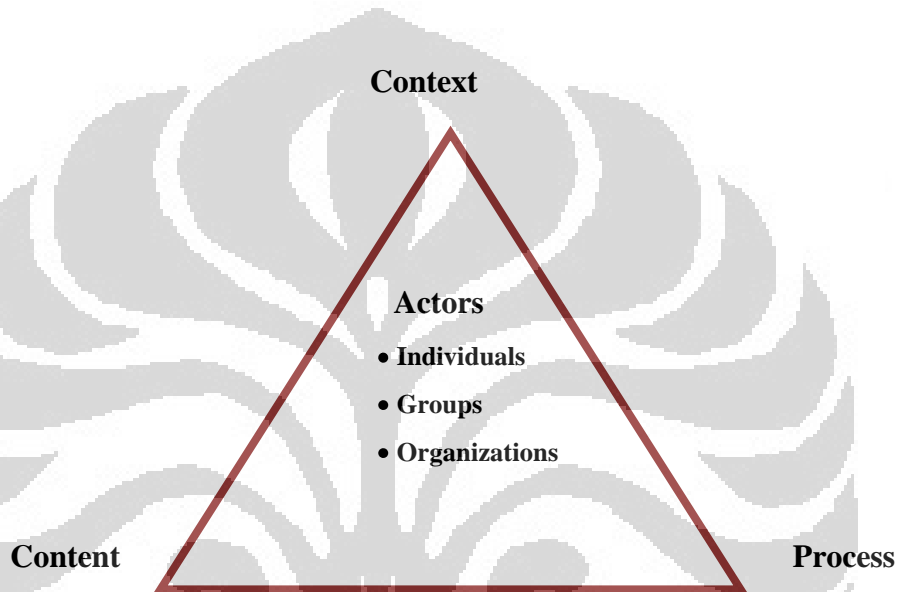
### **2.6.1 ANALISIS KEBIJAKAN PUBLIK DAN KESEHATAN**

Terdapat beberapa arti analisis kebijakan yang diungkapkan oleh beberapa pakar seperti yang dikutip oleh Nawawi (Nawawi, 2009) antara lain adalah : analisis kebijakan adalah sub bidang terapan yang isinya tidak dapat ditentukan berdasarkan batas-batas disiplin, tetapi berdasarkan hal-hal yang tampaknya sesuai dengan kondisi dan masalah yang ada (Wildafky (1975:15). Kemudian arti analisis kebijakan lain adalah berbagai metode penelitian dan argumentasi untuk menghasilkan informasi yang berhubungan dalam menganalisis masalah-masalah sosial yang muncul akibat diterapkannya suatu kebijakan. Ada arti lain yang diungkapkan oleh Quade (1955) mengenai analisis kebijakan yaitu suatu pembahasan yang menghasilkan informasi sedemikian rupa sehingga menghasilkan informasi sedemikian rupa yang dapat dijadikan dasar-dasar pertimbangan para pembuat kebijakan dalam memberikan penilaian kepada penerapan kebijakan. Lain halnya dengan pendapat yang dikemukakan oleh Weimer (1992:2) bahwa analisis kebijakan adalah pembuatan sejumlah informasi termasuk penelitian yang menghasilkan suatu formula keputusan kebijakan dan menentukan kebutuhan masa depan yang berhubungan dengan informasi kebijakan.

Analisis kebijakan dan advokasi kebijakan merupakan hal yang sangat berbeda di dalam pelaksanaannya. Secara prinsipal analisis kebijakan berhubungan erat dengan sebab akibat yang ditimbulkan suatu kebijakan publik bagi masyarakat terhadap formulasi, isi dan dampak dari suatu kebijakan, misalnya kebijakan perdagangan internasional, kebijakan kenaikan bahan bakar minyak dan kebijakan kenaikan tarif jalan tol yang perlu dianalisis. Sedangkan advokasi kebijakan berhubungan dengan apa yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah untuk kemajuan kebijakan tertentu, misalnya melalui diskusi, pendekatan dan aktifitas politik.

Segitiga analisis kebijakan dapat dipakai baik secara retrospektif yaitu menganalisis kebijakan masa lalu dan prospektif yaitu untuk membantu merencanakan cara mengubah kebijakan yang ada. Segitiga analisis kebijakan dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 2.3 : Segitiga Analisis Kebijakan



Sumber : Walt dan Gilson (1944) dalam (Walt, 1994)

Ke empat faktor tersebut akan diuraikan secara rinci satu persatu sehingga diperoleh maknanya dan keterkaitan yang erat antara satu sama lain, yaitu (Walt, 1994) :

a. AKTOR

Kebijakan hanya dipandang menjadi milik sekelompok orang atau elite yang mengatasnamakan masyarakat untuk merealisasikan kepentingan publik. Awal dari keadaan paradoksal nilai-nilai ini sebenarnya bermula dari penelikungan kekuasaan dan kewenangan. Kekuasaan dan kewenangan memiliki dan menjadi pengaruh yang sangat efektif dalam setiap tindakan dan keputusan yang akan diambil pemerintah. Proses tawar menawar yang terjadi antara aktor-aktor pembuat kebijakan dengan menggunakan kekuasaan dan kewenangan, dilaksanakan bukan untuk



mengsingkronkan kepentingan rakyat namun digunakan untuk meraih kepentingan dan kekuasaan.

Di Indonesia pengaruh aktor-aktor elite dalam proses pembuatan kebijakan sangat kental. Aktor-aktor tersebut dapat berasal dari institusi formal seperti lembaga legislatif, eksekutif, non istitusional seperti kelompok kepentingan dan partai politik. Mereka saling melakukan sharing power dalam tatanan yang paling fundamental. Sharing power menjadi sumber terjadinya dominasi power oleh para aktor kunci. Menurut Wright Mills (1959) seperti yang dikutip oleh Agustino (2008) “kebijakan publik dapat dipandang sebagai nilai-nilai dan pilihan elite yang memerintah” argumentasinya adalah bukan rakyat yang menentukan kebijakan publik melalui tuntutan dan tindakan mereka, tetapi berasal dari elite yang memerintah dan dilaksanakan oleh pejabat dan badan pemerintah (Agustino, 2008).

Sebuah penelitian mengembangkan model untuk pelaksanaan dan evaluasi keterlibatan para aktor dalam pembuatan kebijakan kesehatan mental. Bagaimana para aktor memasuki proses pembuatan kebijakan, terlibat di dalam konsep dan faktor kontekstual yang mempengaruhi keterlibatan para aktor (Restall, 2010). Peraturan profesi kesehatan berubah pada 1990-an. Pengaturan politik-institusional antara kepentingan sosial, negara dan pelaku ekonomi, berbeda dari apa yang mereka dua puluh tahun yang lalu (Silberman, 2000).

#### b. KONTEN

Ruang lingkup kebijakan publik sangat luas meliputi beberapa sektor pembangunan diberbagai hal, misalnya kebijakan publik di bidang kesehatan, pertanian, transportasi, pertahanan dan keamanan, pajak, pendidikan pariwisata, perdagangan dan lain-lain. Dalam mempelajari kebijakan publik dapat melalui beberapa pertimbangan antara lain adalah pertimbangan ilmiah, pertimbangan profesional dan pertimbangan politis seperti ungkapan Thomas Dye (1995) dan James Anderson (1984) dalam Agustino (2008) (Agustino, 2008). Pertimbangan ilmiah yang dimaksud adalah untuk menambah

pengetahuan tentang kebijakan publik secara lebih mendalam mulai dari asal, proses, perkembangan dan sebab akibat yang ditimbulkan bagi masyarakat. Misalnya kebijakan publik yang ada dikuasai oleh kelompok-kelompok yang berkepentingan dalam masyarakat dan instansi pemerintah. Kemudian bagaimana kebijakan publik mempengaruhi dukungan terhadap sistem politik yang ada dan dampak dari kebijakan publik bagi kesejahteraan masyarakat. Pertimbangan lain yaitu pertimbangan profesional yang menggunakan ilmu pengetahuan untuk memecahkan masalah sehari-hari, sehingga dapat membantu pencapaian dan tujuan dari kebijakan oleh individu, kelompok masyarakat ataupun pemerintah. Dapat digambarkan misalnya bila ingin mencegah adanya monopoli di bidang ekonomi, maka dapat dilakukan suatu tindakan tertentu agar tujuan kebijakan dapat berjalan dengan baik. Selanjutnya adanya pertimbangan politis dimaksudkan agar setiap perundangan dan regulasi yang dihasilkan dapat mencapai tujuan dan sesuai dengan target yang telah ditetapkan sehingga dapat dilakukan pengamatan terhadap kebijakan pemerintah apakah telah sesuai dengan tujuan.

### c. KONTEKS

Terdapat beberapa faktor didalam konteks kebijakan yang memiliki efek kepada kebijakan kesehatan seperti faktor sistemik-politik, ekonomi dan sosial baik nasional maupun internasional. Walt dan Gilson (1994) mengambil pendapat Leichter(1979) yang membagi konteks kebijakan menjadi tiga bagian, yaitu (Walt, 1994):

- Faktor situasional yang bersifat kurang lebih sementara, tidak kekal atau istimewa yang berdampak kepada kebijakan kesehatan. Misalnya kekeringan, perang, bencana alam seperti gempa dan banjir yang menyebabkan perubahan kebijakan di rumah sakit
- Faktor struktural yang bersifat relatif tidak berubah di masyarakat seperti sistem politik memberikan peluang bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam diskusi kebijakan dan keputusan. Disamping itu, masalah ekonomi dan lapangan kerja mempengaruhi kebijakan kesehatan. Misalnya upah perawat yang rendah,

lapangan pekerjaan sedikit bagi orang yang terlatih. Faktor demografi dan kemajuan teknologi menjadi berpengaruh juga dalam kebijakan kesehatan, sebagai contoh wilayah dengan populasi menua, maka penyediaan obat untuk pasien tua akan lebih banyak.

- Faktor budaya menjadi pengaruh terhadap kebijakan kesehatan bila dilihat dari perbedaan bahasa dan kaum minoritas etnis. Misalnya informasi sangat kurang diterima oleh masyarakat, di beberapa negara kaum perempuan tidak dapat dengan mudah mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Selain itu juga faktor agama dalam penanganan masalah seksual di suatu negara turut mempengaruhi kebijakan kesehatan. Meskipun banyak masalah kesehatan yang ditangani pemerintah secara nasional, dalam beberapa hal perlu kerjasama antara nasional, regional dan organisasi multilateral. Contohnya saja penanganan polio yang memerlukan virus polio dari orang yang belum diimunisasi dari negara perbatasan. Pendapat lain juga mengatakan bahwa faktor budaya mempengaruhi kebijakan kesehatan dan harus memperhatikan kepercayaan terhadap apa arti kesehatan sebenarnya (Blank, 2007). Contoh lain yang diberikan oleh Shiffman dan kolega (2002) yang juga dikutip oleh Walt dan Gilson (1994) tentang perbandingan hak-hak reproduksi di dua negara Serbia dan Kroasia, dimana pemerintah menganjurkan perempuan untuk memiliki anak lagi setelah pecahnya perang.

#### d. PROSES

Michael Howlet dan M. Ramesh (1995) dalam Nawawi (2009) menjelaskan bahwa proses kebijakan publik dilakukan melalui 5 tahapan, yakni penyusunan agenda (*agenda setting*) yang berguna agar suatu masalah mendapat perhatian dari pemerintah, formulasi kebijakan (*policy formulation*) yang merupakan perumusan pilihan kebijakan oleh pemerintah, pembuatan kebijakan (*decision making*) yang menjadi pilihan oleh pemerintah untuk melakukan suatu tindakan atau tidak, implementasi kebijakan (*policy implementation*) yang merupakan proses pelaksanaan kebijakan, kemudian yang terakhir adalah evaluasi kebijakan (*policy evaluation*) menjadi pemantauan di dalam

menilai hasil dan keinerja kebijakan (Nawawi, 2009). Hasil kutipan lain oleh Ripley (1985) dalam Nawawi (2009) menyebutkan bahwa terdapat tambahan dua tahapan proses setelah formulasi kebijakan, adanya legitimasi kebijakan dan setelah evaluasi perlu dilihat kinerja dampak dan kebijakan baru (Nawawi, 2009).

## **2.6.2 ANALISIS KEBIJAKAN DINAMIS**

Analisis kebijakan dinamis merupakan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk menciptakan solusi terbaik atas masalah publik dinamis yang dihadapi yang terdiri dari proses pengenalan masalah, proses pengembangan alternatif kebijakan, penilaian dan prediksi dan pemberian rekomendasi kebijakan (Indiahono, 2009). Selanjutnya Indiahono (2009) menjelaskan satu persatu mengenai proses tahapan analisis kebijakan dinamis yang akan diuraikan dalam sub bab di bawah ini.

### **2.6.2.1 Pengenalan Masalah Publik Dinamis**

Pengenalan masalah adalah proses untuk mengenali masalah secara lebih rinci, sebab-sebab masalah, sumber daya yang dimiliki, kekuatan, ancaman, kesempatan dan tantangan yang akan dihadapi untuk menyelesaikan masalah. Sedangkan yang dimaksud dengan pengenalan masalah publik dinamis adalah upaya mengenali masalah publik dengan berfikir lebih kreatif, maju, berorientasi kepada masa depan, berfikir lebih berani dan aspiratif.

Beberapa metode yang dapat dilakukan dalam mengenali masalah masalah publik, yaitu :

#### **a. Analisis *Snowball Sampling* dan *Survey*.**

Analisis *snowball sampling* dan *survey* merupakan upaya untuk mengenali masalah dengan cara menanyakan kepada stakeholder tentang isu masalah publik tertentu yang telah menjadi masalah formal untuk diselesaikan dengan kebijakan publik. Teknik *snowball sampling* dilakukan dengan mendatangi satu atau beberapa ahli yang terkait dengan isu tertentu yang kemudian merekomendasikan kepada orang lain yang lebih tahu.

b. Analisis Klasifikasi.

Analisis klasifikasi menunjuk pada upaya untuk mengelompokkan masalah-masalah publik yang hendak dikenali pada katagori tertentu sehingga mudah dianalisis.

c. Analisis Bertingkat.

Analisis bertingkat dilihat dari setting permasalahan dengan menggunakan pohon bertingkat, mulai dari aspek masalah yang mudah dikenali hingga kepada aspek yang tidak terduga sebelumnya.

d. *Brainstroming Analysis* (Analisis Curah Gagasan)

*Brainstorming* dilakukan dengan cara mengundang para ahli, *stakeholder*, akademisi, organ pemerintah dan kelompok kepentingan untuk mengemukakan pendapat tentang suatu masalah publik dengan cara wawancara mendalam atau *Focus Group Discussion* (FGD).

e. Analisis Kaya Perspektif.

Analisis Kaya Perspektif merupakan upaya untuk mengenali masalah publik yang sedang dihadapi dengan cara membandingkan berbagai variasi pendapat dari berbagai macam perspektif.

f. Analisis *Benchmarking*

Analisis *Benchmarking* dilakukan dengan cara melaukan kajian-kajian atas masalah sejenis di negara atau ditempat lain yang bertujuan agar analis kebijakan mendapatkan kekayaan bahan untuk mengenali masalah publik di tingkat lokal berdasarkan contoh-contoh di negara atau tempat lain.

### **2.6.2.2 Pengembangan Alternatif Kebijakan Dinamis**

Pengembangan alternatif kebijakan dinamis merupakan upaya mencari alternatif-alternatif kebijakan yang dapat diambil oleh pemerintah untuk menyelesaikan masalah publik tertentu dengan mempertimbangkan aspek rasionalitas dan aspek politis (daya

terima kebijakan) yang dilakukan dengan cara berfikir lebih kreatif, lebih maju, berorientasi ke masa depan dan lebih berani berpihak kepada publik.

Beberapa metode yang dapat digunakan dalam pengembangan alternatif kebijakan dinamis antar lain :

a. Analisis Eksperimentasi

Analisis eksperimentasi menggunakan metode eksperimen kepada kelompok sasaran yang berbeda dengan karakteristik yang sama. Metode ini hampir sama dengan metode penelitian implementasi *comparative before-after* yang merupakan jenis penelitian evaluasi kebijakan tertentu dengan membandingkan dua kelompok atau lebih yang diintervensi secara berbeda, dimana satu kelompok diintervensi dengan program atau kebijakan yang menjadi kelompok sasaran, sedangkan kelompok lain tidak diintervensi yang disebut kelompok pembanding.

b. Analisis *Snowball Sampling* dan *Survey*

Analisis *snowball sampling* dapat dilakukan dengan cara wawancara mendalam untuk mendapatkan beberapa alternatif kebijakan yang melibatkan tokoh terkait dengan masalah publik yang dihadapi dan para ahli yang berkompeten. Selain itu juga analisis *survey* dilakukan dengan cara mengadakan survey pada responden berupa kusioner yang terkait dengan masalah publik yang sedang dihadapi. Respon dari responden dapat dijadikan acuan untuk mengembangkan alternatif kebijakan.

c. Analisis Komparasi

Analisis komparasi dilakukan dengan cara membandingkan kebijakan-kebijakan yang pernah ditempuh sebelumnya dan membandingkan kebijakan-kebijakan yang ditempuh oleh daerah lain atau negara lain serta membandingkan dengan kebijakan ideal yang bertujuan memperkaya pengembangan alternatif kebijakan dan menjadi bahan terhadap rekomendasi kebijakan. Analisis komparasi dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu komparasi kebijakan yang pernah ditempuh sebelumnya, komparasi kebijakan yang ditempuh daerah lain atau negara lain dan komparasi dengan kebijakan ideal.

#### d. Analisis Hasil Evaluasi

Analisis hasil evaluasi yaitu melakukan evaluasi terhadap program atau kebijakan yang pernah dijalankan. Minimnya pemanfaatan hasil evaluasi sebagai bahan masukan untuk formulasi sebuah kebijakan atau program pemerintah menjadi keluhan bagi para evaluator kebijakan dan akademisi. Analisis kebijakan dapat memperhatikan hasil evaluasi yang dilakukan oleh pemerintah maupun pihak lain atas kebijakan atau program yang pernah diimplementasikan.

#### e. Analisis Diam

Analisis diam merupakan alternatif pengembangan alternatif kebijakan dengan diam yang maksudnya menganalisis jika senadainya pemerintah berdiam diri atas masalah publik yang dihadapi. Alasan kebijakan diam dapat disebabkan oleh karena masalah yang dihadapi adalah masalah yang sensitif, pemerintah memiliki keterbatasan anggaran untuk merespon masalah publik dan pemerintah masih menunggu waktu yang tepat untuk melakukan suatu kebijakan.

#### f. Analisis Teori

Analisis teori merujuk kepada penggunaan teori sebagai sumber dari alternatif kebijakan untuk menyelesaikan masalah publik yang disesuaikan dengan konteks masalah yang dihadapi.

#### g. Analisis Aktor dan Dampak

Analisis aktor dan dampak dilakukan dengan cara mempertimbangkan siapa saja aktor yang diuntungkan atau dirugikan dan siapa yang terkena dampak negatif. Skema program kebijakan harus berbicara secara sederhana dan detil mengenai logika kebijakan untung dan rugi secara ekonomi dan sosial.

#### h. Analisis Sinektika

Analisis sinektika merupakan upaya untuk mengembangkan masalah publik dengan pandangan-pandangan baru dengan cara mengundang beberapa stakeholder dari sudut

pandang yang berbeda sehingga analisis kebijakan dapat mengembangkan alternatif kebijakan dari banyak perspektif.

#### i. Analisis Analogi

Analisis analogi dilakukan dengan cara menggunakan simbol-simbol solusi kebijakan dari masalah yang memiliki latar belakang berbeda. Analisis kebijakan dapat berkolaborasi dengan pihak publik, pemerintah dan swasta.

#### **2.6.2.3 Penilaian dan Prediksi Kebijakan Dinamis**

Penilaian dan prediksi kebijakan adalah tahap analisis kebijakan berusaha untuk menilai beberapa alternatif kebijakan dan mengambil satu atau beberapa kebijakan yang diprediksi merupakan pilihan terbaik untuk menyelesaikan masalah publik tertentu, menentukan prioritas program yang direkomendasikan kepada pemerintah untuk dilakukan.

#### **2.6.2.4 Rekomendasi Kebijakan Dinamis**

Analisis kebijakan memberikan pertimbangan-pertimbangan kepada pemerintah untuk melakukan satu atau lebih kebijakan berdasarkan perhitungan dan prediksi yang matang pada alternatif-alternatif kebijakan yang telah dilakukan dengan analisis yang rasional dan memperhatikan daya terima kebijakan secara politis.

### **2.7 PROGRAM SUSTAINABILITY KESEHATAN**

Istilah *sustainability* banyak diungkapkan oleh beberapa ahli yang telah disimpulkan oleh Schediac-Rizkallah dan Bone (1998) diantaranya adalah menurut Claquin (1989) yaitu kapasitas untuk mempertahankan cakupan pelayanan pada suatu tingkat tertentu yang akan memberikan pemantauan secara terus menerus pada masalah kesehatan (Schediac-Rizkallah & Bone, 1998). Selain itu The World Bank mengartikan pengembangan *program sustainability* adalah bila program bisa memberikan manfaat pada periode tertentu setelah adanya dukungan dana, manajerial dan bantuan teknis dari penyumbang dana dihentikan (Schediac-Rizkallah & Bone, 1998). Dalam program kesehatan masyarakat, *sustainability* dikatakan bukan saja hal yang berhubungan



dengan pendanaan, tetapi merupakan bagaimana membuat dan membangun momentum untuk mempertahankan perubahan masyarakat melalui organisasi dan memperluas sumber daya dan aset masyarakat melalui kebijakan organisasi (CDC, 2009)

Pada organisasi pelayanan masyarakat, biasanya organisasi dibentuk dari input berupa orang, fasilitas dan perlengkapan yang membawa kepada tahapan pembentukan proses atau strategi untuk mencapai *output* dan *outcome*. Fokus pada *sustainability* dalam pelayanan masyarakat adalah secara umum sering terjadi ketika program dihentikan yang menghasilkan ketidakpuasan *outcome* dan mengganggu efek perubahan. Kegagalan *sustainability* memberikan dampak yang merugikan bagi pemberi dana, perbedaan provider dan terputusnya hasil, usaha yang percuma dan mempengaruhi tujuan kesehatan dan hal yang dianggap menjadi penyebab kegagalan *sustainability* adalah kesalahan program logis, kesalahan implementasi dan perlawanan organisasional (Swerissen, 2007)

Beberapa rekomendasi dalam program *sustainability* adalah melakukan perencanaan program dengan cara membuat program yang masuk akal, pengkajian kapasitas organisasi; melakukan implementasi dan *sustainability*. Pendanaan dalam program harus jelas rentang waktu dan tujuan serta ketersediaan dana selanjutnya pada tahap perencanaan dan implementasi (Swerissen, 2007).

*Framework* program *sustainability* dikemukakan oleh Schediac-Rizkallah dan Bone (1998) :

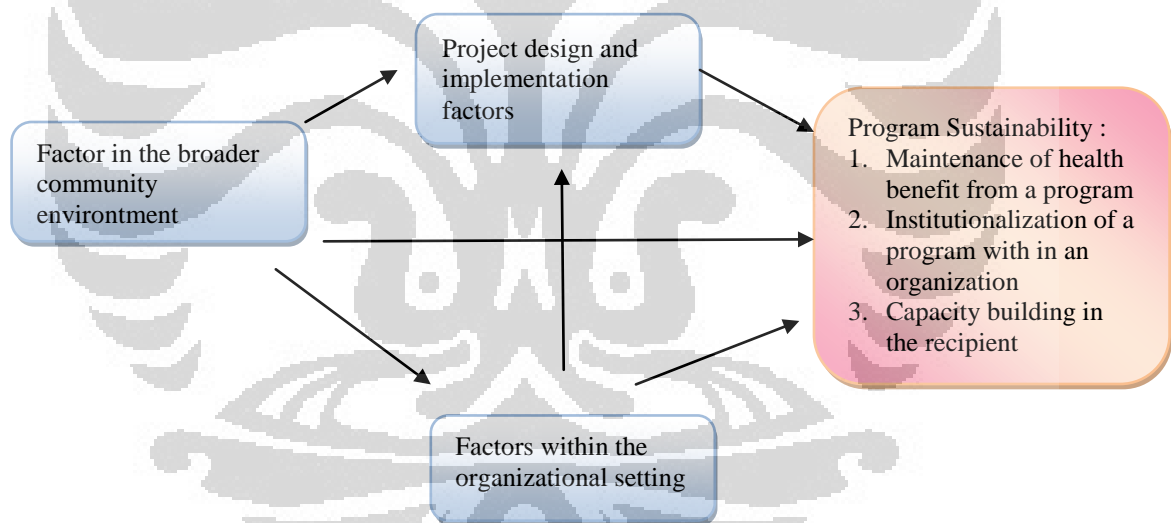
a. Faktor desain program dan implementasi terdiri dari :

- Proses negosiasi program
- Kefektifan program
- Durasi program
- Keuangan program
- Tipe program

- Pelatihan
- b. Faktor penempatan organisasi
  - Kekuatan Institusi
  - Integrasi dengan program atau pelayanan yang ada
  - Program champion atau *leadership*
- c. Faktor di luar lingkungan masyarakat
  - Pertimbangan sosial ekonomi dan politik
  - Partisipasi masyarakat

Dalam bentuk skematis konsep Program *Sustainability* dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 2.4 : *Framework Program Sustainability*



Sumber : Framework of conceptual program sustainability (Schediac-Rizkallah & Bone, 1998)

Penelitian yang dilakukan oleh Pudji (2007) terhadap pengembangan kebijakan untuk model pelayanan skrining kanker serviks menyebutkan bahwa dalam upaya menjaga keberlangsungan (*sustainability*) program dianjurkan untuk melakukan langkah-langkah pemberdayaan masyarakat dan mendapatkan komitmen pemerintah (Pudji, 2007).

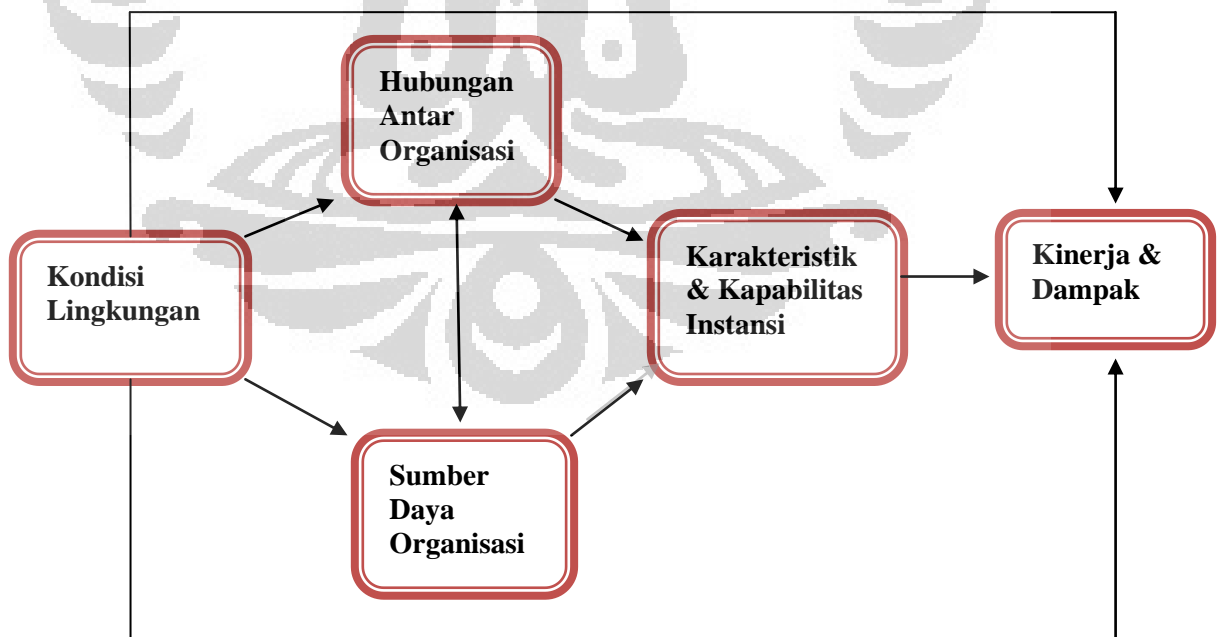
## BAB 3 KERANGKA TEORI, KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

### 3.1 KERANGKA TEORI

Penelitian ini menggunakan kombinasi dari teori implementasi kebijakan dan teori *sustainability* program. Teori implementasi kebijakan yang dipakai adalah dari G. Shabbir Cheema dan Dennis A. Rondinelli (1983) dalam Nawawi (2009) dan dalam Subarsono (2010). Cheema dan Rondinelli (1983) mengemukakan teori implementasi kebijakan yang dipakai pada program-program pemerintah pada umumnya. Terdapat empat variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan pada program-program pemerintah, yaitu kondisi lingkungan, hubungan antar organisasi, sumber daya organisasi dan karakteristik (Nawawi, 2009; Subarsono, 2010). Hubungan ke empat variabel tersebut dilihat secara terperinci pada Gambar 3.1.

Gambar 2.4 :

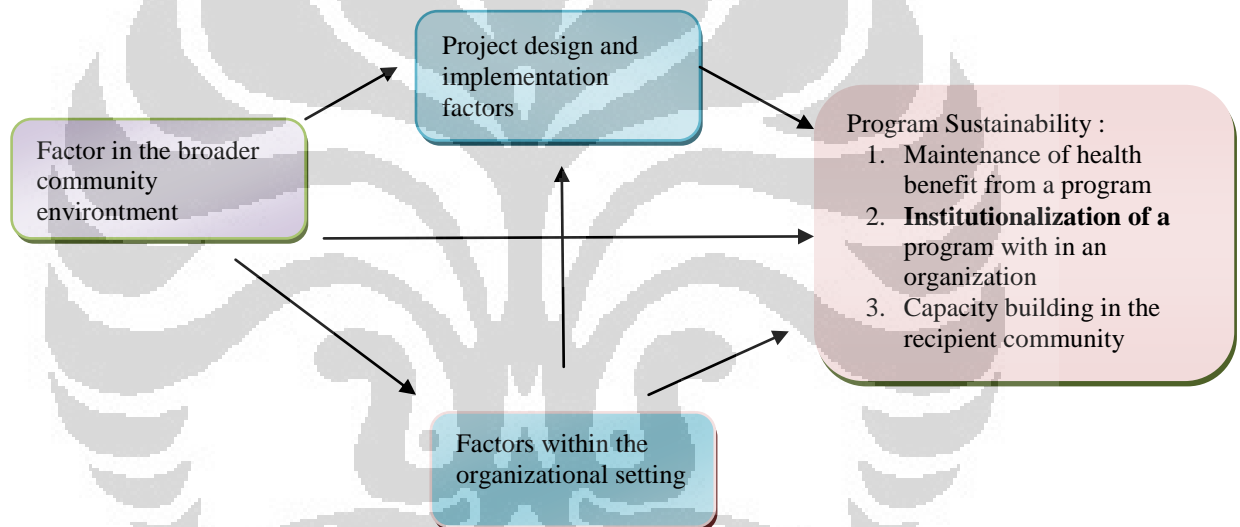
Kerangka Konsep Variabel-variabel yang Mempengaruhi Impelementasi Kebijakan



Sumber : Cheema & Rondinelli (1983) dalam (Nawawi, 2009; Subarsono, 2010)

Selain teori implementasi kebijakan, peneliti juga akan memakai teori *sustainability* oleh Rizkallah dan Bone (1998) yang mengemukakan framework konsep program *sustainability*. Konsep ini menengahkan bahwa ada tiga faktor yang sangat potensial berpengaruh terhadap program *sustainability*, yakni desain proyek dan faktor implementasi; faktor-faktor dalam pengaturan organisasi; dan faktor lingkungan masyarakat yang lebih luas (Schediac-Rizkallah & Bone, 1998). Gambar kerangka teori diadopsi dari dari Gambar 2.2 yaitu :

Gambar 2.4



Sumber : Framework of conceptual *program sustainability* (Schediac-Rizkallah & Bone, 1998)

Rizkallah dan Bone (1998) menegaskan bahwa framework tersebut bisa digunakan oleh para peneliti, praktisi dan pembuat kebijakan yang akan membuat *program sustainability*.

### 3.2 KERANGKA KONSEP

Berdasarkan kerangka teori yang telah diungkapkan di atas, maka peneliti akan menggunakan kerangka konsep yang merupakan gabungan dari model teori implementasi kebijakan terhadap program pemerintah yang menganut sistem

desentralisasi oleh Cheema dan Rondinelli (1983) dengan teori *sustainability* oleh Rizkallah dan Bone (1998). Implementasi kebijakan berupa program pemerintah perlu dipertahankan keberlangsungannya agar tercapai tujuan dari program dan kebijakan itu sendiri. Penelitian terhadap program kesehatan bagi negara-negara berpendapatan rendah dan sedang menunjukkan bahwa perencanaan terhadap *program sustainability* merupakan kontribusi utama terhadap kesehatan dan perkembangannya terutama ketika dukungan dana dihentikan (Russell L Gruen, 2008). Lain halnya dengan program pengendalian penyakit HIV AIDS, TBC dan Malaria yang didukung oleh Global Fund telah memiliki *program sustainability* dalam penguatan sistem kesehatan di Indonesia.

Peneliti akan menggunakan empat variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan deteksi dini kanker serviks berikut komponen-komponen yang terdapat di dalamnya menurut Cheema dan Rondinelli (1998) dan mengkaji lebih dalam perbedaan implementasi kebijakan tersebut terhadap program skrining rutin dengan *Pilot Project* Bucekas dari sisi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Peneliti menggunakan model implementasi kebijakan dari Cheema dan Rondinelli (1998) untuk menyesuaikan dengan sistem kesehatan Indonesia yang menganut sistem Desentralisasi. Sistem Desentralisasi berlaku sejak dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922 tahun 2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

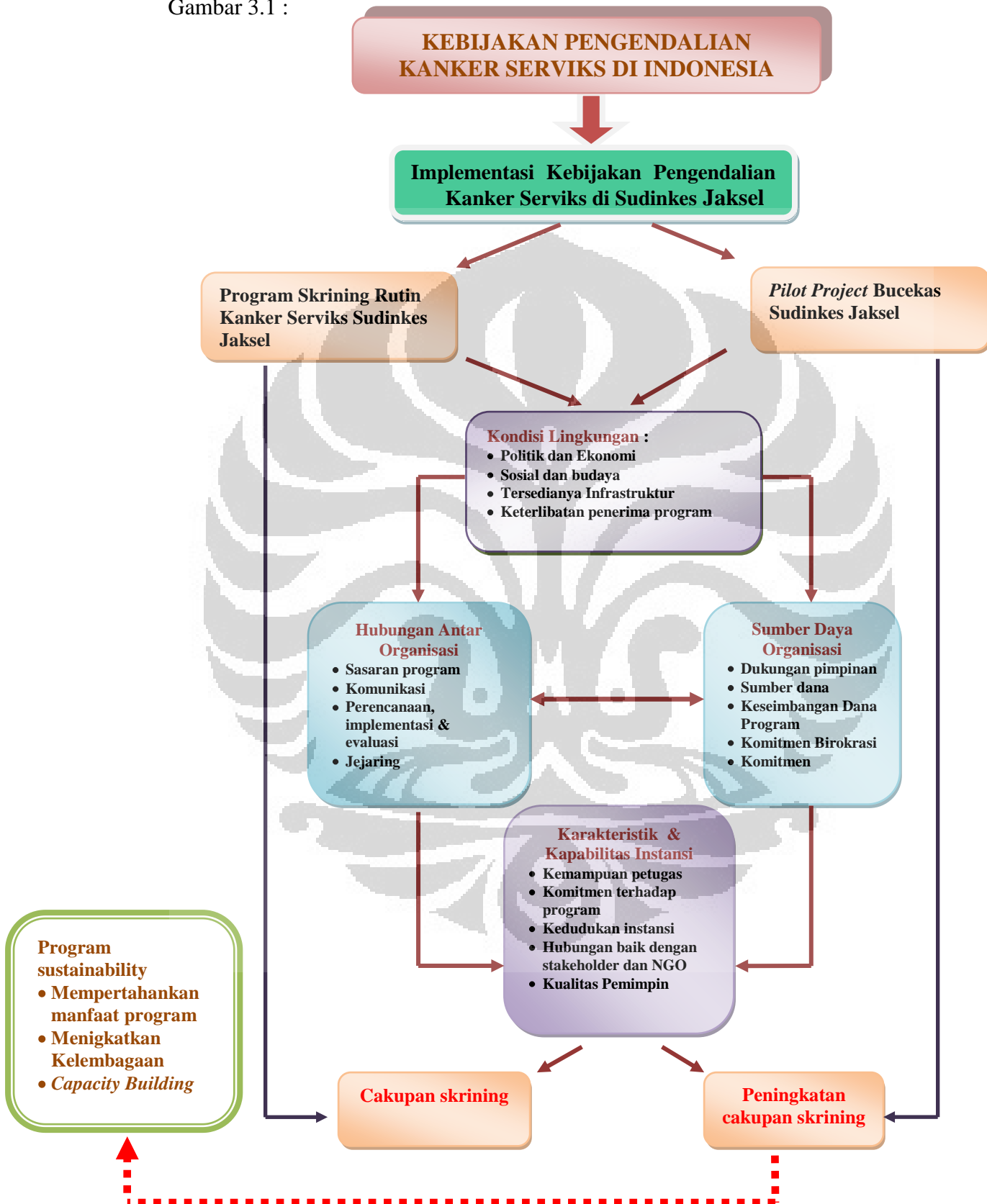
Selanjutnya peneliti akan menambahkan komponen dari teori *sustainability program* pasca program Bulan Cegah Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dengan pertimbangan bahwa pencapaian cakupan skrining kanker serviks pada pelaksanaan Bulan Cegah Kanker Serviks menunjukkan kenaikan yang sangat berarti meskipun hanya berlangsung dalam enam minggu dan belum dilaksanakan di seluruh wilayah DKI Jakarta. Hal ini berarti bahwa pasca pelaksanaan Bucekas perlu dilakukan *program sustainability* agar dapat meningkatkan cakupan skrining sebagai bentuk implementasi kebijakan deteksi dini kanker serviks.

Penelitian di Australia menyebutkan terhadap organisasi olah raga dan rekreasi bahwa *program sustainability* promosi kesehatan merupakan hal yang perlu dipertimbangkan oleh pembuat kebijakan dan pembuat perencanaan strategis ketika dukungan dana dihentikan dengan perencanaan dan manajemen yang efektif dan efisien (Meghan M. Casey., 2007) Begitu pula *program sustainability* dilakukan penghentian dukungan dana pada program kesehatan masyarakat untuk pengobatan tobacco di Massachussetts Amerika Serikat (Nancy R. LaPelle., 2006).

Adapun bentuk kerangka konsep penelitian akan di gambarkan pada Gambar 3.3 berikut ini :



Gambar 3.1 :



### 3.3 DEFINISI ISTILAH

1. Kebijakan pengendalian kanker serviks adalah serangkaian pedoman dan aturan untuk melaksanakan pengendalian kanker serviks di Indonesia yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
2. Komparasi implementasi kebijakan adalah suatu studi untuk melakukan perbandingan antara dua implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu Kondisi Lingkungan, Hubungan Antar Organisasi, Sumber Daya Organisasi, Karakteristik dan Kapabilitas Organisasi di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan tahun 2011 – 2012.
3. Kondisi Lingkungan adalah faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan meliputi politik dan ekonomi, sosial dan budaya, tersedianya infrastruktur dan keterlibatan penerima program pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas.

Cara ukur	Wawancara Mendalam
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam
Informan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI</li> <li>2. Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jaksel</li> <li>3. Kepala FCP/FK UI Jakarta</li> <li>4. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi</li> <li>5. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa</li> <li>6. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggarahan</li> </ol>

4. Hubungan Antar Organisasi adalah faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan yang meliputi sasaran program, komunikasi, perencanaan, implementasi, dan evaluasi serta jejaring pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas.



Cara ukur	Wawancara Mendalam
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam
Informan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI</li> <li>2. Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jaksel</li> <li>3. Kepala FCP/FK UI Jakarta</li> <li>4. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi</li> <li>5. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa</li> <li>6. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggarahan</li> </ol>

5. Sumber Daya Organisasi adalah faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan meliputi dukungan pimpinan, sumber dana, keseimbangan dana program dan komitmen birokrasi pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas.

Cara ukur	Wawancara Mendalam
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam
Informan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI</li> <li>2. Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jaksel</li> <li>3. Kepala FCP/FK UI Jakarta</li> <li>4. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi</li> <li>5. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa</li> <li>6. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggarahan</li> </ol>

5. Karakteristik dan Kapabilitas Organisasi adalah faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan yang meliputi kemampuan petugas, komitmen terhadap program, kedudukan instansi, hubungan baik dengan stakeholder dan NGO dan kualitas pemimpin pada program skrining dan *Pilot Project* Bucekas.

Cara ukur	Wawancara Mendalam
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam
Informan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI</li> <li>2. Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jaksel</li> <li>3. Kepala FCP/FK UI Jakarta</li> <li>4. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi</li> <li>5. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa</li> <li>6. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggarahan</li> </ol>

6. Program *Sustainability* adalah upaya menjaga keberlangsungan program skrining kanker serviks pasca Bulan Cegah Kanker Serviks di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dengan cara mempertahankan manfaat program kesehatan, meningkatkan kelembagaan dan melakukan *capacity building*.

Cara ukur	Wawancara Mendalam
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam
Informan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI</li> <li>2. Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jaksel</li> <li>3. Kepala FCP/FK UI Jakarta</li> <li>4. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi</li> <li>5. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa</li> <li>6. Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggarahan</li> </ol>

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **4.1 DESAIN PENELITIAN**

Metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif secara retrospektif dan studi literatur yang berhubungan dengan kebijakan, pencegahan dan pengendalian kanker serviks. Bahan literatur diperoleh dari media elektronik melalui penelusuran internet, bahan buku bacaan, jurnal, laporan, artikel, hasil penelitian nasional dan internasional. Penelusuran literatur melalui media elektronik dilakukan secara on line data base pada PROQUEST, EBSCO, PUBMED, GOOGLE SEACRH, SPINGERLINK, WHO, OXFORD dan SCOPUS. Penelusuran dibatasi dalam sepuluh tahun terakhir, yaitu mulai dari tahun 2002 sampai tahun 2012, karena peneliti ingin melihat evidance base dari negara-negara maju yang telah lama dan berhasil melaksanakan skrining kanker serviks. Literatur yang bersifat teoritis masih menggunakan literatur sebelum tahun 2002. Untuk memudahkan peneliti di mensitasi jurnal-jurnal yang diperoleh ke dalam daftar referensi, peneliti dibantu dengan menggunakan software EndNote.

Tekhnik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan cara wawancara mendalam terhadap 6 orang informan yang menguasai bidang yang sesuai dengan tujuan penelitian. Selanjutnya peneliti melakukan telaah dokumen dan laporan terkait dengan kebijakan pengendalian kanker serviks

### **4.2. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei dan Juni 2012 di Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI Jakarta Pusat, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, Puskesmas Kecamatan Setiabudi Jakarta Selatan, Puskemas Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan,

Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan, Female Cancer Program/Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta Pusat.

### **4.3 INFORMAN**

Penentuan informan dalam penelitian kualitatif berkaitan dengan bagaimana memilih informan yang dapat memberikan informasi secara adekuat dan dapat dipercaya sesuai dengan tujuan penelitian (Saryono & Anggraeni, 2010). Cara pengambilan sampel purposif (*purposive sampling*) digunakan pada informan yang dianggap menguasai dan memiliki kemampuan untuk memberikan informasi yang akurat tentang topik yang diteliti. Adapun Informan pada penelitian ini adalah Kepala Subdit Kanker Kementerian Kesehatan RI, Koordinator PTM Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, Koordinator PTM Puskesmas Kecamatan Setiabudi, Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, Koordinator Program PTM Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan, dan Kepala Female Cancer Program/Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

### **4.4 PENGUMPULAN DATA**

Sumber data dalam penelitian ini adalah :

#### **4.4.1 Data Primer**

Data Primer diperoleh dari informan langsung melalui wawancara mendalam terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara dan alat perekam. Dalam pengumpulan data primer terlebih dahulu telah disiapkan *informed consent* untuk meminta persetujuan informan dan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, sehingga tidak terjadi kesalahpahaman antara kedua belah pihak.

#### **4.4.2 Data Sekunder**

Data Sekunder dikumpulkan dengan menggunakan tehnik telaah dokumen yang berhubungan dengan kebijakan pencegahan dan pengendalian kanker serviks dalam bentuk peraturan-peraturan, laporan-laporan, juknis, dokumen-dokumen penting dan standar operasional prosedur.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara mendalam dan alat bantu rekam.

#### **4.5 VALIDITAS DATA**

Dalam metode kualitatif, validitas data dilakukan dengan cara :

- a. Triangulasi metode yaitu menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data melalui wawancara mendalam, telaah dokumen dan publikasi dari media.
- b. Triangulasi data yaitu mengkomunikasikan hasil penelitian dan mendiskusikan kepada orang yang ahli dalam analisa data kualitatif.
- c. Triangulasi sumber diperoleh dari informan yang berbeda terkait topik yang berkaitan

#### **4.6 PENGOLAHAN DATA**

Data hasil penelitian diperoleh dari hasil wawancara dalam bentuk rekaman akan ditranskrip dalam bentuk tulisan dan data sekunder dalam bentuk dokumen resmi dan laporan-laporan akan dibaca, dipelajari dan ditelaah. Langkah selanjutnya adalah dengan melakukan reduksi data yang dilakukan dengan cara abstraksi data. Abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman inti, proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya (Moleong, 2006). Langkah selanjutnya adalah dengan mengkatagorikan data dan pengkodean data yang mempunyai karakteristik sama dan menyajikannya dalam bentuk matriks.

#### **4.7 ANALISIS DATA**

Tekhnik analisis data yang digunakan adalah tekhnik analisis isi (*content analysis*) terhadap hasil penelitian yang telah di sarikan dalam bentuk matriks dan triangulasi data. Selanjutnya hasil penelitian dikaitkan dengan teori yang ada, peraturan-peraturan dan kebijakan sebagai landasan hukum dan evidence base yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian kanker serviks dengan deteksi dini kanker serviks metoda skrining. Hasil analisis data disajikan dalam bentuk narasi dan tabulasi data.

## **Bab 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Profil Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan**

Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan merupakan penggabungan dari dua suku dinas yaitu Suku Dinas Kesehatan Masyarakat dan Suku Dinas Pelayanan Kesehatan berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Menurut struktur organisasi Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan secara teknis dan administrasi berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta serta secara operasional berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota Kita Administrasi Jakarta Selatan. Hal ini berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 150 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan bahwa di setiap Kota Administrasi atau Kabupaten Administrasi dibentuk Suku Dinas Kesehatan yang dipimpin oleh seorang Kepala Suku Dinas (Sudinkes, 2010).

Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan (Sudinkes Jaksel) mempunyai peran dan fungsi pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan perbaikan secara berkesinambungan demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal serta di dalam salah satu misi dan visinya adalah untuk mengendalikan dan menanggulangi penyakit tidak menular dan menggalang kemitraan dengan berbagai sektor yang secara struktural berada di bawah sub sie Penyakit Tidak Menular yang merupakan bagian dari Seksi Pengendalian Masalah Kesehatan. Adapun Sudinkes Jaksel membina 10 Puskesmas Kecamatan dan 66 Pukesmas Kelurahan, yang masing masing dipimpin oleh Kepala Puskesmas (Anonymous, 2011c).

## 5.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengalami beberapa kendala antara lain :

1. Pengurusan izin penelitian yang membutuhkan waktu cukup lama sehingga membuat waktu peneliti yang terbatas menjadi sangat singkat untuk mengumpulkan data di lapangan.
2. Peneliti mengalami kesulitan untuk memperoleh data dan waktu untuk melakukan wawancara mendalam kepada informan kunci yang menurut peneliti juga memegang peranan penting di dalam mendukung hasil penelitian ini dikarenakan kesibukan dari pemegang program di Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.

## 5.3 Deskripsi Informan

Peneliti mengambil 3 dari 4 Puskesmas Kecamatan yang terlibat program Bucekas di dalam lingkup kerja Sudinkes Jaksel. Informan yang dituju adalah kepala Puskesmas, namun disposisi surat izin diteruskan kepada koordinator PTM. Adapun karakteristik informan dapat digambarkan dalam tabel berikut ini

Tabel 5.1 :

Tabel Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

No	Institusi	Jabatan	Pendidikan	Jumlah
1	Subdit Kanker Ditjend P2PL	Kepala Subdit Kanker Ditjend P2PL	S2 Kesehatan	1
2	Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan	Koordinator Penyakit Tidak Menular	D3 Keperawatan	1
3	Female Cancer Program/ Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia	Kepala FCP/FKUI	S3 Kedokteran	1
4	Puskesmas Kecamatan Setiabudi Jakarta Selatan	Koordinator Program Penyakit Tidak Menular	S1 Kedokteran	1
5	Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan	Koordinator Program Penyakit Tidak Menular	S1 Kedokteran	1
6	Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan	Koordinator Program Penyakit Tidak Menular	S1 Kedokteran	1

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 6 informan kunci sedangkan data sekunder dikumpulkan melalui telaah dokumen dan laporan bulanan serta laporan kegiatan. Kemudian data yang diperoleh dari hasil wawancara dikelompokkan menjadi tiga karakteristik yaitu kebijakan, program skrining dan program *sustainability* dan dilakukan koding terhadap informan berdasarkan tiga karakteristik tersebut. Sebelum semua data dianalisis, peneliti menyajikannya dalam bentuk matriks. Pembahasan dilakukan dengan membandingkan rangkaian hasil penelitian dengan literatur dan hasil penelitian sebelumnya yang terkait. Secara rinci makna pengkodean dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.2

Tabel Pengkodean Hasil Wawancara Mendalam

No	Karakteristik	Kode Informan ( I )
1	Kebijakan	K (I 1), K(I 2), K (I 3), K (I 4), K (I 5), K (I 6)
2	Program Skrining	P (I 1), P (I 2), P (I 3), P (I 4), P (I 5), P (I 6)
3	Program <i>Sustainability</i>	S (I 1), S (I 2), S (I 3), S (I 4), S (I 5), K (I 6)

#### 5.4 Gambaran Program Bulan Cegah Kanker Serviks di DKI Jakarta

Hal yang melatarbelakangi diadakannya Program Bulan Cegah Kanker Serviks (Bucekas) di DKI Jakarta antara lain adalah masih tingginya angka kejadian kanker serviks yang menurut data GLOBOCAN (2008) kematian karena kanker serviks sebanyak 7.800 per tahun di dunia, rendahnya cakupan skrining yaitu kurang dari 70%, kasus kanker serviks diketahui pada stadium lanjut, rendahnya pemahaman dan kesadaran masyarakat pada umumnya, masih kurangnya sistem dan upaya untuk mendorong kaum perempuan kebanyakan untuk memperhatikan kesehatannya



baik oleh pemerintah (kebijakan publik), kaum profesi medis, media, ataupun unsur masyarakat yang lain. Dukungan dari *top level government* sudah diberikan pada “Gerakan Perempuan Melawan Kanker Serviks” telah dicanangkan pada 6 Oktober 2011 oleh Ibu Negara Hj. Ani Bambang Yudhoyono (Maris, 2011).

Pada kegiatan sosialisasi Bucekas dihadapan Kepala Puskesmas, YKI, dan RS Budi Kemuliaan disampaikan juga hal-hal yang berkaitan dengan program Bucekas antara lain (Maris, 2011) :

- a. Program yang dilakukan yaitu memberikan deteksi dini dengan IVA secara gratis di 26 Puskesmas se DKI Jakarta, 3 kantor YKI, 6 RS Budi Kemuliaan dengan target 6000 perempuan pada tanggal 20 Desember 2011 sampai dengan 31 Januari 2012. Biaya IVA per orang akan ditanggung IPKASI-FCP ke Puskesmas.
- b. Tujuan program adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, khususnya kaum perempuan DKI Jakarta tentang kanker serviks dan mendorong tindakan segera untuk pencegahannya, mensosialisasikan tindakan deteksi dini dengan IVA dan Tes Pap yang tersedia di Puskesmas, mendorong dan membantu kesiapan Puskesmas di DKI Jakarta dalam melakukan IVA, momentum sinergi bagi seluruh stakeholder untuk bersama-sama memiliki satu tujuan mencegah kanker serviks, mendorong pencapaian target 1.4 juta perempuan penduduk Jakarta yang terdeteksi dini kanker serviks di tahun 2017
- c. Pembagian peran dan tugas yaitu :
  - IPKASI & FCP/FKUI : pemrakarsa ide dan koordinator program
  - FCP/FKUI :
    - Penyandang dana untuk biaya IVA masyarakat
    - Koordinator dan pelaksana teknis: supervisor & pendampingan tenaga kesehatan di Puskesmas, penyedia kelengkapan teknis: bahan dan perlengkapan yang dibutuhkan (spekulum, flipchart)
  - IPKASI :
    - Koordinator dan pelaksana teknis

- Koordinator untuk hubungan (eksternal) dengan Kemenkes dan pihak lain
  - Penyanggah dana untuk produksi poster, brosur, program komunikasi
  - POGI – POGI JAYA :
    - Pelaksana teknis
    - Penyedia tenaga medis pendukung (membantu FCP) yang bertugas memberi pengawasan dan pendampingan pelaksanaan IVA, kepada tenaga medis di Puskesmas
  - Dinas Kesehatan Provinsi DKI :
    - Koordinator dan supervisor Puskesmas
    - Pelaksana bersama-sama FCP, baik dari segi teknis maupun peraturan
  - YKI & YKI DKI :
    - Pelaksana teknis, koordinator dan supervisor Puskesmas pelaksana bersama FCP
  - PKK DKI :
    - Penggerak kader PKK untuk mengerahkan anggotanya dan juga masyarakat umum sebagai target peserta IVA
    - Membantu sosialisasi program ini kepada masyarakat
  - HOGI (Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia) : Penatalaksana untuk kasus kanker yang direferensikan ke RSCM
  - Kemenkes – Direktur PTM – Subdit Kanker : dukungan terhadap program
  - Inke Maris dan Associated :
    - Konsultan IPKASI dan FCP/FKUI untuk hubungan dengan Kemenkes, Ketua PKK DKI
    - Konsultan dan pelaksana media program
  - Dukungan juga diharapkan dari: PPKS-YKI : keterlibatan anggota PPKS dalam sosialisasi program di Puskesmas
- d. Jenis Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan adalah Puskesmas mandiri (sudah bisa melakukan IVA) dan Puskesmas yang memerlukan pendampingan (sudah

pernah dilatih IVA, tapi masih harus didampingi oleh dokter/obgyn) pada jam layanan 08.00 – 12.00 dengan target per puskesmas : 150 – 200 (dilaporkan per hari melalui sms/fax ke FcP dan Sudinkes masing-masing).

- e. Sosialisasi dan program komunikasi dengan cara :
  - Press conference & jaringan media
  - Radio Talkshow
  - Spanduk di tiap puskesmas
  - Poster di kantor kecamatan/kelurahan lingkungan
  - Anggota PKK
  - Informasi berisi: tanggal program, waktu layanan, daftar puskesmas penyedia layanan
  - Tidak ada sistem pendaftaran, masyarakat yang ingin di-IVA dapat langsung datang ke puskesmas penyedia
- f. Scope layanan pencegahan kanker serviks adalah IVA dan Krioterapi
- g. Pencatatan data pasien dengan menggunakan formulir pencatatan medis yang sudah dimiliki FCP, namun bagian mengenai pemeriksaan kanker payudara tidak usah diisi oleh dokter, bidan, petugas puskesmas
- h. Standar pasien rujukan adalah :
  - IVA positif : pasien disarankan untuk menjalani krioterapi di puskesmas rujukan, setelah mendapat izin dari suami.
  - *Suspect* kanker : pasien akan diberikan surat rujukan untuk mendapat kemudahan penanganan medis ke Dinas Kesehatan. Rumah sakit rujukan akan diarahkan ke Poli Onkologi RSCM
  - Surat rujukan harus dilengkapi dengan nama dokter atau bidan, keterangan medis, dan cap puskesmas.
- i. Peralatan spekulum dan krioterapi akan dipinjamkan oleh FCP untuk puskesmas yang belum ada
- j. Pelaporan :

- Penanggungjawab tiap puskesmas harus melaporkan setiap hari jumlah pasien di IVA dan temuan IVA positif melalui sms kepada FCP-IPKASI.
  - Format sms: tgl-nama puskesmas-jumlah peserta IVA-jumlah temuan IVA +
  - Laporan akhir periode harus diserahkan kepada FCP-IPKASI untuk dibuat kompilasinya
- k. Jika terjadi over demand sementara periode Bucekas belum berakhir maka FCP bersedia menanggung biayanya.
- l. Peluncuran Program dan Press Conference
- Tempat : Puskesmas Kecamatan Jagakarsa
  - Tanggal : Senin, 19 Desember 2011
  - Narasumber : FCP, IPKASI, Kepala Dinkes DKI , Ketua YKI DKI/PKK DKI, Gubernur meminta kehadiran Ibu Tatik Fauzi Bowo
  - Acara : Peluncuran program, penandatanganan komitmen bersama dan *press conference*

## **5.5 Substansi Analisis Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks**

### **5.5.1 Konten Kebijakan**

Landasan hukum kebijakan teknis yang digunakan dalam pengendalian kanker serviks di Indonesia adalah Kepmenkes Nomor 430 tahun 2007 tentang Pedoman Pengendalian Kanker dan Kepmenkes Nomor 796 tahun 2010 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Hampir semua informan mengatakan belum mengetahui dan belum membaca baca tentang kebijakan dan merasa belum ada yang memberitahu. Berikut petikannya beberapa petikannya:

*“.....Kayaknya juga saya tidak tahu tentang kebijakan itu ya. Ga ada di sudin. Dari dinas juga tidak ada pemberitahuan mengenai Kepmenkes tersebut” K (I 2)*

*“Kebijakan yang mana ya. Kayaknya kebijakan khusus kanker saya belum pernah lihat dan baca Kepmenkes itu. Jadi saya tidak mengerti kenapa kebijakan itu dibuat. Waktu ke Dinas juga tidak ada pemberitahuan ada Kepmenkenya. Kalau dari Pemerintah saya tahunya pengendalian DM. Oh begitu ya..” K (I 4)*

*“Saya belum pernah tahu dan baca mengenai Kepmenkes itu”K (I 5)*

Informasi mengenai kebijakan pengendalian kanker serviks telah diberitahu ketika mengikuti pelatihan skrining IVA oleh FCP, seperti ungkapan informan berikut :

*“Saya belum pernah baca dan lihat kepemenkesnya, yang saya tahu bahwa ada kepemenkes tentang kanker serviks pada saat pelatihan skrining IVA oleh FCP” K (I 6)*

Setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah ada dasarnya dan harus ada pelaksanaan program mengikuti besaran masalah. Sehingga setiap kebijakan diperlukan intervensi untuk dapat menyelesaikan permasalahan yang ada menurut seorang informan, seperti dalam kutipan berikut :

*“Kebijakan ini tentunya ada alasannya, karena membuat suatu kebijakan harus ada pelaksanaan program yang berdasarkan besaran masalah kanker di Indonesia.... Sehingga butuh intervensi dan makanya perlu adanya kebijakan” K (I 1)*

Untuk lebih memahami terbitnya suatu kebijakan, perlu diketahui alasannya yang mendasar sehingga memang suatu kebijakan itu adalah penting. Beberapa informan dapat mengatakan dengan bervariasi alasan kebijakan pengendalian kanker serviks dibuat. Berikut kutipannya :

*“Jenis kanker yang tertinggi adalah kanker payudara dan kanker serviks, sehingga menjadi program prioritas. Selain itu dua kanker itu mudah dan bisa dilakukan di garis depan di puskesmas dan jaringannya dengan teknologi tepat guna dengan tenaga terlatih” K (I 1)*

*“Karena masih banyak usia subur yang belum diskriming kanker serviks maka dibuatlah kebijakan itu supaya Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan bisa melakukan skrining kanker serviks” K (I 2)*

WHO sebagai organisasi kesehatan dunia telah mengeluarkan *guideline* mengenai kanker serviks dan manajemen pengendaliannya bagi seluruh dunia. Banyak negara yang sudah maju telah berhasil dalam mengendalikan dan mencegah kanker serviks dibanding negara berkembang. Pedoman yang ada di WHO dipakai sebagai referensi dan acuan standar pelayanan kesehatan di beberapa negara menurut dua orang informan. Akan tetapi beberapa informan tidak mengetahui tentang adanya pedoman WHO mengenai kanker serviks. Berikut kutipannya :

*“WHO hanya sebagai referensi saja. WHO melihat dunia. Berbeda di setiap negara. Untuk Indonesia yang menjadi prioritas adalah kanker payudara, kanker serviks dan paru” K (I 1)*

*“Yaa....., Karena WHO Organisasi Dunia yang menjadi acuan standar pelayanan di beberapa negara” K (I 6)*

*“Kurang tahu juga ya saya karena belum pernah baca. Apakah ada ya pedomannya dari WHO” K (I 2)*

*“Saya tidak tahu persis ya dan juga belum pernah lihat pedoman WHO seperti apa tentang IVA” K (I 3)*

### **5.5.2 Aktor Kebijakan**

Peran para aktor sangat menentukan dalam merumuskan, melaksanakan dan mempertimbangkan konsekuensi kebijakan yang dibuatnya (Kusumanegara, 2010). Demikian pula halnya bila kebijakan gagal untuk dilaksanakan menurut Islamy (2001) dalam Kusumanegara (2010), hendaklah menginterview aktor-aktor yang terlibat di dalam dalam pelaksanaan kebijakan tersebut (Kusumanegara, 2010). Peran informan dalam implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks antara lain sebagai pembuat kebijakan dan membuat pedoman teknis, mengadakan pelatihan, pelaksana kebijakan skrining kanker dan memberikan pelayanan deteksi dini kanker serviks. Peran stakeholder adalah mitranya Pemerintah, seperti dalam petikan berikut :

*“Sebagai pembuat kebijakan, kita membuat suatu pedoman-pedoman, pelatihan, TOT sesuai dengan kapasitas pusat, nanti daerah membuat pelatihan untuk providernya secara berjenjang” K (I 1)*

*“Peran sudinkes ya sebagai pelaksana kebijakan itu dalam deteksi dini kanker serviks. Kembali kepada fungsi sudin sebagai binwasdal terhadap puskesmas” K (I 2)*

*“Jadi FCP merupakan mitra pemerintah. Pendelegasian masalah kanker di DKI diserahkan ke YKI yang dapat pembiayaan dari pemerintah Jakarta” K (I 3)*

*“.....tentu saja berperan yakni dalam melakukan skrining kanker serviks dengan IVA” K (I 5)*

Keterlibatan para aktor dalam implementasi kebijakan memegang peranan penting seperti dokter, bidan perawat, kepala Puskesmas, kepala Sudinkes, kepala seksi, walikota, dokter residen, seperti dalam kutipan berikut :

*“Yang terlibat adalah bidan dan dokter. Kita belum melatih perawat karena tenaga bidan masih cukup di wilayah Puskesmas karena berhubungan dengan keterampilan”  
K (I 1)*

*“Di Sudin yang terlibat ada kepala sudin, kepala seksi PMKes ((Pengendalian Masalah Kesehatan) dan pemegang program PTM (Penyakit Tidak Menular) dan tim. Oh ya Walikota juga terlibat” K (I 2)*

*“Keterlibatan FCP di masing-masing wilayah berbeda, ada yang melibatkan dokter residence. Untuk di Jakarta residen agak susah. Selain itu yang terlibat adalah YKI dan tim dari FCP” K (I 3)*

*“Di puskes yang terlibat dalam skrining kanker adalah dokter, bidan dan perawat, kepala puskesmas” K (I 5)*

Pemberi dukungan terhadap implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks sangat bervariasi dari setiap informan tergantung instansi masing-masing. Berikut petikannya :

*“Yang mendukung kebijakan ini yaitu organisasi profesi karena mereka yang melihat suitable atau tidak” K (I 1)*

*“Oh tentu saja kepala sudin, kepala seksi PMKes, kepala Dinkes yang mendukung”  
K (I 2)*

*“Kalau yang mendukung kebijakan pasti kepala Puskesmas Kecamatan Setiabudi”  
K (I 4)*

*“Kepala Puskesmas dan unit pelayanan yang terkait, poli IVA dan Stakeholder”  
K (I 6)*

Tidak semua pimpinan mendukung implementasi kebijakan dikarenakan ada perbedaan pendapat, seperti ungkapan informan berikut :

*“Dekan FK UI cukup baguslah mendukung kegiatan FCP. Tapi kalau RSCM ya agak kurang lah. Meskipun terkadang masih ada beberapa kontroversi atas pelaksanaan IVA dan pap smear. Kita harus menjemput bola ke masyarakat sekalipun di Jakarta. Dapat restu dari pemerintah daerah kita sudah bersyukur kemudian juga dari dinas kesehatan” K (I 3)*

### 5.5.3 Konteks Kebijakan

Pengaruh sistem desentralisasi dalam implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks sangat bervariasi menurut informan. Program Penyakit Tidak Menular agak terhambat karena dianggap bukan program prioritas dan setiap wilayah bisa membuat programnya sendiri. Sistem desentralisasi dianggap baik karena setiap wilayah dapat mengembangkan programnya sendiri. Namun peran Dinkes diharapkan dalam mengetahui pencapaian program. Seperti ungkapan beberapa informan berikut :

*“Kalau untuk PTM ini agak menjadi kendala karena belum menjadi prioritas sebetulnya, tetapi kita punya cara yaitu melakukan sosialisasi memberikan suatu contoh mulai dari perencanaan sampai melakukan pelatihan dan diterima oleh daerah” K (I 1)*

*“ Kalau dibidang pengaruh ya ada, jadi tiap wilayah bisa membuat programnya sendiri-sendiri apa yang mau dicapai. Tapi Dinkes semestinya juga tahu apa yang menjadi program masing-masing wilayah dan pencapaiannya seperti apa, begitu” K (I 2)*

*“Desentralisasi itu baik juga dalam pelaksanaan skrining kanker serviks. Jadi daerah bisa mengembangkan programnya sendiri. Misalnya di Bali dalam rangka pemilihan gubernur, kita mengembangkan kegiatan skrining kanker” K (I 3)*

*“Desentralisasi menurut saya memberikan kewenangan kepada wilayah untuk melakukan skrining kanker serviks sehingga memberikan kesempatan untuk mengembangkan potensi yang ada di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa” K (I 5)*

### 5.5.4 Proses Kebijakan

Penekanan proses kebijakan lebih kepada upaya dalam pengembangan program skrining kanker serviks. Informan memberikan informasi cukup bervariasi melalui advokasi, negosiasi dan pelatihan tetapi di Puskesmas pada prinsipnya sama yakni peningkatan sosialisasi. Berikut petikan ungkapan informan :

*“Ya dengan berbagai cara, sosialisasi, advokasi dan negosiasi. Peningkatan SDM dalam bentuk TOT monitoring pasca pelatihan, supervisi komunikasi. Tahun sekarang dana terbatas, susah sekali kita bergerak, tapi tetap mencari jalan bagaimana tetap melakukan tutor kepada daerah, program berjalan apa tidak di 17 propinsi. Apakah yang bisa kita suport dan sustain”K (I 1)*

*“Upayanya dengan mengadakan pelatihan bagi Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan. Dua tahun yang lalu anggaran untuk pelatihan sudah ada di sudin, namun*



*karena FCP jadwalnya padat, tidak jadi dilakukan sehingga anggarannya dikembalikan. Sekarang anggarannya belum ada lagi dan menunggu dana dari FCP” K (I 2)*

*“Mengembangkan program menurut saya dengan peningkatan sosialisasi dan promkes secara terus menerus” K (I 4)*

*“Saya kira dengan cara sosialisasi ke masyarakat dan mengikuti program KIA KB, ikut dalam beberapa kegiatan penyuluhan. Rapat koordinasi dengan teman2 di puskes kelurahan. Disamping itu juga dengan teman PTM dan Kepala Puskesmas. Saat ini seluruh Puskesmas kelurahan sudah melaksanakan skrining IVA. Koordinasi juga dilakukan dengan sudin dan FCP”K (I 5)*

Dalam implementasi kebijakan skrining kanker serviks ditemukan hambatan dari seperti keterbatasan dana, skrining IVA adalah hal yang baru karena lebih dikenal adalah pap smear, ketekunan dari kelompok profesi, sumber daya di Puskesmas yang mempunyai beban kerja tinggi dengan beberapa tanggung jawab dan kurangnya tenaga sehingga menjalankan program tidak maksimal. Seringkali pengajuan anggaran tidak disetujui dan masih kurangnya dukungan lintas sektoral. Berikut kutipan informan :

*“Hambatan ya pasti ada menurut saya, seperti tidak adanya anggaran khusus untuk pengembangan program skrining, perencanaan yang sudah dibuat sedemikian rupa untuk pengembangan program ternyata tidak disetujui, tenaga medis mempunyai beban kerja yang cukup banyak, jadi ya harus bisa membagi waktu agar bisa lakukan skrining” K (I 5)*

*“Saya rasa ada. Seperti dana program yang terbatas, semua kegiatan terintegrasi sehingga kita juga harus mengidentifikasi program mana yang harus lebih dahulu dilakukan. Kadangkala implementasi di lapangan berbeda dengan teori, itu yang harus kita supervisi. Hambatan lain apa yang direncanakan kadang kala tidak sesuai dan harus dirubah dan disesuaikan dengan kondisi”K (I 1)*

*“Di Puskesmas ada hambatannya. Tanggung jawab dan beban kerja yang banyak terkadang susah juga membagi waktunya. Semua harus dikerjakan dan kalau tidak dikerjakan salah juga. Jadi tidak maksimal juga hasilnya. Belum lagi harus menghadiri undangan kegiatan di luar Puskesmas” K (I 4)*

Secara ringkas substansi analisis kebijakan dapat peneliti sajikan dalam bentuk matriks berikut ini :

TABEL 5.3 : MATRIKS SUBSTANSI ANALISIS KEBIJAKAN

No	Substansi Analisis Implementasi Kebijakan	Kode Informan					
		K (I 1)	K (I 2)	K (I 3)	K (I 4)	K (I 5)	K (I 6)
1	<b>AKTOR</b>						
	Peran dalam implementasi kebijakan kanker serviks	Sebagai pembuat pedoman, pelatihan dan TOT dari Pemerintah Pusat	Sebagai pelaksana kebijakan Binwasdal	Sebagai mitra Pemerintah	Sebagai pelaksana kebijakan	Sebagai pelaksana skrining kanker serviks	Pemberi pelayanan deteksi dini kanker
	Orang yang terlibat	Bidan dan dokter	Kepala Sudin, Kepala Seksi PMKes, koordinator PTM, bagian kesehatan walikota	Dokter, YKI, tim FCP	Kepala Puskesmas,	Kepala Puskesmas, dokter, bidan, perawat	Kepala Puskesmas, dokter, bidan, stakeholder
	Pendukung implementasi kebijakan	Organisasi profesi	Kepala Sudin, Kepala Seksi PMKes, Dinkes	Dekan FK UI, Direktur RSCM	Kepala Puskesmas	Kepala Puskesmas, Sudinkes, Dinkes	Kepala Puskesmas, unit pelayanan terkait, poli IVA, stakeholder
2	<b>KONTEN</b>						
	Kebijakan tentang kanker serviks	Tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tahu dan pernah baca
	Alasan kebijakan dibuat	Jenis kanker tertinggi setelah kanker payudara	Banyak usia subur yang belum diskriming	Kanker serviks penyumbang kematian ibu	Tidak tahu	Mengendalikan penyakit kanker di Indonesia	Menurunkan angka kesakitan dan kematian karena kanker serviks
	Merujuk kepada WHO	Sebagai referensi	Tidak tahu	Sudah tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	WHO merupakan acuan standar dunia
3	<b>KONTEKS</b>						
	Pengaruh sistem Desentralisasi	PTM belum menjadi program prioritas. Memberi contoh ke daerah agar mandiri melalui perencanaan sampai melakukan	Tiap wilayah dapat membuat program sendiri dan diperlukan monitoring dari Dinkes atas	Daerah bisa mengembangkan program kanker serviks sendiri	Memberikan kebebasan untuk melaksanakan program sesuai kemampuan sendiri	Memberikan kewenangan kepada wilayah untuk melakukan skrining dan mengembangkan	Pelayanan skrining kanker masih terpusat di Puskesmas Kecamatan dan di Puskesmas

		pelatihan	pencapaian program			potensi	Kelurahan belum berjalan
4	<b>PROSES</b>						
	Upaya mengembangkan implementasi kebijakan kanker serviks	Sosialisasi, advokasi dan negosiasi, peningkatan SDM dengan TOT, monitoring, supervisi, komunikasi ke daerah	Pelatihan untuk tenaga Puskesmas berharap dari FCP/FKUI, Rapat koordinasi dengan Puskesmas	Kerjasama dengan YKI, Dinkes, memberi pelatihan kepada Puskesmas. FCP telah melatih 180 Puskesmas di DKI	Peningkatan sosialisasi dan promkes	Sosialisasi, mengikuti program penyuluhan program KIA dan KB, rapat koordinasi Puskesmas dan Sudin dan koordinasi dengan FCP	Mengajukan perencanaan anggaran program, pelatihan kader, meningkatkan informasi dan sosialisasi
	Hambatan implementasi kebijakan	Dana program terbatas, harus bisa menentukan prioritas program, masih perlunya monitoring dan evaluasi program ke tiap daerah, terkadang perencanaan program berubah sesuai kondisi	Masyarakat lebih banyak mengenal Pap Smear dari IVA. Puskesmas yang sudah dilatih belum semua mahir melakukan IVA dan masih perlu pendamping dari FCP/FFKUI. Satu Puskesmas Kecamatan yang sudah dilatih belum melaksanakan	Perlu ketekunan dari kelompok profesi untuk meningkatkan kompetensi dalam melakukan IVA	Tanggung jawab dan beban kerja banyak SDM kurang	Tidak ada anggaran khusus untuk pengembangan program skrining, beban kerja banyak	Pengetahuan dan kesadaran masyarakat masih kurang, Pelayanan IVA di Puskesmas Kelurahan belum ada, dukungan lintas sektoral belum optimal

## 5.6 Faktor Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Skrining Kanker Serviks

Peneliti melakukan perbandingan terhadap faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas dengan menggunakan teori yang dikemukakan oleh Schediac-Rizkallah dan Bone (1998) mengenai faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yakni terdiri dari Kondisi Lingkungan, Hubungan Antar Organisasi, Sumber Daya Organisasi, Karakteristik dan Kapabilitas Instansi. Hasil yang diperoleh melalui wawancara mendalam akan peneliti uraikan satu persatu dengan langsung membuat perbandingannya sehingga dapat dilihat dimana letak perbedaannya.

### 5.6.1 Kondisi Lingkungan

Dalam konteks faktor Kondisi Lingkungan yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas, informasi yang digali adalah yang berkaitan dengan alasan perlunya dilakukan program skrining kanker serviks, pengaruh nilai politis ekonomi sosial budaya, infrastruktur dan keterlibatan penerima program.

Perlunya melakukan implementasi kebijakan pada program skrining kanker serviks dan *Pilot Project* Bucekas mendapat respon yang hampir sama dari setiap informan, seperti dalam beberapa kutipan berikut ini :

#### **Skrining rutin :**

*“Saya rasa untuk mengembangkan program skrining kanker serviks ke puskesmas hingga mereka dapat lebih mandiri, meskipun belum semuanya bisa mandiri dan masih perlu pendamping “ P (I 3)*

*“Saya rasa perlu untuk menurunkan angka kematian karena kanker serviks dan meningkatkan cakupan skrining*

#### **Skrining Bucekas :**

*“Kita melakukan percepatan dalam melakukan IVA dan mencapai peningkatan cakupan skrining kanker serviks” P (I 3)*

*Menurut saya Bucekas dilakukan ya untuk meningkatkan cakupan skrining kanker serviks karena sifatnya cuma*

*kanker serviks” P (I 5)*

*proyek saja dan dalam rangka program deteksi dini kanker serviks oleh FCP” P (I 5)*

Kondisi lingkungan berupa faktor politik, ekonomi, sosial dan budaya dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan (Nawawi, 2009). Seluruh Informan menyampaikan jawaban yang bervariasi terhadap pengaruh politik, ekonomi, sosial dan budaya pada program skrining rutin dan Pilot Project Bucekas. Pelaksanaan skrining rutin terkadang ada pengaruh politiknya bila digunakan ketika kampanye politik pemilihan gubernur dan bupati. Program kesehatan dan pendidikan dijual ke masyarakat untuk memperoleh simpati masyarakat, akan tetapi pelaksanaan *Pilot Project* Bucekas merupakan murni kegiatan tanpa ada pengaruh politik di dalamnya. Faktor ekonomi tidak ada pengaruh dalam pelaksanaan program skrining kanker serviks rutin dan Bucekas. Sedangkan faktor sosial budaya masih mempengaruhi masyarakat tergantung keaktifan kader untuk mengajak masyarakat. Kaitannya dengan program Bucekas tidak diperoleh di Subdit Kanker Kemenkes RI karena bersifat teknis dan ada di Dinkes DKI. Berikut kutipannya :

***Skrining rutin :***

*Pengaruh politis ya banyak banget. biasalah pada daerah-daerah kampanye calon gubernur, calon bupati. Untuk kampanye yang dijualkan biasanya kesehatan dan pendidikan..... Kita juga melakukan sosialisasi advokasi kepada petinggi akan lebih akan jalan dari pada di lintas program. Kalau sosial budaya mesti dibuat publik awareness agar masyarakat tidak usah malu. Faktor ekonomi IVA lebih ekonomis P (I 1)*

***Skrining rutin :***

*“.....Tidak adalah pengaruh politis kita jalankan program sesuai perencanaan*

***Skrining rutin :***

*Bucekas itu yang melakukan adalah daerah. Daerah lah yang lebih paham. Saya sendiri tidak paham teknisnya, nanti bisa ditanyakan kepada daerah yakni dinkes DKI Jakarta ke lokasi yang terlibat langsung P (I 1)*

***Skrining Bucekas :***

*“Kegiatan Bucekas, sepertinya tidak ada pengaruh politik, tidak ada golongan*

*dan anggaran turun. Pengaruh ekonomi masyarakat tidak besar, karena biaya skrining murah, hanya Rp. 5000. Sosial budaya mungkin masyarakat masih sungkan, malu dan takut penyakitnya ketahuan” P (I 2)*

*partai yang mengikuti. Pengaruh ekonomi ga ada juga, kan gratis. Kalau masalah sosial budaya pengaruhnya ada seperti malu dan takut, tapi karena kadernya agresif jadi banyak juga yang datang ya “ P (I 2)*

*“Sepertinya untuk Kemenkes ada pengaruh politisnya. Kalau dulu pap smear bisa hanya bisa dilakukan di rumah sakit, kini bisa di puskesmas dengan IVA. Kalau seseorang masih belum mau diperiksa harus dikaji lebih lanjut. Kan sudah gratis, apakah malu, tidak boleh oleh suami, ketidaktahuan atau karena alasan apa. Masalah ekonomi sebenarnya sudah murah biayanya dengan perda Rp. 5000” P (I 3)*

*“Bucekas tidak dipengaruhi oleh politis apa-apa tidak ada pengaruh dari partai politik manapun dan semua pelayanan diberikan gratis. Jadi tidak mempengaruhi ekonomi masyarakat. Pengaruh sosial budaya mungkin karena pendekatan yang intensif oleh kader” P (I 3)*

Tersedianya infrastruktur yang baik dapat mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan Bucekas berupa akses untuk datang ke lokasi skrining, fasilitas tempat pelaksanaan, peralatan, kondisi ruangan dalam kegiatan skrining. Hal tersebut tergambar dalam petikan berikut ini :

**Skrining rutin :**

*“Untuk fasilitas cukup baik dan tidak ada kesulitan bagi tim kami untuk datang ke wilayah dan masih terjangkau” P (I 3)*

*“Kalau disini fasilitas dari segi ruangan sudah nyaman ya. Peralatan disiapkan oleh Puskesmas dan dibantu juga oleh FCP” P (I 4)*

*“Kami sudah menyediakan ruangan khusus poli IVA, jadi lebih nyaman” P (I 6)*

**Skrining Bucekas :**

*“Kegiatan Bucekas untuk fasilitas pemeriksaan sudah kami siapkan semua dan didistribusikan dengan baik untuk tiap wilayah” P (I 3)*

*“Fasilitas alat-alat saat Bucekas semua dibantu oleh FCP. Akses masyarakat untuk datang ga masalah karena posisi Puskesmas kan di tengah kota” P (I 4)*

*“...jam pelayanan seminggu di tambah menjadi tiga kali. Karena banyak pasien yang datang, tenaga medis dibantu juga oleh tenaga dari Kelurahan” P (I 6)*

Keterlibatan penerima program merupakan aktor penting dalam implementasi kebijakan pada program skrining rutin dan program Bucekas. Semua terlibat dalam

tim yang dapat bekerjasama antara dokter, bidan, perawat termasuk juga kader dan PKK. Seperti dalam kutipan berikut :

***Skrining rutin :***

*“Ya kita tim Penyakit Tidak Menular semua terlibat, tidak hanya pemegang program saja, jadi kami ya saling membantu satu sama lain, begitu pula dengan kepala seksi PMKes, kemudian menkoordinir teman-teman Puskesmas. Sebenarnya sayang bila ilmunya tidak digunakan “P (I 2)*

*“Keterlibatan dalam skrining IVA sama-sama dapat bekerjasama antara dokter, bidan dan perawat. Saling mengisi saja satu sama lain” P (I 5)*

*“Keterlibatannya adalah dalam menerima dan menjalankan program, meskipun kami punya beban kerja ganda, kami bisa membuka layanan skrining IVA selama dua kali seminggu” P (I 6)*

***Skrining Bucekas :***

*“Ketika ada program Bucekas juga kami semuanya terlibat untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam persiapan, pelaksanaan dan evaluasi Bucekas” P (I 2)*

*“Saya rasa sama aja ya. Sepertinya tidak ada masalah. Yah semua bekerja sama antara dokter, bidan dan perawat. Termasuk juga teman-teman yang ada di Puskesmas kelurahan dapat bekerja sama kog” P (I 5)*

*“Ketika Bucekas, tidak saja pemegang program di Puskesmas Kecamatan, tetapi Puskesmas Kelurahan juga ikut terlibat, kader, ibu PKK Kecamatan dan Kelurahan” P (I 6)*

Selain kerjasama antar tim yang terlibat pada program skrining, beban kerja juga mempengaruhi pelaksanaan program skrining kanker serviks. Berikut petikannya :

***Skrining rutin :***

*“Keterlibatan ya artinya kita mau menjalankan program skrining, tapi kadang beban kerja kita sudah cukup banyak juga. Jadi ya pintar-pintar saja membagi waktu, belum lagi bila ada undangan kegiatan di luar” P (I 4)*

***Skrining Bucekas :***

*“Yayasan Inke Maris juga terlibat waktu Bucekas. Promotornya juga dari Ibu presiden ya. Kami juga melibatkan Puskesmas Kelurahan, kader, guru-guru, ibu PKK, camat, lurah” P (I 4)*

Pemberian insentif dan uang transportasi juga dapat mempengaruhi keterlibatan penerima program di dalam pelaksanaan program skrining dalam kegiatan supervisi dan monitoring pada instansi stakeholder. Termasuk juga di dalam menggerakkan

keterlibatan kader di masyarakat untuk mengajak masyarakat datang untuk skrining kanker serviks pada program Bucekas. Seperti dalam petikan berikut :

**Skrining Rutin :**

*“Teman-teman FCP sebagai supervisor ke puskesmas-puskesmas. Akan tetapi keterbatasan juga, karena petugas yang turun juga perlu diberi insentif dan transportasi. Jadi tidak semuanya bisa disupervisi. Dipilih bila sudah mandiri, tidak perlu di supervisi” P (I 3)*

**Skrining Bucekas :**

*“...Memang kita memberi insentif kepada semua petugas kesehatan yang terlibat sampai ke kader-kader saat bucekas” P (I 3)*

### 5.6.2 Hubungan Antar Organisasi

Dalam konteks hubungan antar organisasi yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan program Bucekas, informasi yang digali adalah berkaitan dengan sasaran program, upaya meningkatkan cakupan skrining, pola komunikasi, perencanaan program skrining, proses pelaksanaan program skrining, pelaksanaan promosi kesehatan, monitoring evaluasi dan jejaring.

Sasaran program skrining kanker serviks dan program Bucekas menurut sebagian informan adalah PUS (Pasangan Usia Subur) dan sebagian lain adalah WUS (Wanita Usia Subur), bertujuan untuk percepatan peningkatan cakupan skrining, seperti dalam kutipan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Populasi masyarakat dilihat dari Wanita Pasangan Usia Subur ( PUS ) dan bukan WUS (Wanita Usia Subur). Jadi mesti dibedakan itu. Saya pakainya PUS. Memang belum ada kesepakatan. Disamping itu organisasi masyarakat, majelis taklim, arisan RT, Rakor Kelurahan, Rakor Kecamatan dll. PUS jumlahnya 26.242 orang menurut data Kecamatan Pesanggrahan” P (I 6)*

**Skrining Bucekas :**

*“Sama saja sasarannya saat rutin skrining, Cuma agak lebih gencar lagi dilakukan oleh kader. Setahu saya target dari FCP sebanyak 6000 orang se DKI. Saat Bucekas sasaran masyarakat adalah PUS yang paling kurang telah pernah IVA atau pap smear selama lebih kurang satu tahun terakhir dan yang belum pernah skrining. Dari petunjuk FCP yang menjadi sasaran adalah WUS, meskipun yang datang ada di atas usia 50 tahun tetap diskriming” P (I 6)*



**Skrining rutin :**

*“Mengenai sasaran program yaitu meningkatkan cakupan skrining tentunya dan melaksanakan skrining IVA di puskesmas pada masyarakat dengan resiko tinggi. Tapi untuk jumlah sasaran belum ditetapkan jumlahnya dan belum pernah juga ditentukan berapa sebenarnya jumlah target skrining. Biasanya WUS yang datang saat kontrol di klinik KIA dan KB. Masyarakat yang datang sendiri untuk IVA. Masyarakat dengan resiko tinggi dan masyarakat yang pernah kontak seksual”*  
P (I 5)

**Skrining Bucekas :**

*“Saat Bucekas sasaran program juga untuk meningkatkan jumlah cakupan skrining seperti yang ditargetkan oleh FCP sebanyak 6000 orang ya kalau ga salah untuk seluruh DKI. Target masyarakat saat Bucekas yaitu WUS, yang sudah menikah dan usila pun yang datang juga diperiksa saat Bucekas. Ternyata ada juga ya Usila yang positif di atas usia 60 tahun sekitar 3 orang. Bila menurut teori kan tidak perlu diskriminasi.”*  
P (I 5)

Lain halnya dengan FCP/FKUI yang mempunyai sasaran program dalam bentuk lima pilar dan mempunyai target saat program Bucekas diluncurkan. Berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Kita punya lima pilar yaitu mencapai goal cakupan skrining, cakupan vaksinasi, terus terang juga sih untuk mencapai gol mengajak sponsor, temuan lesi pra kanker, menurunkan advansif, menurunkan kematian. Yang bisa diukur saat ini meningkatkan cakupan skrining. Sasaran masyarakat dengan resiko tinggi terkena kanker serviks, yang sudah menikah, yang sudah pernah kontak seksual. Ada beberapa kasus pasien sering pap smear hasilnya positif. Jadi bisa saja kesalahan orang yang melakukan.”* P (I 3)

**Skrining Bucekas :**

*“Saat Bucekas sasarannya adalah percepatan peningkatan cakupan dengan adanya bantuan dari Leiden University di Belanda yang mereka juga punya kepentingan untuk penelitian. Sasarannya adalah WUS, perempuan beresiko tinggi, usia perempuan 30 sampai diatas 50 tahun juga diskriminasi. FCP punya target sebanyak 1,4 juta orang yang diskriminasi pada tahun 2017. Semoga saja bisa tercapai ya, perlu dukungan semua pihak. Sebenarnya sih, yang sebelumnya sudah di periksa IVA tidak usah diperiksa lagi. Tapi kan pasien sudah datang dan mau diperiksa, ya diperiksa lagi, kan IVA tidak mengeluarkan banyak.. Kalau dari Kemenkes kan 5 tahun sekali di skrining ulang. Yang usianya 50 tahun dia datang diperiksa aja. Memang Kemenkes belum setuju sepenuhnya begitu juga tenaga kesehatan lain. Emang jadinya agak ada angka yang tumpang tindih, begitu.”*  
P (I 3)

Kesepakatan dari Dinkes terhadap target jumlah cakupan belum ada pada program skrining rutin dan penggunaan standar PUS atau WUS, seperti dalam petikan infroman berikut :

**Skrining rutin:**

*“Yang menjadi sasaran program di sudin adalah peningkatan wawasan, bintek, pengawasan dan pengendalian kanker serviks ke Puskesmas. Sudin memang belum membuat berapa sebenarnya target populasi orang yang akan diskriking. Sebenarnya memakai WUS, tapi kami belum menghitungnya. Karena belum semua Puskesmas yang dilatih, jadi nanti saja setelah semuanya dilatih. Lagian belum ada kesepakatan dari dinkes harus bagaimana” P (I 2)*

**Skrining Bucekas :**

*“Saat Bucekas sih yang menentukan targetkan kan FCP sebanyak 6000 orang pada awalnya untuk satu bulan, karena peminatnya banyak, ditambah lagi 2 minggu dan hasilnya melebihi target sekitar 7000 an. Target 2017 sekitar 1,4 juta orang Jadi sepertinya Dinkes mengikuti saja begitu pula sudinkes” P (I 2)*

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan skrining kanker serviks adalah melalui peningkatan sosialisasi, promosi, pelatihan, peningkatan informasi, peningkatan kesadaran, kerjasama dengan Pemerintah dan organisasi lainnya, kerjasama lintas program dan lintas sektoral. Petikannya adalah sebagai berikut :

**Skrining rutin :**

*“Awareness yang penting ya. Kalau masyarakatnya sudah awareness tapi puskesmasnya belum siap, kan repot juga. Jadi dengan memberikan pelatihan, monitoring, pendampingan para petugas kesehatan puskesmas kami harapkan peningkatan kemampuan petugas puskesmas” P (I 3)*

*“Menurut saya dengan melakukan sosialisasi terus menerus ke masyarakat dan di puskesmas juga. Rapat internal dan koordinasi dengan teman-teman di puskesmas kelurahan. Saat ini teman-teman Puskesmas di kelurahan sudah dapat melakukan skrning IVA secara mandiri. Selain itu juga melibatkan kader-kader” P (I 5)*

**Skrining Bucekas :**

*“Yah dengan kerjasama dengan dinkes, sudinkes, YKI, puskesmas, IPKASI, POGI juga dan mendapat restu dari kemenkes dalam hal ini subdit kanker untuk pelaksanaan Bucekas di DKI Jakarta” P (I 3)*

*“Wah saat Bucekas banyak hal yang dilakukan. Karena ditentukannya target Mulai dari penyebaran spanduk-spanduk dimana-mana yang gampang dilihat orang. Jadi banyak yang datang karena mau periksa. Informasi juga disebar melalui radio. Menggerakkan dan menghimbau para kader untuk mengajak para ibu-ibu datang ke Puskesmas untuk IVA. Mengadakan pendekatan juga*

*dengan Ibu Camat, Ibu Lurah, Ibu PKK. Juga melibatkan guru-guru sekolah disekitar sini. Yah dengan kerjasama lintas sektor menurut saya sangat baik dilakukan. Sehingga semua orang dapat bekerja sama. Makanya pasien jumlahnya banyak apalagi dengan pemeriksaan gratis”*  
P (I 5)

Pola komunikasi di dalam organisasi dapat mempengaruhi terhadap pelaksanaan program skrining rutin dan program Bucekas dengan cara komunikasi aktif dua arah sesama tim dan pimpinan, rapat koordinasi dan menggunakan sarana komunikasi, seperti dalam petikan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Biasanya ya dua arah saja dengan tim, dengan rapat dan diskusi. Saya rasa baik-baik saja” P (I 3)*

*“Hal tersebut biasa saja komunikasi dengan tim dan kepala puskesmas. Informasi selalu sampai bila ada kegiatan atau undangan kegiatan lain”*  
P (I 4)

*“Komunikasi dengan teman-teman tim dan kepala puskesmas. Kepala puskesmas sangat perhatian terhadap pelaksanaan IVA di puskesmas Jagakarsa dan menyediakan ruangan khusus yang dapat dipakai untuk pemeriksaan IVA” P (I 5)*

**Skrining Bucekas :**

*“Komunikasi dilakukan dengan intensif saat persiapan bucekas karena melibatkan beberapa organisasi dan instansi pemerintah” P (I 3)*

*“Bila ada informasi mengenai pelaksanaan Bucekas, kepala Puskesmas langsung memberitahu baik lewat telepon ataupun sms. Saya juga menghadiri pertemuan yang diadakan dinkes” P (I 4)*

*“Waktu Bucekas, komunikasi lebih intensif ya, karena kan ada saja informasi dari pihak sudin, dinas dan FCP dalam pelaksanaan IVA yang mengejar target. Kemudian Puskesmas Kecamatan menyampaikan informasi kepada puskesmas kelurahan”*  
P (I 5)

Perencanaan program skrining kanker serviks dibuat untuk pengajuan anggaran pada tahun berikutnya, yang terkadang tidak semua disetujui dan perencanaan program Bucekas telah disiapkan oleh FCP sebagai koordinator program Bucekas. Berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Mengenal perencanaan program skrining saya sudah buat sesuai dengan apa yang ingin dilakukan pada periode berikutnya untuk pengajuan anggaran, akan tetapi saya sudah bikin bagus-bagus tidak semuanya yang bisa diterima. Jadi ya kecewa juga. Tidak banyak yang bisa dilakukan jadinya. Saya juga bingung. Jadi terkadang mengikuti saat ada kegiatan program promkes, KIA dan KB untuk sosialisasi skrining kanker serviks” P (I 5)*

*“Perencanaan dibuat biasa aja rutin pertahun. Terkadang di tengah jalan suka terhambat dan berubah. Stres juga tapi tetap harus dijalankan” P (I 1)*

**Skrining Bucekas :**

*“Ketika Bucekas perencanaan dibuat dalam rangka meningkatkan cakupan skrining sebanyak 6000 se DKI sesuai petunjuk dinkes, sudinkes dan FCP melalui rapat kordinasi. Kami melibatkan kader, guru-guru, ibu camat, ibu lurah dan ibu PKK. Kemudian menyebarluaskan informasi dengan membuat spanduk dan memasanginya di berbagai tempat. Informasi juga disebarkan melalui radio” P (I 5)*

*Tekhnis Dinkes DKI dan FCP*

Kegiatan pelaksanaan skrining kanker serviks disesuaikan dengan permintaan wilayah dan disesuaikan dengan anggaran yang dimiliki kemudian pada pelaksanaan Bucekas diberikan reward berupa uang lelah. Berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Turun ke wilayah di jadwal bergantian. Tergantung permintaan dari wilayah dan kami sesuaikan juga dengan anggaran yang kami punya. Yah kendalanya harus tetap dimonitor dan supervisi, karena tidak bisa dilepas begitu saja. Dan tim kami yang turun kan juga harus diberikan transpot dan insentifnya” P (I 3)*

**Skrining rutin :**

*“Awalnya atas restu dari dinkes, kemudian kita adakan technical meeting dengan 40 puskesmas yang dianggap mandiri, dgn RS Budi Kemuliaan dan Darmas untuk pembagian alat, terus kita adakan launching sekitar tanggal 22 Desember. Kemudian kita mengganti uang lelahnya lebih banyak” P (I 3)*

Adanya koordinasi serta kerjasama yang baik dalam pelaksanaan skrining Bucekas memberikan hasil yang baik untuk mencapai tujuan bila dibandingkan dengan skrining rutin yang terhambat pelaksanaannya karena petugas mempunyai tanggung jawab lain dalam pekerjaannya. Berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Ada juga kendalanya sih.. terkadang bidan yang bertugas juga mempunyai pekerjaan lain atau menghadiri kegiatan lain, jadi tidak selalu ada dan dokter juga sibuk memeriksa pasien. Jadi ya kami harus pandai-pandai mengatur waktu juga agar bisa tetap melakukan skrining” P (I 5)*

**Skrining Bucekas :**

*“Waktu Bucekas pelaksanaan pemeriksaan IVA dilakukan di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Pelaksanaannya dibantu oleh tim FCP dan Puskesmas kelurahan yang terdiri dari dokter, bidan dan perawat. Pasien yang datang ada yang sengaja datang untuk periksa dan ada yang dikoordinir oleh para kader beserta guru-guru sekolah yang juga dilibatkan. Semua petugas termasuk kader diberi reward oleh FCP. Bila ada hasil dengan IVA positif, pasien dilakukan tindakan Kriyoterapi di tempat” P (I 5)*

*“Di Sudin tidak melaksanakan kegiatan skrining kanker serviks karena adanya di Puskesmas. Tapi memfasilitasi peningkatan wawasan, pelatihan dan koordinasi bagi program PTM di Puskesmas”*

*“...Sudin bersama-sama dengan Dinkes dan FCP menentukan Puskesmas yang terlibat Bucekas. Nah ada 4 yaitu Puskesmas Kecamatan Setiabudi, Jagakarsa, Cilandak dan Pesanggrahan serta mempersiapkan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa sebagai tempat Launching Bucekas*

Kegiatan promosi kesehatan pada pelaksanaan skrining rutin dan Bucekas berupa sosialisasi lewat media cetak, radio, spanduk, slogan dan pendekatan ke kader, seperti dalam kutipan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Kami harapkan tiap-tiap Puskesmas kan punya program misalnya “ingat selasa untuk skrining” begitu. Tiap-tiap tempat kita memberikan suatu ide, silahkan tiap tempat mengembangkannya. Kita pengen di Jakarta itu seperti Coca Cola yang punya slogan. Misalnya dimana saja dan kapan saja slalu ingat pap smear atau IVA”  
P (I 3)*

**Skrining Bucekas :**

*“Promosi yang dilakukan lewat media massa, radio, pemasangan spanduk melibatkan kader yang penting untuk mengajak masyarakat” P (I 3)*

**Skrining rutin :**

*“Biasanya sih kita sambil kerja periksa pasien juga lakukan sosialisasi skrining kanker. Tempel informasi di poli-poli dan kerjasama juga dengan bagian promkes. Setiap jumat saat kita sampaikan informasi kesehatan saat pertemuan di kelurahan”*  
P (I 4)

**Skrining Bucekas :**

*“Ya kita melakukan sosialisasi lewat radio, media cetak, pasang spanduk, pamflet. Karena sosialisasi itu penting ya. Tiap apel disampaikan untuk Puskesmas Kelurahan. Petugas kita juga turun langsung untuk sosialisasi ini termasuk ke guru TK, ke sekolah-sekolah lain juga. Kalau kader dapat bawa berapa orang akan diberikan honorinya”*  
P (I 4)

Terhadap pelaksanaan monitoring dan evaluasi program skrining kanker serviks dan program Bucekas, terdapat informasi yang bervariasi. Belum adanya sistim pelaporan yang baik dari dinkes dan keseragamannya dan laporan dari Puskesmas dikirim ke Sudinkes. Seperti dalam petikan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Monitoring lewat sistim pelaporan yang baik. Ini pelaporannya begitu aja, belum ada sistim pelaporan yang baik dari dinas. Masih seperti biasa seperti dulu. Belum ada bagaimana yang bagus untuk pencatatan dan pelaporannya, ketepatan waktu juga. Laporan kita tidak tahu sama dengan wilayah lain. Sebaiknya diseragamkan. Dinasterkadang tidak minta laporan dari Sudin tiap bulan atau per tiga bulan. Hanya laporan tahunan”* P (I 2)

**Skrining Bucekas :**

*“Saat Bucekas, Sudin menerima laporan setiap hari dari petugas Puskesmas dan melaporkannya ke Dinkes. Cakupan saat Bucekas lebih dari target 6000 orang. Di Jaksel lebih 1700. Karena ini program gratis, banyak juga masyarakat yang datang meskipun dia sudah pap smear dalam waktu dekat.”* P (I 2)

*“Monitoring dan evaluasi dengan supervisi pelaksanaan kegiatan pelatihan-pelatihan apakah telah dilaksanakan dengan baik, penerimaan laporan data hasil kegiatan dari propinsi. Agar efektif dan hemat biaya dikumpulkan dalam satu tempat saja dan ikut dalam pertemuan yang propinsi adakan”* P (I 1)

*Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP*

Hambatan dalam monitoring program Bucekas adalah beberapa pasien dengan IVA positif lolos tidak dilakukan tindakan Krioterapi karena keterbatasan alat, berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Harapannya sih dapat meningkatkan jumlah Puskesmas yang ditraining bisa monitor ke puskesmas” P (I 3)*

*“Pasien dengan positif kanker biasanya dirujuk ke RSCM namun tidak terpantau apakah pasien benar-benar pergi untuk rujuk” P (I 5)*

**Skrining Bucekas :**

*“Monitoring dan Evaluasi berupa laporan bucekas. Setelah laporan datang, kami memberikan reward berupa uang. Hambatannya adalah pasien dengan IVA positif banyak yang lolos tidak di Krioterapi, karena keterbatasan alat yang ada. Untuk Jakarta kita sudah drop di Jatinegara, Senen, Johar, YKI” P(I 3)*

*“Bila ada hasil dengan IVA positif, pasien dilakukan tindakan Kriyoterapi di tempat” P (I 5)*

Selanjutnya informasi mengenai pelaksanaan jejaring dengan organisasi lain dalam pelaksanaan skrining rutin kanker serviks dan program Bucekas belum banyak dilakukan, kecuali oleh FCP/FKUI yang posisinya sebagai stakeholder dan level Kemenkes. Seperti berikut petikannya :

**Skrining rutin :**

*“Jejaring mulai dari LSM, YKI dan banyak sekali pemerhati kanker. Biasanya mereka lebih senang memanfaatkan moment tertentu. Profesi juga sering mengundang kita untuk persentasi dan sharing apa yang mereka harapkan, masih layakkah kegiatan dilakukan dan kita juga minta masukan dari mereka. Apakah ada inovasi yg mereka lakukan” P (I 1)*

*“Ada juga dengan gereja kerjasama. Mereka yang minta” P (I 3)*

*“Sejauh ini belum ada melakukan jejaring dengan organisasi lain kecuali*

**Skrining Bucekas :**

*Tekhnis ada di Dinkes DKI dan FCP*

*“Ya tentu saja dengan IPKASI, POGI, YKI, RS Budi Kemuliaan, PKK DKI, Dinkes DKI” P (I 3)*

*“....saya tidak melakukan jejaring dengan organisasi lain karena sudah*

*FCP, karena FCP yang memberikan pelatihan skrining. Waktu itu pernah kerjasama dengan organisasi lain yaitu YKI yang mau turun untuk pap smear gratis, tapi tidak jadi karena waktunya sudah habis. Tapi paling tidak ada upayalah” P (I 4)*

*diatur oleh FCP dan Dinkes” P (I 4)*

### 5..6.3 Sumber Daya Organisasi

Dalam konteks Sumber Daya Organisasi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas, informasi yang digali berkaitan dengan dukungan pimpinan, perolehan sumber dana, mengelola keseimbangan dana dan komitmen birokrasi.

Dukungan pimpinan terhadap program skrining rutin kanker serviks dan program Bucekas adalah sangat baik, hal ini tergambar dari petikan informan berikut :

#### **Skrining rutin :**

*“Tentang dukungan pimpinan sangatlah mendukung program skrining” P (I 2)*

*“Ya itu mendukung sekali dan memberikan perhatian lebih” P (I 4)*

*“Ya Kepala Puskesmas sangat mendukung program skrining kanker serviks” P (I 5)*

#### **Skrining Bucekas :**

*“Sama juga ketika Bucekas, pimpinan Kepala Sudin dan Kasie PMKes sangat mendukung” P (I 2)*

*“Tidak ada masalah, tentunya mendukung saja” P (I 4)*

*“Dukungan sangat baik dari Kepala Puskesmas” P (I 5)*

Perolehan sumber dana pada lembaga pemerintahan untuk kegiatan program skrining rutin kanker serviks berasal dari pengajuan anggaran APBN dan DPA yang disetujui sedangkan dana pada kegiatan Bucekas berasal dari pihak luar melalui stakeholder yang tergambar dari petikan berikut :

#### **Skrining rutin :**

*“Dana program ya dari APBN saja, tidak ada sumber dana lain” P (I 1)*

#### **Skrining Bucekas :**

*“Teknis ada di Dinkes DKI dan FCP” P (I 1)*



**Skrining rutin :**

*“Memang dana dari Leiden University selama ini. Tapi kita juga perlu perhatian juga ya, sepertinya mereka sedang beralih Afrika. Dana kami juga menipis. Sedangkan dana dari Pertamina saat ini juga belum turun dengan disaksikan ibu Negara dan ada MOU nya. Emang kesalahan kita adalah kesalahan rekening. Kita diijinkan mempunyai rekening sendiri jadi lebih mudah diauditnya” P (I 3)*

*“Kalau sumber dana dari permintaan anggaran program. Tidak ada sumber lain” P (I 6)*

**Skrining Bucekas :**

*“Bucekas dananya kombinasi, ada dari Leiden University dan IPKASI” P (I 3)*

*“Sedangkan sumber dana kegiatan saat Bucekas itu dari FCP” P (I 6)*

Dalam mengelola keseimbangan dana program, informasi dari informan pada prinsipnya relatif sama yaitu menyesuaikan dengan perencanaan anggaran yang disetujui, seperti dalam petikan berikut ini :

**Skrining rutin :**

*“Kalau anggaran sudah turun ya kita sesuaikanlah dengan yang ada di DASK”  
P (I 2)*

*“Mengelola dana disesuaikan dengan apa yang harus dilakukan, karena pertanggung jawabannya kan juga berat” P (I 1)*

*“Ya kita berusaha mengatur keuangan yang diterima dengan sebaik-baiknya. Masih ada rencana bantuan dari Pertamina yang belum turun hingga kini” P (I 3)*

**Skrining Bucekas :**

*“Semuanya dikelola oleh FCP” P (I 2)*

*Tekhnis ada di Dinkes DKI dan FCP*

*“Memang kami memberikan uang lelah kepada petugas yang bekerja dan termasuk kader” P (I 3)*

Selanjutnya mengenai komitmen birokrasi terhadap program skrining rutin kanker serviks tidak ada sedangkan pada program Bucekas komitmen birokrasi terdapat komitmen antara pejabat dan pemegang program, berikut kutipannya :

**Skrining rutin :**

*”Soal komitmen birokrasi ya biasa saja. Ga ada komitmen apa-apa dari dinkes. Ya kita mengerjakan tugas sesuai program yang sudah kita buat saja dan anggaran yang sudah disetujui” P (I 2)*

*”Maksudnya kesepakatan antara pimpinan tingkat atas ya. Saya kurang tahu juga apakah ada atau tidak. Kalau dari kepala puskesmas saya rasa adalah dengan dukungannya terhadap setiap program”  
P (I 4)*

*”Saya rasa komitmen kepala puskesmas dengan pemegang program ya ada. Mungkin juga ada dengan Sudinkes atau Dinkes, saya sendiri juga tidak tahu pasti tentang hal itu” P (I 5)*

**Skrining Bucekas :**

*”Karena dari Dinkes meminta kita untuk bekerjasama mendukung program Bucekas tentunya Sudin juga ikut mendukung” P (I 2)*

*”Kayaknya ada, buktinya ada kerjasama dengan FCP, dinkes dan sudin” P (I 4)*

*”Sepertinya sih ada komitmen antara para pejabat dan pemegang program ya di tingkat dinkes, sudinkes dan puskesmas waktu pelaksanaan bucekas. Tapi saya tidak tahu rinci”P (I 5)*

Disamping itu juga adanya kekuatan biaya menjadi hal penting dalam mewujudkan suatu gagasan dari stakeholder. Berikut kutipannya :

**Skrining rutin :**

*”Saya rasa kepemimpinan itu perlu ya, juga komunikasi. Saya rasa tidak bisa dipungkiri ya kami datang bila tidak membawa dana, ya gimana” P (I 3)*

**Skrining Bucekas :**

*”Salah satu kekuatan kami kemaren, kami punya kekuatan biaya. Kami datang ke Dinkes membawa suatu gagasan, ya ada biayanya” P (I 3)*

**5.6.4 Karakteristik dan Kapabilitas Instansi**

Pengaruh karakteristik dan kapabilitas instansi implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas adalah hal yang berkaitan dengan kemampuan petugas, membangun komitmen, fungsi instansi, hubungan dengan stakeholder dan NGO (Non Government Organization) dan kualitas pimpinan.

Kemampuan petugas dalam melakukan skrining rutin kanker serviks dan skrining Bucekas diperoleh melalui pelatihan oleh FCP/FKUI dan masih butuh pendampingan, seperti dalam kutipan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Kemampuan dokter, bidan perawat saat ini sudah dapat melakukan secara mandiri tanpa di dampingi oleh FCP yang melatih IVA . Pada awalnya memang dimonitoring oleh FCP pada saat pelaksanaan skrining, namun sekarang tidak lagi. Pelatihan khusus diadakan oleh FCP” P (I 5)*

*“Kemampuan petugas harus ada knowledge dan skill yang baik. Kita melakukan pelatihan bagi tim dan untuk propinsi. Petunjuk tekhnis ada di dalam aturan kemenkes dan kita juga keluarkan normal standar prosedur kinerja dan tidak boleh keluar dari aturan-aturan itu nanti bisa dianggap malpraktek.Seperti IVA positif dibiarkan saja tanpa adanya tindakan kryoterapi” P (I 1)*

**Skrining Bucekas :**

*“Pada waktu Bucekas, kemampuan petugas dapat melakukan skrining seperti biasanya bersama dengan tim FCP. Pelatihan khusus untuk Bucekas tidak ada” P (I 5)*

*Tekhnis di Dinkes DKI Jakarta dan FCP” P (I 1)*

Komitmen dibangun dengan cara komunikasi intensif antar petugas dan mempunyai tanggung jawab terhadap pekerjaan pada program skrining kanker serviks baik rutin dan program Bucekas. Demikian kutipannya :

**Skrining rutin :**

*“Membangun komitmen disampaikan saat rapat koordinasi PTM dengan Puskesmas Kecamatan” P (I 2)*

*“Komitmen bersama dengan tim dan kita mempunyai tujuan sesuai sasaran program” P (I 3)*

*“Mengenai komitmen secara khusus sih ga ada. Paling melaksanakan tugas dan tanggung jawab saya rasa sudah komitmen”P (I 4)*

**Skrining Bucekas :**

*“Ketika Bucekas saat rapat dengan Dinkes dan FCP, YKI, Kecamatan dan Kelurahan. Apa aja yang akan dilakukan disampaikan pada rapat persiapan” P (I 2)*

*“Pada Bucekas karena kita punya target dan mimpi yang harus dicapai. Masing-masing tim punya tanggung jawab” P (I 3)*

*“Ikut membantu program Bucekas saja sudah komitmen kan?” P (I 4)*

Fungsi instansi berpengaruh terhadap pelaksanaan program skrining rutin kanker serviks dan program Bucekas tergantung jenis instansinya yang dapat digambarkan dalam petikan berikut ini :

**Skrining rutin :**

*“Oh.. Sudin fungsinya sebagai koordinator Puskesmas Kecamatan untuk program skrining kanker” P (I 2)*

*“FCP/FKUI sebagai stakeholder nya Pemerintah dalam melaksanakan program skrining kanker ya” P (I 3)*

*“Fungsinya sebagai pengendali masalah kanker serviks di propinsi, sebagai pembuat kebijakan tentunya” P (I 1)*

*“Fungsinya sebagai Pusat Layanan Deteksi Dini Kanker Serviks di Kecamatan Pesanggrahan, karena baru ada di Puskesmas Kecamatan dan belum meluas ke puskesmas kelurahan” P (I 6)*

**Skrining Bucekas :**

*“Sama aja Sudin fungsinya sebagai koordinator dan fasilitator ke Puskesmas Kecamatan. Menentukan Puskesmas yang akan dilibatkan dalam program Bucekas” P (I 2)*

*“Ketika ada Program Bucekas, kami sebagai koordinatornya” P (I 3)*

*Tekhnis di Dinkes DKI Jakarta dan FCP*

*“Saat Bucekas fungsinya sebagai pusat layanan skrining IVA di Puskesmas Pesanggrahan” P (I 6)*

Tingkat Sudinkes dan Puskesmas telah membina hubungan dengan stakeholder seperti FCP dan YKI dan belum ada organisasi lain seperti yang digambarkan dalam petikan berikut :

**Skrining rutin :**

*“Kalau dikatakan membina hubungan ada dengan YKI dan FCP” P (I 4)*

*“Hubungan baik sih dengan FCP yang melatih skrining kanker serviks melalui komunikasi bila perlu pelatihan dan pendamping untuk pelaksanaan skrining di Puskesmas” P (I 2)*

**Skrining Bucekas :**

*“Bucekas karena program FCP, kami mengikuti saja dan melakukan IVA” P (I 4)*

*“Waktu Bucekas hubungan baik juga dengan FCP dan YKI. Caranya ya dengan komunikasi dan koordinasi” P (I 2)*

Sedangkan FCP/FKUI sebagai stakeholder telah melakukan hubungan dan komunikasi yang baik dengan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan organisasi lain. Demikian kutipannya :

***Skrining rutin :***

*Oh itu perlu sekali. Selama ini sudah dilakukan. Caranya dengan komunikasi yang baik” P (I 3)*

*“Oh tentu saja itu kita telah lakukan dengan FCP, YKI, LSM, organisasi profesi dan organisasi pemerhati kanker lainnya. Ya dengan cara komunikasi, temu muka pada kegiatan mereka yang sering kita diundang untuk pembicara dan pemberian materi”  
P (I 1)*

***Skrining Bucekas :***

*“Ya kami melibatkan dan organisasi lain tentu saja seperti yang telah saya sebutkan tadi. Yah caranya dengan komunikasi agar tujuan Bucekas berjalan lancar” P (I 3)*

*Tekhnis di Dinkes DKI dan FCP*

Kaitannya dengan kualitas pimpinan terhadap pelaksanaan program skrining rutin kanker serviks dan program Bucekas adalah baik dan memberikan dukungan. Berikut kutipannya :

***Skrining rutin :***

*“Kalau kualitas pimpinan ya sangat baiklah dalam mendukung program kanker”P (I 5)*

*“Saya rasa semua pimpinan mendukunglah. Komunikasi tetap jalan bila ada hal-hal yang perlu disampaikan. Cuma pimpinan sering rapat di luar, ya mau gimana kan harus dihadiri. Karena Puskesmas menjadi ujung tombak pelayanan, jadi pekerjaan menumpuk. Kasian juga Kepala Puskesmasnya. Maunya yang mikirin yang diatas sana ya, ngasih pekerjaan dan program baru tapi mikirin ga ya SDM nya cukup apa ga. Ya begitulah”  
P (I 4)*

***Skrining Bucekas :***

*Tekhnis di Dinkes DKI dan FCP*

*“Ya, kepala Puskesmas sangat mendukung pada Bucekas” P (I 4)*

Agar lebih jelas perbandingannya, peneliti sajikan dalam bentuk matriks berikut ini :

TABEL 5.4 : MATRIKS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN SKRINING KANKER SERVIKS

NO	VARIABEL	KODE INFORMAN	PROGRAM SKRINING KANKER SERVIKS RUTIN	PROGRAM PILOT PROJECT BUCEKAS
<b>I</b>	<b>KONDISI LINGKUNGAN</b>			
1	Alasan implementasi skrining kanker serviks	P (I 1)	Kanker payudara dan kanker serviks berada pada posisi teratas dari penyakit kanker dan perlu pengendalian	Meningkatkan jumlah orang yang diskriming
		P (I 2)	Mendukung kebijakan Pemerintah dalam pengendalian kanker serviks	Meningkatkan jumlah cakupan skrining
		P (I 3)	Mengembangkan program skrining kanker serviks di Indonesia	Melakukan percepatan dengan IVA dan mencapai peningkatan cakupan skrining kanker serviks
		P (I 4)	Menurunkan prevalensi kanker serviks dan payudara di Indonesia	Masyarakat terskrining tanpa biaya dan mencapai target
		P (I 5)	Menurunkan angka kematian karena kanker serviks dan meningkatkan cakupan skrining kanker serviks	Meningkatkan cakupan skrining kanker serviks dan bersifat proyek
		P (I 6)	Tingginya akangka kematian wanita karena kanker serviks	Meningkatkan jumlah cakupan dalam waktu singkat
2	Pengaruh nilai politis, ekonomi dan sosial budaya	P (I 1)	Politis ada ketika kampanye pemilihan gubernur atau bupati yakni menjual program kesehatan dan pendidikan. Ekonomi tidak ada untuk IVA. Sosial budaya masih ada	Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP
		P (I 2)	Politis dan ekonomi tidak ada. Sosial budaya ada rasa malu dan sungkan	Politik tidak ada partai yang mengikuti. Ekonomi tidak ada karena gratis dan sosial budaya ada rasa malu dan takut
		P (I 3)	Untuk Kemenkes ada pengaruh politis. Pengaruh ekonomi tidak ada karena IVA murah. Sosial budaya ada rasa malu, tidak boleh suami, ketidaktahuan	Politis dan ekonomi tidak ada. Sosial budaya ada karena pendekatan oleh kader
		P (I 4)	Politik tidak ada. Ekonomi ada untuk pap smear kaena mahal dan untuk IVA tidak ada. Sosial budaya kesadaran masyarakat belum tinggi	Politik dan ekonomi tidak ada. Sosial budaya ada bagi masyarakat dan petugas medis
		P (I 5)	Politik dan ekonomi tidak ada. Sosial budaya ada sungkan dan malu	Politik dan ekonomi tidak ada. Sosial budaya ada rasa malu dan risih tapi tetap datang
3	Infrastruktur	P (I 1)	Ada dan perlu peningkatan terhadap akses ke pelayanan skrining, tersedia ruang yang layak dan memadai, bersih dan tenaga terlatih	Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP

		P (I 2)	Ada sebagai tempat peningkatan wawasan dan rapat koordinasi. Pelaksanaan di Puskesmas	Menyediakan tempat <i>technical meeting</i> , rapat koordinasi dan evaluasi.
		P (I 3)	Fasilitas cukup baik dan tidak ada masalah untuk ke wilayah	Peralatan disiapkan oleh FCP dan tempat oleh Puskesmas
		P (I 4)	Ruangan sudah nyaman, peralatan disiapkan Puskesmas	Peralatan disiapkan oleh FCP dan tempat oleh Puskesmas
		P (I 5)	Ada ruangan khusus poli IVA	Peralatan disiapkan oleh FCP dan tempat oleh Puskesmas
		P (I 6)	Ada ruangan khusus poli IVA	Peralatan disiapkan oleh FCP dan tempat oleh Puskesmas. Jam layanan ditambah tiga kali seminggu
4	Keterlibatan	P (I 1)	Dokter dan bidan berkerjasama	Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP
		P (I 2)	Bekerjasama pemegang program PTM dan kepala seksi PMKes	Kerjasama koordinasi dengan koordinator PTM Puskesmas, Kepala Puskesmas, Dinkes dan FCP
		P (I 3)	Sebagai trainer dan supervisor ke Puskesmas. Keterbatasan tenaga dan finansial untuk supervisi sehingga dilakukan terhadap yang belum mandiri	Semua terlibat aktif di dalam tim, kordinasi dengan IPKASI, POGI, YKI, Dinkes, Kemenkes, Puskesmas, Inke Maris
		P (I 4)	Melakukan program skrining dan harus bisa membagi waktu dengan tekhnis lain	Kerjasama dengan Puskesmas Kelurahan, kader, camat, lurah, guru-guru, ibu PKK,
		P (I 5)	Kerjasama dokter, bidan dan perawat	Kerjasama dengan tim Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan
		P (I 6)	Menerima dan menjalankan program	Kerjasama pemegang program Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan, kader, ibu PKK, camat dan lurah
<b>II</b>	<b>HUBUNGAN ANTAR ORGANISASI</b>			
1	Sasaran program	P (I 1)	Meningkatkan kemampuan dokter dan bidan di seluruh Indonesia dengan cara bertahap, sosialisasi berkelanjutan, monitoring evaluasi dan supervisi	Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP
		P (I 2)	Target populasi cakupan skrining belum dibuat, belum ada kesepakatan dari Dinkes.	Target mengikuti FCP yaitu 6000 orang dan target tahun 2017 sekitar 1,4 juta orang
		P (I 3)	Lima Pilar FCP yaitu cakupan skrining, vaksinasi, temuan lesi pra kanker, menurunkan advansif, menurunkan kematian	Percepatan peningkatan cakupan skrining kanker serviks pada WUS usia 30-50 tahun. Target Bucekas 6000 orang dan target tahun 2017 adalah 1,4 juta orang
		P (I 4)	PUS, pasien kontrol KB dan masyarakat yang datang sendiri	PUS sampai di atas 50 tahun

		P (I 5)	Meningkatkan cakupan skrining dan melaksanakan IVA. Masyarakat resiko tinggi dan pernah kontak seksual. Belum ada target skrining dan belum pernah dihitung tergantung masyarakat yang datang periksa	Meningkatkan jumlah cakupan skrining sesuai target FCP 6000 orang pada WUS dan pada masyarakat yang datang termasuk usia di atas 60 tahun.
		P (I 6)	Pada PUS bukan WUS pada organisasi masyarakat, majelis taklim, arisan RT, rakor kelurahan, rakor kecamatan. Jumlah PUS 26.242 orang	Sasaran sama saja dengan yang rutin pada wanita minimal satu tahun terakhir pernah IVA atau pap smear dan diatas usia 50 tahun. Mengikuti target FCP
2	Upaya meningkatkan cakupan	P (I 1)	Sosialisasi, pelatihan, promosi melalui kader	Tekhnis Dinkes DKI Jakarta dan FCP
		P (I 2)	Memfasilitasi pelatihan bagi tenaga medis Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan,	Koordinasi dan komunikasi dengan Puskesmas, FCP, Dinkes
		P (I 3)	Pelatihan, monitoring, supervisi, pendampingan petugas kesehatan Puskesmas	Kerjasama dengan dinkes, sudinkes, YKI, Puskesmas, IPKASI, POGI dan izin dari Kemenkes
		P (I 4)	Meningkatkan sosialisasi	Menggerakkan kader
		P (I 5)	Sosialisasi terus-menerus, rapat internal dan koordinasi Puskesmas	Ada target, penyebaran spanduk, informasi melalui radio, menggerakkan kader, pendekatan Lintas Sektor dengan Camat, Lirah, Ibu PKK, guru-guru
		P (I 6)	Meningkatkan informasi dan sosialisasi, meningkatkan peranan kader dan peranan unit pelayanan terkait	Pemasangan spanduk, informasi melalui radio dan peran aktif kader
3	Pola komunikasi	P (I 1)	Pusat dan propinsi dengan tatap muka dan telepon	Tekhnis Dinkes DKI da FCP
		P (I 2)	Percakapan langsung, telepon, diskusi, rakor PTM secara berkala	<i>Technical meeting</i> dengan Dinkes, FCP, Puskesmas Kecamatan
		P (I 3)	Baik dengan tim, Kepala Puskesmas	Intensif untuk persiapan Bucekas melibatkan organisasi dan instansi Pemerintah
		P (I 4)	Dengan tim melalau rapat dan diskusi	
		P (I 5)	Sesama tim dua arah dan Kepala Puskesmas	Sangat aktif dengan pihak sudin, Dinkes, FCP, Puskesmas Kelurahan
		P (I 6)	Sesama tim dan Kepala Puskesmas	Informasi dari Kepala Puskesmas, Sudin, FCP, Dinkes melalui rapat koordinasi, rapat tekhnis
4	Perencanaan Program	P (I 1)	Dibuat rutin per tahun untuk pengajuan anggaran	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Dibuat pengajuan anggaran pertahun	Dibuat oleh FCP dan menentukan Puskesmas yang akan terlibat dalam program Bucekas
		P (I 3)	Persiapan turun lapangan dengan pendekatan wilayah untuk	Pendekatan wilayah, pendekatan dengan Dinkes,



			pelatihan ke Puskesmas	Kemenkes, Puskesmas, YKI, Organisasi kesehatan terkait, Rumah sakit Budi Kemuliaan,
		P (I 4)	Pengajuan anggaran tahun berikutnya	Perencanaan khusus tidak ada
		P (I 5)	Pengajuan anggaran tahun berikutnya	Mengikuti petunjuk Dinkes, Sudin dan FCP
		P (I 6)	Pengajuan anggaran tahun berikutnya	Persiapan pelaksanaan Bucekas, pembiayaan untuk petugas medis dan kader disiapkan oleh FCP
5	Proses Pelaksanaan	P (I 1)	Melakukan pelatihan, TOT, monitoring evaluasi dan supervisi ke provinsi. Sudah dilakukan terhadap 17 Propinsi dan 182 Kabupaten secara bertahap. Kendala waktu pelaksanaan singkat	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Memfasilitasi peningkatan wawasan, pelatihan dan koordinasi bagi program PTM di Puskesmas	Koordinasi pelaksanaan Bucekas bersama dengan Dinkes, FCP dan menentukan Puskesmas yang terlibat Bucekas yaitu Puskesmas Kecamatan Setiabudi, Jagakarsa, Cilandak dan Pesanggrahan serta mempersiapkan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa sebagai tempat Launching Bucekas
		P (I 3)	Turun ke wilayah tergantung permintaan dan disesuaikan dengan anggaran. Kendala berupa harus tetap dimonitor dan supervisi	<i>Technical meeting</i> dengan Dinkes, Sudinkes, Puskesmas dan beberapadan launching 22 Desember 2011 rumah sakit
		P (I 4)	Tidak selalu rutin, skrining dilakukan pada saat pasien kontrol KIA KB. Jarang masyarakat yang datang untuk sengaja skrining	Pelayanan bersifat gratis dan tim FCP mendampingi pelaksanaan
		P (I 5)	Pelayanan IVA satu kali seminggu di poli IVA dan juga dilakukan pada pasien kontrol KIA KB. Kendala dokter dan bidan punya beban kerja dan kegiatan lain. Pasien yang dirujuk tidak terpantau	Pelaksanaan dibantu oleh tim FCP dan tenaga dari Puskesmas Kelurahan beserta kader. Petugas kesehatan dan kader memperoleh reward. IVA positif dapat di Kryoterapi di tempat
		P (I 6)	Pelayanan dua kali seminggu di poli IVA dan dapat dilakukan Kryoterapi. Kendala pengetahuan dan kesadaran masyarakat masih kurang.	Pelaksanaan tiga kali seminggu dibantu oleh tenaga Puskesmas kelurahan dan kader aktif. Kendala pelayanan ada disatu tempat dan butuh tenaga ekstra
6	Pelaksanaan Promosi	P (I 1)	Sosialisasi, brosur, pamflet, media koran dan radio	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Dilakukan di Puskesmas, Sudin menghimbau saat rakor PTM secara berkala	Dilakukan di Puskesmas

		P (I 3)	Memberikan suatu ide untuk promosi IVA	Promosi lewat media massa, radio, pemasangan spanduk, melibatkan kader
		P (I 4)	Saat periksa pasien, informasi di tempel di poliklinik, kerjasama dengan bagian promkes, informasi setiap jumat saat pertemuan dengan kelurahan	Promosi lewat media,radio, spanduk dan melalui kader dan guru
		P (I 5)	Bersama dengan kegiatan promkes saat turun lapangan	Sosialisasi, spanduk, informasi melalui radio dan kader
		P (I 6)	Sudah berjalan dan perlu peningkatan	Spanduk, radio, kader, petugas Puskesmas
7	Monitoring dan evaluasi	P (I 1)	Supervisi, laporan dari propinsi	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Supervisi, Pelaporan. Sistim pelaporan belum baik.	Laporan dari Puskesmas diteruskan ke Dinkes
		P (I 3)	Monitor ke Puskesmas dan meningkatkan jumlah Puskesmas yang dilatih	Laporan Bucekas setiap hari. Hambatan tidak semua pasien IVA positif di Kriyoterapi
		P (I 4)	Laporan rutin tiap bulan dari Pukesmas Kelurahan dan diteruskan ke Sudin	Laporan diserahkan ke Sudin
		P (I 5)	Laporan rutin tiap bulan dari Puskesmas Kelurahan dan diteruskan ke Sudin. Evaluasi dengan rakor	Laporan cakupan setiap hari ke Sudin. Evaluasi dengan rapat internal Kepala Puskesmas
		P (I 6)	Monitoring secara teratur dan berkala belum ada. Laporan rutin tiap bulan ke Sudin	Laporan setiap hari ke Sudin
8	Jejaring	P (I 1)	Ada dengan LSM, YKI, Profesi dan organisasi pemerhati kanker	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Belum ada jejaring. Kerjasama dengan FCP untuk pelatihan tenaga medis	Kerjasama dengan FCP dan YKI
		P (I 3)	Ada dengan IPKASI, POGI, YKI dan gereja	Kemenkes, IPKASI, POGI, YKI, RS Budi Kemuliaan, RS Darmas, PKK DKI, Dinkes, Sudin, Puskesmas
		P (I 4)	Ada dengan FCP	Dengan FCP
		P (I 5)	Belum ada	Dengan FCP
		P (I 6)	Majelis taklim	Dengan FCP
<b>III</b>	<b>SUMBER DAYA ORGANISASI</b>			
1	Dukungan pimpinan	P (I 1)	Dukungan dari Ditjen P2PI dan Menkes	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Dukungan dari Kepala sie PMKes, Kepala Sudin	Dukungan dari Kepala Sie PMKes, Kepala Sudin
		P (I 3)	Baik, dari Dekan FK UI	Baik, dari Dekan FK UI
		P (I 4)	Baik, dari Kepala Puskesmas	Baik, dari Kepala Puskesmas
		P (I 5)	Baik dari Kepala Puskesmas	Baik dari Kepala Puskesmas

		P (I 6)	Baik dari Kepala Puskesmas	Baik dari Kepala Puskesmas
2	Sumber dana	P (I 1)	APBN	Tekhnis Dinkes DKI dan fCP
		P (I 2)	APBD	FCP
		P (I 3)	Leiden University	Leiden University dan IPKASI
		P (I 4)	APBD	FCP
		P (I 5)	APBD	FCP
		P (I 6)	APBD	FCP
3	Mengelola keseimbangan dana	P (I 1)	Disesuaikan dengan prioritas	Tekhnis Dinkes DKI da FCP
		P (I 2)	Disesuaikan dengan DASK (Daftar Anggaran Satuan Kegiatan)	FCP
		P (I 3)	Diatur dengan baik	Memberikan reward kepada petugas kesehatan dan kader
		P (I 4)	Disesuaikan dengan DASK	FCP
		P (I 5)	Disesuaikan dengan DASK	FCP
		P (I 6)	Disesuaikan dengan DASK	FCP
4	Komitmen Birokrasi	P (I 1)	Ada melalui rapat koordinasi	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Tidak ada komitmen dari Dinkes	Ada dari Dinkes
		P (I 3)	Komunikasi ke Dinkes, Kemenkes	Ada dengan Kemenkes, Dinkes, Sudinkes, Puskesmas
		P (I 4)	Ada dari Kepala Puskesmas	Ada Mendukung Bucekas
		P (I 5)	Ada dari Kepala Puskesmas	Ada Mendukung Bucekas
		P (I 6)	Ada dari Kepala Puskesmas	Ada mendukung Bucekas
IV	<b>KARAKTERISTIK DAN KAPABILITAS ORGANISASI</b>			
1	Kemampuan petugas	P (I 1)	Sebagai pelatih TOT untuk propinsi	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Koordinir peningkatan kemampuan petugas Puskesmas	Petugas Puskesmas sudah dilatih sebelumnya oleh FCP
		P (I 3)	Belum mandiri, masih butuh pendamping dan SDM kurang	Ada pendamping FCP
		P (I 4)	Tenaga sudah terlatih untuk <i>trainer</i>	Baik sebagai pendamping Puskesmas
		P (I 5)	Sudah mandiri tanpa pendamping	Baik
		P (I 6)	Sudah mandiri tanpa pendamping	Baik dan terus meningkat
2	Membangun komitmen	P (I 1)	Komunikasi intensif dengan propinsi	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP

		P (I 2)	Rapat Koordinasi PTM	Rapat dengan Dinkes, FCP, Puskesmas
		P (I 3)	Kesepakatan menjalankan sasaran program	Pendekatan dengan Kemenkes, Dinkes, YKI, IPKASI, POGI, Inke Maris
		P (I 4)	Secara khusus tidak ada, hanya dengan melaksanakan tanggung jawab	Melaksanakan program Bucekas
		P (I 5)	Punya tanggung jawab	Komunikasi dengan tim
		P (I 6)	Komunikasi antar petugas	Komunikasi dengan Kepala Puskesmas dan petugas
3	Fungsi organisasi	P (I 1)	Pengendali penyakit kanker dan pembuat kebijakan di Indonesia	Memberikan dukungan kepada kegiatan Bucekas
		P (I 2)	Koordinator PTM untuk Puskesmas	
		P (I 3)	Sebagai stakeholder Pemerintah	FCP sebagai koordinatornya bersama IPKASI
		P (I 4)	Pemberi pelayanan skrining IVA	Pemberi pelayanan skrining IVA
		P (I 5)	Ujung tombak pelayanan IVA	Pelaksanaan skrining IVA
		P (I 6)	Pusat layanan deteksi dini kanker serviks	Pusat layanan skrining IVA
4	Hubungan dengan Stakeholder dan NGO	P (I 1)	Sudah dilakukan dengan FCP, YKI, LSM, organisasi profesi, organisasi pemerhati kanker	Rencana kegiatan Bucekas diberitahu oleh FCP dan menghadiri Launching Bucekas
		P (I 2)	Ada dengan FCP dan YKI	Ada dengan FCP dan YKI
		P (I 3)	Sudah dilakukan	Sudah dilakukan
		P (I 4)	Ada dengan FCP dan YKI	FCP
		P (I 5)	Ada dengan FCP. Organisasi lain tidak ada	FCP
		P (I 6)	Ada dengan mengikuti rakor tingkat Kelurahan dan Kecamatan	FCP, Kecamatan dan Kelurahan
5	Kualitas Pimpinan	P (I 1)	Baik	Tekhnis Dinkes DKI dan FCP
		P (I 2)	Baik. Memberi dukungan	Baik
		P (I 3)	Baik. Dukungan dari Dekan UI	Baik. Dukungan dari Dekan UI
		P (I 4)	Baik. Memberi dukungan.	Baik
		P (I 5)	Baik. Memberikan perhatian dan mendukung	Mendukung Bucekas
		P (I 6)	Baik. Mendukung program skrining	Baik dan mendukung

## 5.7 Program Sustainability

Peneliti juga menggali informasi mengenai bagaimana program *sustainability* menjadi hal yang perlu untuk dilakukan pasca Bucekas melalui tiga hal yaitu bagaimana mempertahankan manfaat program, meningkatkan kelembagaan dan *capacity building* dalam implementasi kebijakan skrining kanker serviks di Sudinkes Jaksel.

Adapun pembelajaran dari program Bucekas yang dapat diambil menurut informan sangat bervariasi, demikian kutipannya :

*“Ada. Seperti pendekatan dan sosialisasi kepada masyarakat, penggerakan masyarakat, kerjasama lintas program dan sektoral” S (I 2)*

*“Kita ada suatu akselerasi skrining, dengan begitu gerakan masyarakat akan lebih kelihatan, kesempatan kita untuk mengajak mitra dengan kemitraan, ada moment untuk meningkatkan awareness, meningkatkan skrining” Terus terang kemitraan itu penting banget ya. Kita bekerjasama dengan dinkes. Pasca Bucekas kita kembali seperti kegiatan rutin untuk meningkatkan kemampuan Pukesmas” S (I 3)*

*“Ya tentu saja ada. Menurut saya pelaksanaan program Bucekas itu baik ya. Apalagi sifatnya gratis yang mudah mengajak masyarakat untuk IVA. Dengan kerjasama lintas sektoral yang baik dapat meningkatkan cakupan dan semua pihak dapat bekerjasama” S (I 5)*

Pandangan terhadap perlu melakukan *Sustainability* pasca program Bucekas agar peningkatan cakupan skrining dan harus ada pertimbangan terhadap SDM diungkapkan oleh semua informan. Berikut kutipannya :

*“Saya rasa perlu ya. Setiap kegiatan yang hasil pencapaiannya baik perlu dijaga agar terus berlangsung, jadi tidak berhenti begitu saja dan ada peningkatan terus” S (I 1)*

*“Ya perlu sekali, agar kegiatan skrining dapat terus berjalan dan cakupan skrining terus meningkat hingga semua perempuan di wilayah jaksel dapat diskruining. Caranya bisa dengan meningkatkan sosialisasi, pendekatan ke masyarakat dan kader, peningkatan wawasan juga perlu. Rencananya tahun 2012. akan ada kegiatan pelatihan untuk Puskesmas dan kader. DiJakarta Barat sudah dimasukkan ke dalam ISO dan sudah menetapkan target WUS” S (I 2)*

*“Oh ya perlu. Saya rasa Supaya dapat terus meningkatkan cakupan skrining kanker serviks di Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan Jagakarsa. Caranya dengan terus melakukan sosialisasi dan promosi kesehatan tentang skrining kanker serviks, meningkatkan kerjasama lintas sektoral, menggabungkan kegiatan skrining kanker dalam hal promosi dan pendekatan ke masyarakat, meskipun anggaran terbatas” S (I 5).*

Penurunan cakupan skrining pasca Bucekas menurut informan disebabkan oleh promosi tidak segenar saat Bucekas, tidak ada promosi gratis, seperti dalam kutipan berikut :

*“Ya itu, pendamping dari FCP tidak ada, pendanaan juga kurang. Ada target, misalnya satu hari target 50 orang, pasca bucekas bisa 5 atau 6, kurangnya promosi. Saat Bucekas beberapa Puskesmas masih didampingi oleh FCP” S (I 2)*

*“Menurut saya karena promosinya sudah tidak segenar pada saat Bucekas mungkin” S (I 3)*

*“Kemungkinan karena promosi tidak sama pada waktu Bucekas berlangsung” S (I 4)*

*“Menurut saya karena tidak ada promosi gratisnya lagi ya. Masyarakat senang dengan hal-hal yang berbau gratis. Kemudian kurangnya penyebaran informasi tentang pemeriksaan IVA pasca Bucekas di puskesmas karena masyarakat lebih mengenal pemeriksaan pap smear” S (I 5)*

*“Pasca Bucekas cakupan memang menjadi turun, hal ini bisa saja disebabkan oleh kurang informasi secara menyeluruh, belum menjadi program prioritas bagi masyarakat dan kegiatan yang dilaksanakan bersama-sama / serentak lebih menarik perhatian masyarakat” S (I 6)*

Meningkatkan kelembagaan dapat dilakukan dengan memberikan citra yang positif dan kepercayaan masyarakat, keberhasilan program, memiliki sasaran program yang jelas. Berikut petikannya :

*“Ya dengan memberikan citra yang positif dan memberikan kinerja yang baik dapat meningkatkan kelembagaan organisasi. Melakukan pemantauan program ke propinsi dan pembinaan terus menerus. Kaitan dengan bucekas tanyakan ke unit teknis yang lebih paham” S (I 1)*

*“Sudinkes bisa meningkat citranya dengan menunjukkan keberhasilan yang dicapai pada tiap program termasuk program skrining kanker serviks. Peningkatan Monev juga akan sangat berpengaruh sekali” S (I 2)*

*“Bisa dengan mempunyai tujuan yang jelas, sasaran yang jelas, program yang jelas, hasil yang bisa diukur” S (I 4)*

Membangun *Capacity Building* dapat dilakukan dengan kekompakan, peningkatan wawasan dan skill petugas, kemitraan, sosialisasi menurut beberapa informan. Demikian kutipannya :

*“Membangun kekompakan dengan mempunyai komitmen yang sama untuk melaksanakan program saya kira akan lebih baik ya” S (I 1)*

*“Ya bisa melakukan sosialisasi, peningkatan wawasan petugas” S (I 2)*

*“Saya kira kerjasama dan kemitraan itu perlu ya dan juga komunikasi yang juga penting. Karena program skrining kanker adalah pekerjaan beramane” S (I 3)*

*“Tentu saja dengan terus meningkatkan kemampuan petugas dengan pelatihan-pelatihan. Pendapat saya yang bisa melaksanakan skrining IVA selain bidan dan dokter, juga perawat. Sehingga perlu perluasan pengetahuan dan kaderisasi” S (I 5)*

Selanjutnya, upaya dalam memenuhi anggaran bila tidak ada dukungan dana dalam program skrining belum ada karena tergantung anggaran dari APBN dan APBD. Demikian kutipannya :

*“Anggaran subdit kanker dari APBN. Mengenai dana dari pihak luar yang lebih paham adalah FCP karena mereka yang bekerjasama” S (I 1)*

*“Sejauh ini belum ada mencari dana dari pihak luar. Masih berdasarkan anggaran yang diajukan untuk pelaksanaan pelatihan dan peningkatan wawasan” S (I 2)*

*“Rencana memang akan turun bantuan dana dari Pertamina. Tapi sampai saat ini belum turun juga, mungkin masih dalam proses. Selain itu juga bila ada sponsor” S (I 3)*

*“Sementara ini belum ada pembicaraan mengenai hal itu. Anggaran masih melalui APBN tergantung perencanaan yang disetujui. Jadi banyak*

*perencanaan yang telah dibuat tidak disetujui karena mungkin saja keterbatasan anggaran. Saya juga bingung bagaimana ya caranya mencari dana untuk skrining. Mengharapkan anggaran APBD atau APBN kayaknya susah. Oh ya kenapa ga memanfaatkan ulang tahun Jakarta untuk lakukan skrining lagi ya. Baru terpikirkan sekarang nih” S (I 5)*

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan cakupan bila tidak ada dukungan dana antara lain dengan sosialisasi, promosi kesehatan, peningkatan kompetensi tenaga medis, supervisi, kemitraan, komunikasi dan pengajuan anggaran. Demikian kutipannya :

*“Meskipun tidak ada dukungan dana kan program tetap terus berjalan, namun pasti hasilnya tidak sepe)rti saat kita mendapatkan bantuan. Meningkatkan sosialisasi itu perlu sekali untuk menumbuhkan kesadaran masyarakat. Selain itu juga peran dinkes sangatlah penting sebagai pengambil kebijakan di lingkup Pemda DKI. Kita bisa duduk bersama dengan wilayah lain untuk berbagi pandangan dan pengalaman bahkan solusi” S(I 2)*

*“Mungkin bisa dengan kemitraan dan komunikasi yang baik dengan Pemerintah dan organisasi lain. Karena itu penting sekali selain itu juga melatih Puskesmas hingga bisa mandiri” S (I 3)*

*“Pendapat saya, pelaksanaan skrining sebaiknya tetap terus berlangsung dengan terus melakukan sosialisasi dan bergabung dengan kegiatan program lain. Ya itu tadi kerjasama lintas sektoral penting sekali” S (I 5)*

Pandangan perlunya integrasi program dalam pelaksanaan skrining kanker adalah perlu dan sudah dilaksanakan sebelumnya, seperti dalam kutipan berikut :

*“Menurut saya perlu dilakukan dengan program lain seperti pada pemeriksaan KB dan IMS. Kita sedang rintis agar dilakukan seperti itu” S (I 1)*

*“Ya itu baik, artinya bekerjasama dengan program lain kan. Misalnya saja dengan seksi kesmas kita bisa ikut program dia sebenarnya saat sedang turun lapangan. Promkes harus dilibatkan, di Puskesmas sangat melibatkan promkes. Seharusnya dari Dinasnya juga gencar melakukan ini jadi kita tidak bekerja terkotak-kotak” S (I 2)*

*“Selama ini kami sudah melakukan integrasi dengan bagian promkes. Ikut dalam kegiatan penyuluhan di Kelurahan atau Kecamatan” S (I 4)*



*“Ya perlu dengan melakukan integrasi internal yakni dukungan unit lain dalam meningkatkan cakupan dan integrasi Eksternal yakni meningkatkan penanganan rujukan” S (I 6)*

Dukungan secara legitimasi hukum dalam bentuk perda terhadap program skrining belum diperlukan dan sudah cukup melalui peraturan Kepmenkes saja. Seperti berikut kutipannya :

*“Bila sudah masuk diorganisasi dinas kesehatan otomatis harus dilakukan dan merupakan suatu hal yang wajib dilakukan, jadi tidak perlu lagi diperkuat dengan adanya perda. Sudah cukup dengan permenkes, berbeda dengan perda rokok yang dikelola oleh pemerintah daerah” S (I 1)*

Namun Informan lain mengungkapkan perlu adanya peraturan dalam bentuk perda sehingga dapat menjadi menjadi program prioritas. Berikut kuitpanya :

*“Saya rasa perlu, karena banyaknya wanita yang meninggal karena kanker serviks jadi ya perlu diatur untuk kedepannya melihat masa berkembangnya penyakit butuh waktu lama sekitar 10 tahun kemudian. Cuma karena program nya belum terlalu membooming sekali jadi agak susah juga ya” S (I 2)*

*“Asal jangan menjebak juga. Artinya begini, hal itu perlu ya tapi jangan menjebak dan dipersulit. Misalnya bila bidan ingin melakukan skrining harus ada sertifikasi. Perlu, tapi ayo yang mudah jangan dipersulit, begitu” S (I 3)*

*“Perlu jugalah, tergantung juga kebijakan yang diambil oleh pimpinan di atas. Jadi bila ada peraturan mungkin orang jadi mau diskriming” S (I 4)*

*“Oya, mungkin perlu. Sepertinya pernah ada wacana dari dinkes untuk membuat perda mengenai peraturan biaya skrining IVA. Karena masih belum sama di tiap Puskesmas antara Rp. 5000 sampai Rp. 7000” S (I 5)*

*“Ya perlu, supaya program ini menjadi salah satu program yang prioritas dengan rujukan menurunkan angka kematian wanita/ibu” S (I 6)*

Harapan terhadap program skrining kanker serviks dari beberapa informan diungkapkan bahwa program dapat berkembang diseluruh propinsi Indonesia, seperti dalam kutipan berikut :

*“Harapan saya agar propinsi dapat terus meningkatkan pelaksanaan program secara lebih baik lagi dan seluruh propinsi di Indonesia dapat*

*melaksanakan program skrining kanker serviks tidak hanya di 18 propinsi dan 182 kabupaten” S (I 1)*

*“Saya berharap dari perhatian dari Dinas tidak berkurang setelah pasca Bucekas, karena kebijakan dan regulator adanya di Dinas. Dinas maunya gencar dalam monitoring pasca Bucekas. Rencana akan dilakukan supervisi pada Puskesmas pada bulan April ternyata belum juga terlaksana dari FCP” S (I 2)*

*“Program berjalan lancar dan dapat mencapai target sehingga dapat menurunkan angka kematian wanita. Rencananya saya akan memasukkan skrining kanker IVA ke dalam Gugus Kendali Mutu dan Kepala Puskesmas sudah menyetujuinya” S (I 6)*

*“Harapan sih agar seluruh Puskesmas dapat dilatih skrining IVA dan dapat memiliki fasilitas kriyoterapi yang saat ini jumlahnya masih sedikit. Kemudian dapat terus bermitra dengan pemerintah dan organisasi lainnya” S (I 3)*

*“Harapan saya, peningkatan kerjasama lintas sektoral itu perlu dalam pelaksanaan skrining kanker serviks. Kemudian pengembangan program dengan perencanaan yang dibuat dapat disetujui. Ya begitu saya rasa” S (I 5)*

Terkait dengan upaya program *sustainability* menurut beberapa informan dapat peneliti sajikan secara lebih ringkas dalam bentuk matriks berikut ini :

TABEL 5.5 : MATRIKS PROGRAM SUSTAINABILITY PASCA BUCEKAS

No	Substansi	Kode Informan					
		S (I 1)	S (I 2)	S (I 3)	S (I 4)	S (I 5)	S (I 6)
1	Pembelajaran ( <i>lesson learned</i> )	Mungkin ada. Lebih rinci ada di Propinsi DKI Jakarta	Pendekatan, sosialisasi masyarakat, pergerakan masyarakat, kerjasama lintas program dan sektoral	Gerakan masyarakat ada, kemitraan, kesadaran masyarakat	Cakupan skrining meningkat	Peningkatan kesadaran masyarakat, kerjasama lintas sektoral dan semua pihak	Kerjasama
2	Perlu Sustainability	Perlu pada kegiatan yang pencapaian baik dengan sosialisasi, advokasi, peningkatan pengetahuan dan keahlian	Perlu untuk peningkatan cakupan dengan cara sosialisasi, pendekatan masyarakat, kader, peningkatan wawasan	Perlu, menjadikan bulan April sebagai Bulan Cegah Kanker Serviks Indonesia	Perlu dengan peningkatan jumlah SDM	Perlu. Peningkatan cakupan dengan sosialisasi dan promkes terus menerus, pendekatan masyarakat, kerjasama lintas sektoral, integrasi	Perlu, tiap Puskesmas mengadakan layanan deteksi dini kanker serviks
3	Penyebab turunnya cakupan skrining	Kurang tahu, informasi ada di Dinkes DKI Jakarta	Pendamping tidak ada dari FCP di Puskesmas yang belum mandiri, tidak ada target, kurangnya promosi	Promosi tidak seaktif Bucekas	Promosi tidak sama dengan Bucekas	Tidak ada promosi gratis, kurangnya penyebaran informasi pasca Bucekas	Kurangnya informasi secara menyeluruh, belum menjadi program prioritas bagi masyarakat, kegiatan dilakukan serentak menarik masyarakat
4	Peningkatan kelembagaan	Citra positif dan kinerja yang baik, pemantauan program ke propinsi dan pembinaan	Pencapaian keberhasilan program skrining kanker serviks dan monev	Mempunyai tujuan, program dan sasaran yang jelas dan hasil yang bisa diukur	Berhasil melaksanakan program	Meningkatkan kepercayaan masyarakat dan pelayanan bermutu	Meningkatkan koordinasi dengan lintas sektoral, toma, advokasi, informasi dan sosialisasi

5	Peningkatan <i>capacity building</i>	Membangun kekompakan, punya komitmen yang sama	Sosialisasi, Peningkatan kemampuan dan wawasan petugas	Peningkatan kerjasama kemitraan, komunikasi	Peningkatan wawasan dan <i>skill</i> petugas melalui seminar dan pelatihan	Meningkatkan kemampuan petugas dengan pelatihan	Pertemuan rutin, meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan monitoring program
6	Upaya memenuhi anggaran bila dukungan dana dihentikan	Belum ada. Anggaran berasal dari APBN.	Belum ada mencari dana pihak luar dan berdasarkan anggaran APBD	Anggaran dari donatur misalnya dari Pertamina yang belum turun	Belum ada. Anggaran rutin Puskesmas	Belum ada. Anggaran rutin Puskesmas	Pengajuan anggaran program tahun berikutnya
7	Upaya meningkatkan cakupan bila bantuan dihentikan	Sosialisasi, promkes, peningkatan kompetensi tenaga medis, supervisi ke provinsi	Program tetap jalan. Peningkatan sosialisasi ke masyarakat untuk meningkatkan kesadaran	Peningkatan kemitraan dan komunikasi dengan Pemerintah dan organisasi lain	Sosialisasi, pendekatan ke masyarakat, peningkatan keadaran masyarakat	Peningkatan sosialisasi terus menerus, bergabung dengan kegiatan program lain, kerjasama lintas sektoral	Pengajuan anggaran program tahun berikutnya
8	Perlunya integrasi program	Perlu. Pada program KB dan IMS Sedang dirintis program integrasi	Perlu kerjasama dengan program lain	Integrasi dengan PTM lainnya	Sudah dilakukan dengan bagian promkes	Perlu. Sudah dilakukan dalam kegiatan promkes	Perlu. Integrasi internal dukungan unit lain dan eksternal penanganan rujukan
9	Perlu dukungan legitimasi hukum dalam bentuk Perda	Tidak perlu. Sudah cukup dengan Kepmenkes yang harus dijalankan di tingkat propinsi	Perlu ada aturannya tapi program belum booming	Perlu. Tergantung kebijakan yang diambil. Peraturan akan buat orang mau diskriming	Perlu tetapi tidak untuk mempersulit	Perlu. Wacana sudah ada peraturan biaya skrining	Perlu agar menjadi program prioritas
10	Harapan terhadap program skrining kanker serviks	Propinsi dapat terus meningkatkan pelaksanaan program dan dapat mencakup seluruh Indonesia	Perhatian dari Dinkes tidak berkurang pasca Bucekas, karena kebijakan dan regulator adanya di Dinkes	Dapat memberikan pelatihan kepada seluruh Puskesmas dan mempunyai alat Kryoterapi yang jumlahnya terbatas	Peningkatan kerjasama tergantung kebijakan pimpinan	Peningkatan kerjasama lintas sektoral, pengembangan program skrining kanker	Program berjalan lancar dan mencapai target dan memasukan dalam Gugus Kendali Mutu

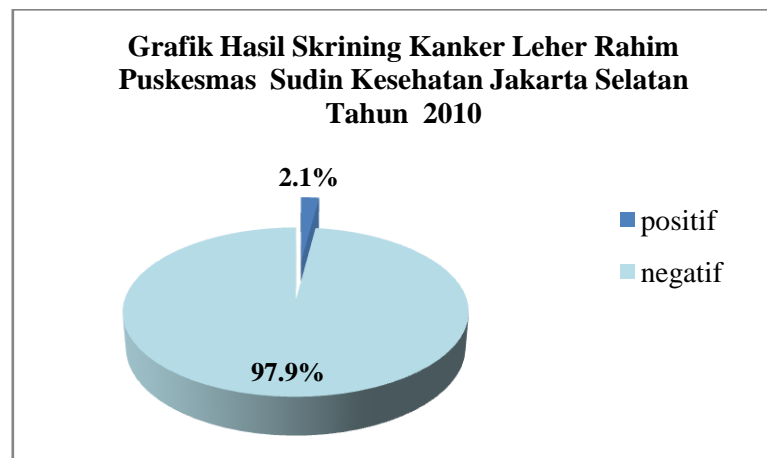
## 5.8 Dokumen Resmi Kebijakan

Dokumen resmi kebijakan secara teknis yang digunakan sebagai landasan hukum dalam pelaksanaan program skrining kanker serviks di Indonesia adalah :

- a. Kepmenkes RI Nomor : 430 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker
- b. Kepmenkes RI Nomor : 796 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Serviks
- c. Buku Pedoman Skrining Kanker Leher Rahim dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA)

Laporan pencapaian cakupan skrining kanker serviks di Sudinkes Jaksel tahun 2010 menggambarkan hasil skrining kanker leher rahim terhadap wanita usia subur (WUS) di seluruh puskesmas wilayah kota administrasi Jakarta Selatan, ditemukan dari 775 pasien yang dilakukan skrining melalui IVA test dan pap smear yang hasilnya positif 16 pasien atau 2,1% seperti dalam grafik berikut :

Grafik 5.1 :



Sumber : Laporan tahunan Sie PTM Sudinkes Jaksel 2011

Adapun pencapaian cakupan skrining kanker serviks pada Puskesmas Kecamatan yang terlibat di dalam program skrining *Pilot Project* Bucekas pasca kegiatan Bucekas dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.6 :

Tabel Pencapaian Cakupan Skrining Kanker Serviks  
di Tiga Puskesmas Kecamatan di Jakarta Selatan Tahun 2012

No	Nama Puskesmas	Januari				Februari				Maret			
		IVA		Pap Smear		IVA		Pap Smear		IVA		Pap Smear	
		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
1	Puskesmas Kecamatan Setiabudi	1	60	0	14	0	14	0	15	0	65	0	0
	Jumlah	<b>75</b>				<b>29</b>				<b>65</b>			
2	Puskesmas Kecamatan Jagakarsa	3	191	0	0	0	64	0	0	2	14	0	0
	Jumlah	<b>194</b>				<b>64</b>				<b>16</b>			
3	Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan	15	217	0	0	7	64	0	0	2	53	0	0
	Jumlah	<b>232</b>				<b>71</b>				<b>55</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>501</b>				<b>164</b>				<b>136</b>			

Sumber : Laporan Bulanan Sie PTM Sudinkes Jaksel Tahun 2012

Dari Tabel 5.6 diatas dapat disimpulkan bahwa terjadi trend penurunan cakupan skrining kanker serviks pasca Program Bucekas setiap bulannya sejak bulan Januari sampai dengan Maret 2012.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Analisis Kebijakan Pengendalian Kanker Serviks**

##### **6.1.1 Konten Kebijakan**

Secara umum landasan hukum kebijakan merupakan serangkaian peraturan yang mengikat seseorang di dalam melakukan implementasi kebijakan tertentu untuk mencapai tujuan tertentu dari kebijakan yang telah diterbitkan oleh Pemerintah. Begitu pula halnya dengan kebijakan yang telah dikeluarkan berupa Kepmenkes oleh Menteri Kesehatan mempunyai kekuatan hukum yang mengikat dan sah secara hukum. Menurut hirarki perundang-undangan, Keputusan Menteri adalah termasuk norma hukum yang berada di bawah Keputusan Presiden berdasarkan Ketetapan MPRS No XX Tahun 1966 tentang Memorandum DPRGR mengenai Sumber Tertib Hukum Republik Indonesia dan Tata Urutan Peraturan Perundangan Republik Indonesia (Faridah I.S, 2007). Dalam kaitannya dengan pelaksanaan program skrining kanker serviks di Indonesia, landasan hukum kebijakan yang digunakan adalah Kepmenkes Nomor 430 tahun 2007 tentang Pedoman Pengendalian Kanker dan Kepmenkes Nomor 796 tahun 2010 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.

Konten kebijakan Kepmenkes Nomor 430 tahun 2007 menguraikan tentang Pedoman Pengendalian Kanker yang terdiri dari tujuan, kebijakan, strategi, pokok-pokok kegiatan dan pengelolaan. Pokok-pokok kegiatan penting yang diatur berupa pencegahan dan penanggulangan faktor resiko, peningkatan imunisasi, penemuan dan tatalaksana penderita, surveilans epidemiologi penyakit kanker, dan peningkatan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE). Sedangkan pengelolaan yang dimaksud adalah berupa perencanaan dalam analisa situasi, identifikasi dan menetapkan masalah prioritas, menetapkan tujuan untuk mengatasi masalah, menetapkan alternatif pemecahan masalah, menyusun rencana kegiatan dan penganggaran. Pengorganisasian dilakukan dari tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota,

unit pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, klinik dan praktek swasta, kemudian melibatkan organisasi profesi, LSM dan organisasi masyarakat peduli kanker dan akademisi atau perguruan tinggi. Selain mengatur tentang perencanaan dan pengorganisasian, juga mengatur pergerakan masyarakat seperti stakeholder dan pelaksanaan monitoring dan evaluasi.

Selanjutnya, di dalam Kepmenkes Nomor 796 tahun 2010 diuraikan dengan sangat jelas pedoman teknis pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim yang menggunakan pedoman WHO sebagai referensi dan disesuaikan dengan kondisi Indonesia. Payung hukum dalam bekerja merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui oleh seluruh petugas kesehatan yang bekerja di dalam bidangnya, termasuk payung hukum dalam bentuk kebijakan yang berkaitan dengan pelaksanaan program skrining kanker serviks. Dengan adanya Kepmenkes Nomor 430 tahun 2007 dan Kepmenkes Nomor 796 tahun 2010 menunjukkan bahwa pelaksanaan program skrining kanker serviks merupakan bentuk dari implementasi kebijakan kesehatan dan memiliki dasar yang kuat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa informan belum mengetahui adanya Kepmenkes yang berkaitan dengan pelaksanaan skrining kanker serviks. Padahal hal tersebut sangatlah penting sebagai payung hukum dalam bekerja. Pengetahuan mengenai kebijakan yang berkaitan dengan lahan pekerjaan yang menjadi tanggung jawab masing-masing sebagai pelaksana kebijakan adalah perlu untuk ditingkatkan. Sosialisasi kembali mengenai Kepmenkes tersebut sepertinya dibutuhkan kembali bagi pelaksana program baik tingkat Sudinkes dan Puskesmas termasuk juga pemahaman kenapa sebenarnya kebijakan dikeluarkan oleh *policy maker*.

### **6.1.2 Aktor Kebijakan**

Implementasi suatu kebijakan akan melibatkan berbagai macam aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang dilakukan agar kebijakan yang telah ditetapkan mempunyai akibat yaitu tercapainya tujuan kebijakan, sehingga kebijakan yang diimplementasikan belum tentu dapat mencapai tujuannya (Kusumanegara, 2010). Pelaksanaan program skrining kanker



serviks di DKI Jakarta baik yang rutin maupun program Bucekas melibatkan berbagai macam aktor dari tingkat Kementerian Kesehatan dalam hal ini Subdit Kanker, Dinas Kesehatan, Sudinkes, Puskesmas, stakeholder dan organisasi profesi dengan peran dan fungsi lembaganya masing-masing. Demikian peran para aktor dalam memberikan dukungan terhadap implementasi kebijakan merupakan hal yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program skrining kanker.

### **6.1.3 Konteks Kebijakan**

Sistim desentralisasi dalam pemerintahan memberikan makna bahwa adanya pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan pemerintah pusat ke pemerintah daerah sehingga daerah memiliki wewenang untuk menentukan sendiri program serta pengalokasian dana di daerahnya (Adisasmito, 2008). Peneliti mengkaitkan konteks kebijakan pengendalian kanker serviks dengan sistim desentralisasi yang dianut oleh Indonesia. Seperti dalam kegiatan program skrining kanker serviks pada Pilot Project Bucekas. Merupakan wewenang Pemerintah DKI Jakarta dalam hal ini Dinas Kesehatan untuk menerima program tersebut melalui stakeholder FCP/FKUI yang mendapat dukungan dana dari Leiden University. Hasil penelitian memberikan pandangan bahwa meskipun masing-masing wilayah di DKI Jakarta diberikan kewenangan untuk melaksanakan programnya-masing, namun peran Dinas Kesehatan tidaklah terlepas untuk memonitoring pencapaian program tiap wilayah dan memberikan solusi terhadap hambatan yang ada.

### **6.1.4 Proses Kebijakan**

Menurut Water William dalam Jones (1991) yang dikutip oleh Nawawi (2009) menyebutkan bahwa sebuah program berisi tindakan yang ditetapkan oleh pemerintah dalam rangka mencapai sasaran yang telah ditetapkan dan masalah yang paling penting dalam implementasi kebijakan adalah memindahkan suatu keputusan ke dalam kegiatan dengan cara tertentu (Nawawi, 2009). Proses kebijakan erat kaitannya dengan pelaksanaan kebijakan itu sendiri yakni pelaksanaan program skrining kanker serviks yang memerlukan upaya pengembangan program skrining kanker serviks melalui sosialisasi, advokasi,

negosiasi, pelatihan petugas dan kader. Penelitian terhadap faktor sosial kesehatan dalam proses kebijakan menunjukkan bahwa dibutuhkan pendekatan secara tradisional untuk membuat kebijakan (Exworthy, 2008).

## **6.2 Faktor Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Skrining Kanker Serviks**

### **6.2.1 Kondisi Lingkungan**

Pengaruh kondisi lingkungan dalam implementasi kebijakan pada program skrining rutin kanker serviks dan Pilot Project Bucekas jelas sekali tampak perbedaannya dari alasan yang melatarbelakangi pelaksanaan program tersebut. Pada Program Bucekas karena mempunyai tujuan untuk melakukan percepatan dalam meningkatkan cakupan skrining kanker serviks di DKI Jakarta yang diberikan gratis kepada masyarakat sehingga membuat masyarakat tertarik untuk ikut serta meskipun sebenarnya sebelum dilakukan program Bucekas biaya yang dipungut sudah sangat murah, yakni Rp. 5000. Namun tidak juga membuat masyarakat tertarik untuk datang melakukan skrining kanker serviks. Budaya yang tumbuh dan berkembang di masyarakat adalah bila ada iming-iming gratis seperti ini akan lebih membooming dan tanpa paksaan akan datang dengan sendirinya ke tempat pelayanan IVA di Puskesmas.

Pengaruh pemberian pelayanan kesehatan secara gratis dan promosi kesehatan yang sangat aktif baik oleh pelaksana program maupun stakeholder seperti kader membuat program Bucekas mengena di masyarakat sehingga membuat masyarakat mempunyai antusias yang sangat tinggi untuk datang skrining kanker serviks. Outputnya adalah hasil cakupan skrining yang meningkat sangat tajam.

Penyediaan fasilitas dalam bentuk peralatan dan reward untuk kegiatan Bucekas telah disupport oleh FCP/FKUI yang posisinya adalah stakeholder Pemerintah. Dalam kegiatan tersebut FCP/FKUI memperoleh dana dari Leiden University yang juga telah pernah ikut mendanai program *see and treat* skrining kanker serviks di Bali dan Tasikmalaya pada

tahun 2004. Negara Indonesia banyak menerima bantuan dari luar untuk beberapa program kesehatan yang telah berlangsung lama melalui Global Fund seperti program HIV/AIDS, TBC dan Malaria.

Selain itu juga hal yang nyata sekali perbedaannya program Bucekas dengan pelaksanaan skrining rutin adalah keterlibatan semua pemegang program baik dari level Dinas Kesehatan, Sudinkes dan Puskesmas hingga ke masyarakat termasuk kader dan juga lintas sektor seperti anggota PKK DKI Jakarta, Kecamatan dan Kelurahan, Pendidikan. Semua dapat bekerjasama dan berinteraksi untuk mencapai program yang ditargetkan dalam waktu singkat. Memang peran stakeholder sangatlah menentukan sebagai penyeimbang dan kontrol terhadap kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah (Adisasmito, 2008), seperti FCP/FKUI bersama organisasi profesi lainnya yang berkaitan dengan pelaksanaan program Bucekas. Sedangkan pengaruh faktor politik, ekonomi sosial budaya tidak menunjukkan perbedaan yang berarti antara program rutin dan Bucekas.

### **6.2.2 Hubungan Antar Organisasi**

Adanya sasaran program berupa target, perencanaan yang jelas, terorganisir, peningkatan monitoring evaluasi, dan jejaring dengan pemerintah beserta organisasi lain pada program Bucekas membuat semua pihak yang terlibat menjadi terpacu dan meningkatkan kerjasama dan komunikasi baik lintas program dan lintas sektoral dalam upaya meningkatkan cakupan demi tercapainya sasaran program.

Penentuan target populasi menjadi hal yang masih simpang siur, apakah menggunakan target (Pasangan Usia Subur) atau WUS (Wanita Usia Subur), karena merupakan hal yang sangat berbeda sekali. Di dalam ketentuan Kepmenkes yang digunakan adalah WUS dan pedoman WHO adalah WUS. Untuk menanggapi hal ini tentunya bisa dibuat kesepakatan atau Standar Operasional Prosedur dengan duduk bersama dengan Dinas Kesehatan sebagai pengambil kebijakan kesehatan di lingkup Pemda DKI Jakarta, sehingga tidak terjadi kesimpang siuran dan memiliki standar yang sama.

Hal yang tak kalah pentingnya juga adalah selain dalam proses pelaksanaannya tidak dipungut biaya, peningkatan promosi kesehatan memberikan pengaruh yang besar sekali dalam keberhasilan program Bucekas. Perluasan informasi melalui media massa, radio, spanduk, TOMA dan penggerakan kader secara aktif dengan memberikan reward yang jelas kepada kader sangat mempengaruhi pelaksanaan program Bucekas dalam meningkatkan cakupan skrining kanker serviks.

Namun disamping peningkatan jumlah cakupan yang diharapkan, ada hal penting juga yang harus dipertimbangkan menurut penelitian terhadap warga Colombo bahwa peningkatan jumlah cakupan skrining kanker serviks belum tentu dapat menurunkan angka kematian kanker serviks bila hasil abnormal skrining tidak ditindaklanjuti dan diobati dengan baik terlebih bila tidak ada perlindungan asuransi kesehatan bagi penderita (Hoz-Restrepo, 2010).

Hal yang menjadi hambatan saat monitoring dan evaluasi program Bucekas adalah keterbatasan alat Kryoterapi di Puskesmas. Sangat disayangkan banyak pasien yang terlewatkan untuk dilakukan tindakan Kryoterapi. Padahal tindakan Kryoterapi telah dianggap sederhana, mudah, aman, efektif, dapat diterima dan layak dilakukan untuk pengobatan pre kanker menurut penelitian yang dilakukan oleh ACCP di beberapa negara yang sedang berkembang (Jacoba, 2005)

### **6.2.3 Sumber Daya Organisasi**

Dalam hubungannya dengan dukungan pimpinan sepertinya tidak ada masalah terhadap implementasi kebijakan kanker serviks baik terhadap program rutin dan Bucekas. Tampak adanya komitmen birokrasi yang tinggi terhadap keberhasilan program Bucekas dengan dapat melakukan koordinasi yang matang sampai level bawah. Sumber dana program Bucekas mendapat dukungan penuh dari FCP/FKUI dan program skrining rutin berasal dari APBN dan APBD. Begitu pula dengan pengelolaannya semua telah diatur oleh FCP/FKUI.

Pada program Bucekas ada perbedaan yang juga nyata yakni kerjasama yang baik sesama tim dan koordinasi yang cukup tinggi dapat menghasilkan target sesuai harapan. Namun permasalahan yang masih ada di tingkat Puskesmas adalah keterbatasan tenaga dan beban kerja yang cukup banyak, sehingga masih menjadi penghalang dalam pelaksanaan program skrining rutin.

#### **6.2.4 Karakteristik dan Kapabilitas Instansi**

Bila dilihat dari sisi kemampuan petugas adalah sama saja saat program rutin dan Bucekas, hanya saja masih perlu peningkatan dalam hal pendampingan dari FCP/FKUI, karena belum semua tenaga medis merasa mahir terhadap hasil skrining IVA. Dalam konteks membangun komitmen, tidak ada hal yang spesifik perbedaannya, karena masing-masing merasa mempunyai tanggung jawab terhadap pekerjaannya. Begitu pula dengan fungsi instansi yang berbeda tergantung dari tugas dan tanggung jawab masing-masing instansi. Hubungannya dengan stakeholder dan organisasi lainnya sangat jelas posisi FCP/FKUI lebih banyak melakukan koordinasi dengan organisasi lainnya. Bila dipandang dari segi kualitas pimpinan tidak ada perbedaan yang khusus.

### **6.3 Program Sustainability**

Keberhasilan dalam mencapai tujuan suatu program sekiranya dapat diambil manfaat program tersebut agar dapat terus berlangsung dan semakin ditingkatkan sehingga dapat mencapai hasil yang maksimal seperti manfaat yang dapat diambil dari program Bucekas yang bisa dipertahankan untuk menjalankan program rutin skrining kanker serviks.

Terjadinya penurunan cakupan skrining pasca program Bucekas bisa dijadikan tolak ukur agar mempertimbangkan hal yang sebaiknya dilakukan demi menjaga keberlangsungan program. Perencanaan program melalui manajemen strategis dapat digunakan. Manajemen strategis membantu suatu organisasi merumuskan strategi yang lebih baik melalui

penggunaan pendekatan terhadap pilihan strategi yang lebih sistematis, logis dan rasional melalui komunikasi yang melibatkan pimpinan dan karyawan berkomitmen untuk mendukung organisasi dan melakukan pemberdayaan terhadap karyawan dengan melibatkannya dalam pengambilan keputusan (David, 2009). Belum adanya komitmen bersama terhadap apa yang dapat dilakukan untuk menjaga keberlangsungan program skrining kanker serviks. Oleh karena itu diperlukan perhatian dari para *policy maker* terhadap upaya apa yang dapat dilakukan dengan melibatkan seluruh instansi terkait bahkan masyarakat termasuk kader.

Peningkatan kelembagaan dan *capacity building* merupakan salah satu cara dalam menjaga program sustainability skrining kanker serviks di wilayah Sudinkes Jakesel khususnya dan Pemda DKI Jakarta pada umumnya dengan meningkat kerjasama lintas program yang terintegrasi dan lintas sektoral meskipun tidak ada dukungan dana dari pihak luar program kesehatan tetap terus berlangsung dan kita harus duduk bersama mencari cara yang dapat dilakukan dengan tidak hanya bergantung kepada pengajuan anggaran yang disetujui ataupun tidak. Hal tersebut bisa kita lakukan bila ada komitmen birokrasi untuk mamajukan program skrining kanker serviks.

Dalam kaitannya dengan dukungan secara legitimasi hukum berupa Peraturan Daerah terhadap pengendalian kanker serviks di DKI Jakarta perlu kajian lebih lanjut akan hal ini. Karena belum dianggap sebagai program prioritaslah makanya pengendalian kanker serviks mengalami perlambatan di Indonesia. Lain halnya dengan program HIV/AIDS, TBC, dan Malaria yang merupakan prioritas program kesehatan baik dalam tingkat nasional dan internasional dengan adanya peran Global Fund di Indonesia. Misalnya telah ada pengajuan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dalam bentuk peraturan daerah, sejak masuknya HIV/AIDS ke Indonesia pada tahun 1987 banyak pihak telah menyadari perlunya memasukkan aspek hukum dan hak asasi manusia dalam upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Berhubung pengaturan tentang HIV dan AIDS tidak ditemukan dalam UU, Perpu, PP, Kepres, Perda, usaha untuk membuat peraturan tentang

HIV dan AIDS mulai digagas melalui pertemuan dan diskusi-diskusi formal maupun non formal. (Surjadjaja, 2008).

Jadi dari hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa belum ada program *sustainability* secara khusus terhadap program skrining kanker di Sudinkes Jaksel, karena untuk membuat program *sustainability* diperlukan komitmen bersama dengan Dinkes terhadap apa yang harus dilakukan kedepannya sehingga dapat menghasilkan bentuk kebijakan baru.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks pada program skrining rutin dan *Pilot Project* Bucekas di Sudinkes Jaksel menunjukkan adanya beberapa perbedaan dilihat dari empat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu Kondisi Lingkungan, Hubungan Antar Organisasi, Sumber Daya Organisasi, Karakteristik dan Kapabilitas Instansi. Namun dari perbedaan yang ada, pembelajaran yang dapat diambil agar pelaksanaan program skrining rutin kanker serviks di lingkup kerja Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan adalah pelaksanaan *Pilot Project* program Bucekas tampak lebih terorganisir dalam hal perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi, semua pihak dapat bekerjasama dan mempunyai komitmen birokrasi yang tinggi satu sama lain baik dari pihak Pemerintah Pusat, Pemerintah Pusat, Stakeholder, Non Governmental Organization maupun masyarakat.

Penguatan terhadap komitmen birokrasi, peran stakeholder, kerjasama lintas program dan sektoral, fungsi manajemen, promosi kesehatan, jejaring dan ketersediaan dana menjadikan *Pilot Project* Bucekas lebih berhasil dibandingkan dengan program skrining rutin dalam meningkatkan cakupan skrining kanker serviks dan belum adanya program *sustainability* yang matang terhadap program skrining rutin kanker serviks. Pembelajaran dari program *Pilot Project* Bucekas dapat menjadi landasan kebijakan yang akan diambil oleh *policy maker* di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.

Adapun saran yang dapat diberikan dalam kajian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Pemerintah Pusat yaitu :
  - a. Meningkatkan peran dalam memperluas kemitraan kepada para stakeholder sebagai perpanjangan tangan terhadap implementasi kebijakan pengendalian kanker serviks di Indonesia dan mendukung pelaksanaan kebijakan di setiap daerah.



- b. Menggaungkan kembali kebijakan pengendalian kanker serviks kepada Pemerintah Daerah sehingga mudah dikenal dan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya melakukan deteksi dini kanker serviks
- c. Menjadikan program skrining kanker serviks sebagai program prioritas sehingga dapat menjadi perhatian bagi para pengambil kebijakan di Indonesia

2. Bagi Dinas Kesehatan DKI Jakarta yaitu :

- a. Perlunya mensosialisasikan kembali landasan hukum kebijakan pengendalian kanker serviks dan meningkatkan komitmen birokrasi, monitoring dan evaluasi program, kemitraan dengan lintas sektor dan stakeholder dalam pelaksanaan program skrining kanker serviks sebagai *policy maker* di lingkup Pemda DKI Jakarta
- b. Perlunya membuat program *sustainability* bagi program skrining kanker serviks pasca Bulan Cegah Kanker Serviks di DKI Jakarta agar dapat meningkatkan cakupan secara lebih terorganisir dan memiliki komitmen yang tinggi dalam upaya meningkatkan cakupan dan penanganan lesi pra kanker serta sistim monitoring dan evaluasi

3. Bagi Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan yaitu :

- a. Dapat meningkatkan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam pelaksanaan program skrining kanker serviks dan mendukung peran fungsi kader sebagai stakeholder dengan mengupayakan penghargaan kepada kader dalam peran fungsinya di masyarakat.
- b. Melakukan jejaring dengan organisasi lain dalam melaksanakan program skrining kanker serviks

4. Bagi peneliti lain :
  - a. Melakukan kajian lebih lanjut mengenai bagaimana meningkatkan kesadaran masyarakat di DKI Jakarta untuk melakukan deteksi dini kanker serviks dan faktor-faktor yang mempengaruhinya
  - b. Melakukan kajian terhadap program *sustainability* skrining kanker serviks di DKI Jakarta
  - c. Melakukan kajian terhadap cost *efective* program skrining kanker serviks di DKI Jakarta

## DAFTAR REFERENSI

- ACCP. (2004a). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Program : A Manual for Manager A. f. C. C. Prevention (Ed.) Retrieved from [http://screening.iarc.fr/doc/ACCP\\_screen.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/ACCP_screen.pdf)
- ACCP. (2004b). Risk Factors for Cervical Cancer : Evidence to Date. Retrieved from [http://www.path.org/files/RH\\_fs\\_risk\\_factors.pdf](http://www.path.org/files/RH_fs_risk_factors.pdf)
- ACCP. (2009). New evidence on the impact of cervical cancer screening and treatment using HPV DNA tests, visual inspection, or cytology
- ACCP. (2011). Recent Evidence on Cervical Cancer Screening in Low-Resource Settings. Retrieved from website: [http://www.alliance-cxca.org/files/ACCP\\_cxca\\_screening\\_2011.pdf](http://www.alliance-cxca.org/files/ACCP_cxca_screening_2011.pdf)
- Adisasmito, W. (2008). *Sistem Kesehatan*: PT Raja Grafindo Persada 2008.
- Agustino, L. (2008). *Dasar-dasar Kebijakan Publik* Bandung: Alfabeta Bandung.
- Anonymous. (2009). Abstract. *Virchows Archiv*, 455(0945-6317), 1-1-482. doi: 10.1007/s00428-009-0805-z
- Anonymous. (2011a). Deteksi Dini Kanker Serviks di Puskesmas Gratis lho... *Harian Rakyat Merdeka*. Retrieved from <http://ekbis.rakyatmerdekaonline.com/read/2011/12/30/50538/Deteksi-Dini-Kanker-Serviks-di-Puskemas-Gratiss-lho...->
- Anonymous. (2011b). Gerakan Perempuan Melawan Kanker Serviks. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1668-gerakan-perempuan-melawan-kanker-serviks-.html>
- Anonymous. (2011c). Pemerintah Kota Jakarta Selatan. Retrieved from <http://selatan.jakarta.go.id/v3/?page=Penduduk.Tenaga.Kerja&sub=1>
- Anttila, A. (2008). ALTERNATIVE SCREENING METHODS WITHIN THE ORGANISED SCREENING PROGRAMME FOR CERVICAL CANCER IN FINLAND. [Article]. *Central European Journal of Public Health*, 16, S25-S26.
- Bararah, V. F. (2011). Rayakan Hari Ibu dengan Deteksi Dini Kanker Serviks Gratis, *Detik Health*. Retrieved from

<http://www.detikhealth.com/read/2011/12/22/150359/1797688/763/rayakan-hari-ibu-dengan-deteksi-dini-kanker-serviks-gratis?lbbank>

- Blank, R. H. V., Burau. (2007). *Comparative Health Policy* (Second ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Buse, K., Mays, Nicholas & Walt, Gilt. (2006). *Making Health Policy* (Second ed.). London: Licensing Agency Ltd, London.
- Campos, N. G. (2011). *Cervical Cancer Prevention: Using Primary Data to Inform Decision-Making in Developed and Developing Country Contexts*. Harvard University Ph.D., Harvard University, United States -- Massachusetts. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/860133935?accountid=17242> ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) database.
- CDC. (2009). A Sustainability Planning Guide for Healthy Communities CDC's Healthy Communities Program. USA: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from [http://www.cdc.gov/healthycommunitiesprogram/pdf/sustainability\\_guide.pdf](http://www.cdc.gov/healthycommunitiesprogram/pdf/sustainability_guide.pdf).
- Coffey P, A. S., Bradkey J. (2004). Cervical Cancer Prevention Program : a Focus on Communities. (December 2004). Retrieved from
- David, F. R. (2009). *Strategic Management : Manajemen Strategis Konsep* (12 ed. Vol. 1). Jakarta: Salemba Empat.
- Day, G. E., Lanier, A. P., Bulkow, L., Kelly, J. J., & Murphy, N. (2010). CANCERS OF THE BREAST, UTERUS, OVARY AND CERVIX AMONG ALASKA NATIVE WOMEN, 1974-2003. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(1), 72-72-86.
- de Sanjosé, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Clifford, G., Bruni, L., Muñoz, N., & Bosch, F. X. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(7), 453-459.
- Deborah Maine, D., Sarah Hurlburt, MPH, and Dana Greeson, MPH. (2011). Cervical Cancer Prevention for All Women : Cervical Cancer Prevention in the 21st Century: Cost Is Not the Only Issue *American Journal of Public Health | September 2011, Vol 101, No. 9*.
- Depkes. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 430 tahun 2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker*. Jakarta: Depkes RI.

- Depkes. (2008). *Skrining Kanker Leher Rahim Dengan Metode Inspeksi Visual Dengan Asam Asetat (IVA)*. Jakarta: Health Technology Assessment Indonesia Departemen Kesehatan RI.
- Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health : using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23.
- Faridah I.S, M. (2007). *Ilmu Perundang-undangan 1 : Jenis, Fungsi dan Materi Muatan* (6 ed.). Yogyakarta: Kanisius.
- Forouzanfar, M. H., Foreman, K. J., Delossantos, A. M., Lozano, R., Lopez, A. D., Murray, C. J. L., & Naghavi, M. (2011). Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *The Lancet*.
- Goldie, S. J. G., Lynne ; Goldhaber-Fiebert, Jeremy D ; Gordillo-Tobar, Amparo; et al. (2004). Cost-Effectiveness of Cervical-Cancer Screening in Five Developing Countries. *The New England Journal of Medicine* 353. 20 (Nov 17, 2005).
- Goltz, S., . Innovation, Sage,. Kenny, Aoife,. Rosella, Kristin. (2011). Delivering Cervical Cancer Prevention In The Developing World. Retrieved from [http://www.womendeliver.org/assets/CervicalCancer\\_final.pdf](http://www.womendeliver.org/assets/CervicalCancer_final.pdf)
- Hardiman, A., Noviani, Rini., &Wahidin, Mugi. (2007). Kebijakan dan Pokok-Pokok Kegiatan Pengendalian Penyakit Kanker di Indonesia. *Indonesian Journal of Cancer* 2007, 2, 45-51.
- Hoz-Restrepo, L. A. C.-P. N. A.-G. F. D. I. (2010). How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case. *BMC Health Services Research* 2010, 10 : 270.
- Indiahono, D. (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis* (Cetakan Pertama, 2009 ed.): Gava Medika Yogyakarta
- Jacoba, M. B., F.F. Castroc, W. Sellorsc, J. (2005). Experience using cryotherapy for treatment of cervical precancerous lesions in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89, 13-20.
- Kemenkes. (2010a). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 796/Menkes/SK/VI/2010 tentang Pedoman Tekhnis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim*. Jakarta.

- Kemenkes. (2010b). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 021/MENKES/SK/1/2011 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta.
- Kusumanegara, S. (2010). *Model dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik* (Cetakan Pertama 2010 ed.). Yogyakarta: Gava Media.
- Lorianto, R., Fauziah, Rathi Manjari., Wirawan, Jimmy Panji, & Cahyanur, R., Utari, Amanda Pitarini Utari., Budiningsih, Setyawati (2009). Kesiapan Puskesmas di Lima Wilayah DKI-Jakarta dalam Pelaksanaan Program Deteksi Dini Kanker Serviks. *Majalah Kedokteran Indonesia* 59(9).
- Lowndes, C. M. (2006). Vaccines for cervical cancer. *Epidemiology and Infection*, 134(1), 1-1-12.
- Maris, I. (2011). *Program Bulan Cegah Kanker Serviks* Paper presented at the Sosialisasi dengan Kepala Puskesmas, YKI, dan RS Budi Kemuliaan, 13 Desember 2011
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2007). Cervical Cancer Screening by Immigrant and Minority Women in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(4), 323-323-334. doi: 10.1007/s10903-007-9046-x
- Meghan M. Casey., W. R. p., Rochelle M. Eime., Sue J. Brown. (2007). Sustaining and Recreation Health Promotion Programs Within Sport and Recreation Organisation. *Journal of Science and Medicine in Sport* (2009), 12, 113-118. doi: 10.1016/j.jsams.2007.08.007
- Moegeni, E. M. (2007). Pencegahan Kanker Serviks Terpadu di Indonesia(Sudut Pandang Ginekologi Sosial *Pidato pada Upacara Pengukuhan Sebagai Guru Besar Tetap dalm Obstetri dan Ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia* Jakarta.
- Moleong, L. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (22 ed.). Bandung: PT Remaja Rosdakarya Bandung.
- Nancy R. LaPelle., J. Z., Judith K. Ockene. (2006). Sustainability of Public Health Programs : The Examples of Tobacco Treatment Services in Massachussetts. *American Journal of Public Health* Vol 96, No.8.
- Nawawi, I. (2009). *Public Policy, Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*. Surabaya: PMN Surabaya.
- Nygaard, M. (2011). Screening for cervical cancer : when theory meets reality. *BioMed Central Cancer* 11 : 240

- Ocviyanti, D. (2007). Tes Pa, Tes HPV dan Servikografi sebagai Pemeriksaan Triase untuk Tes IVA Positif : Upaya Tindak Lanjut Deteksi Dini Kanker Serviks pada Fasilitas Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas beserta Analisis Sederhana Efektifitas Biayanya. *Majalah Obsteri Ginekologi Indonesia, Vol 31*(Nomor 4).
- Pluye P, P. L., Denis Jean-Louis. (2004). Making Public Health Program Last : Conceptualizing Sustainability. *Elsevier Evaluation and Program Planning, 27*, 121-133. doi: 10.10116/j.evalprogplan.2004.01.001
- Pramadia, A. D. (2011). Kampanye Bulan Cegah Kanker Serviks *Media Indonesia*. Retrieved from <http://www.mediaindonesia.com/foto/14503/Kampanye-Bulan-Cegah-Kanker-Serviks>
- Pramadia, A. D. (2012). Diperpanjang Layanan Gratis Cegah Kanker Serviks, *Media Indonesia*. Retrieved from <http://www.mediaindonesia.com/read/2012/01/17/292171/38/5/Diperpanjang-Layanan-Gratis-Cegah-Kanker-Serviks>
- Pudji, A. R. (2007). *Kajian Pengembangan Kebijakan Untuk model Pelayanan Pencegahan Kanker Serviks Uteri : Studi Kasus Program Screening See and Treat di Propinsi Bali, Tahun 2004-2006*. S3 Disertasi, Universitas Indonesia, Depok.
- Restall, G. (2010). *Development of a Model for the Implementation and Evaluation of Citizen-User Involvement in Mental Health Policymaking: A Case Study*. University of Manitoba (Canada) Ph.D., University of Manitoba (Canada), Canada. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/853624328?accountid=17242> ProQuest Dissertations & Theses: The Sciences and Engineering Collection database.
- Russell L Gruen, J. H. E., Monica L Nolan, Paul D Lawton, Anne Parkhill, Cameron J McLaren, John N Lavis. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Public Health, Vol 372*
- Saryono & Anggraeni, M. D. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam bidang Kesehatan* (pertama, Maret 2010 ed.). Yogyakarta: Nuha Medika Yogyakarta.
- Schediac-Rizkallah, M. C. S., & Bone, L. R. (1998). Planning for The Sustainability of Community-Based Health Programs : Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice Vol.13 no.1 1998*, Pages 87–108.

- Scheirer, M. A. P., & Dearing, J. W. P. (2011). An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2059-2067.
- Silberman, S. L. (2000). *Health professions regulation and public policy: State medical boards as policy actors*. Michigan State University Ph.D., Michigan State University, United States -- Michigan. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304608037?accountid=17242> ProQuest database.
- Sirait, A. M., . Nuranna, L. (2007). Deteksi Dini Kanker Serviks dengan Metode Inspeksi Visual Asam Acetat di Depok. *Majalah Obsteri Ginekologi Indonesia*, 31(Nomor 4).
- Sitas, F., Parkin, D. M., Chirenje, M., Stein, L., Abratt, R., & Wabinga, H. (2008). Part II: Cancer in Indigenous Africans-causes and control. *Lancet Oncology*, 9(8), 786-786-795.
- Sowjanya, A. P., Jain, M., Poli, U. R., Padma, S., Das, M., Shah, K. V., . . . Ramakrishna, G. (2005). Prevalence and distribution of high-risk human papilloma virus (HPV) types in invasive squamous cell carcinoma of the cervix and in normal women in Andhra Pradesh, India. *BMC Infectious Diseases*, 5, 116. doi: 10.1186/1471-2334-5-116
- Suba, E. J. M., Cibas, E. S. M., Raab, S. S. M., Ankit, J., Prakriti, J., Lakshmaiah, K., . . . Shastri, S. S. M. (2009). HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India. *The New England Journal of Medicine*, 361(3), 304-305; author reply 306. doi: 10.1056/NEJMc090939
- Subarsono, A. (2010). *Analisis Kebijakan Publik : Konsep, Teori dan Aplikasi* (ke V ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sudinkes. (2010). Tentang Kami. Retrieved from <http://selatan.jakarta.go.id/sudinkes/>
- Supriyanto, E. (2011). Bulan Cegah Kanker Serviks Targetkan 6.000 Perempuan, *Tribun*. Retrieved from <http://www.tribunnews.com/2011/12/22/bulan-cegah-kanker-serviks-targetkan-6.000-perempuan>
- Surjadjaja, C. A., Simplexius. Atmaja, Gede Marhaendra Wija (2008). *ELEMEN-ELEMEN POKOK PEMBENTUKAN PERATURAN DAERAH TENTANG PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS*. Indonesia: Health Policy Initiative, Task Order 1, Indonesia, with assistance from , Health Policy Init Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADX928.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADX928.pdf).



- Swerissen, H. ( 2007). Understanding the Sustainability of Health Programs and Organisational Change : A Paper for the Victorian Quality. Faculty of Health Sciences, la Trobe University.
- Syatriani. (2011). Faktor Risiko Kanker Serviks di Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, Sulawesi Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol 5(No 6).
- Tira, D. S. (2008). Risiko Jumlah Perkawinan, Riwayat Abortus dan Pemakaian Alat Kontrasepsi Hormonal terhadap Kejadian Kanker Serviks di Rumah Sakit Pelamonia Makassar tahun 2006-2007. *Majalah Kesehatan Masyarakat*, Vol 03(Nomor 01).
- Wahab, S. A. (2010). *Analisis Kebijakan : Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara* (Kedua ed.). Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Walt, G. (1994). *Health Policy*: London: Zed Book.
- WHO. (2002). National Cancer Control Program W. H. Organization (Ed.) Retrieved from <http://www.who.int/cancer/nccp/en/>
- WHO. (2006). Comprehensive Cervical Cancer Control : a guide to essential practice Retrieved from <http://www.who.int>
- WHO. (2007). Cancer Control : Knowledge into Action, WHO Guide for Effective Programmes Retrieved from <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>
- Winarno, B. (2012). *Kebijakan Publik : Teori, Proses dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.
- Wiyono, S., . Iskandar, Mirza T., Suprijono. (2008). Inspeksi Visual Asam Acetat (IVA) untuk Deteksi Dini Lesi Pra kanker Serviks. *Media Medika Indonesiana*, 43(No 3).

