

**SKRIPSI**

**EVALUASI PROGRAM *WOMEN CARE CENTRE* DI  
RSUD KOTA MAKASSAR**

**INDASARI  
K111 15 066**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2019**



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.


Makassar, Juli 2019

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH

  
Nur Arifah, SKM, MA

Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes



## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jumat, Tanggal 05 Juli 2019.

Ketua : Prof.Dr.dr.H.M. Alimin Maidin, MPH

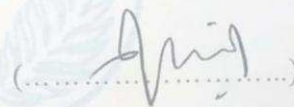


Sekretaris : Nur Arifah, SKM.,MA

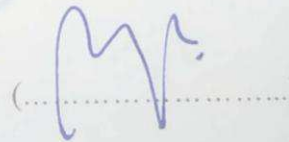


Anggota :

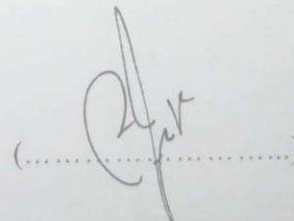
1. Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes



2. Rini Anggraeni, SKM,M.Kes



3. Nasrah, SKM., M.Kes



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Indasari

Nim : K11115066

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Jurusan : Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Juli 2019

Yang membuat pernyataan



Indasari



**ABSTRAK**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**MANAJEMEN RUMAH SAKIT**  
**MAKASSAR, 05 JULI 2019**

**INDASARI**

**“EVALUASI PROGRAM *WOMEN CARE CENTRE* DI RSUD KOTA MAKASSAR”**

Dibimbing oleh Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH dan Nur Arifah, SKM, MA  
(xvi + 141 halaman+ 8 tabel+ 10 gambar + 9 lampiran)

Kanker payudara adalah kanker dengan presentase kasus baru tertinggi (43,3%) dan presentase kematian tertinggi (12,9%) pada perempuan di dunia. Dengan tingginya kasus kanker ini, oleh karena itu ada pelayanan khusus yang dibuat yaitu *Women Care Centre* (WCC). Namun, Sejak tahun 2017-2019 Maret pasien yang menggunakan pelayanan (WCC) RSUD Kota Makassar sebanyak 10 orang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab kurangnya kunjungan pada WCC di RSUD Kota Makassar.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan *Realist Evaluation*. Diperoleh informan sebanyak 9 orang berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan dengan metode *purposive sampling*. Keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Analisis data menggunakan analisis kualitatif.

Hasil penelitian diperoleh bahwa konteks dalam program WCC adalah ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program. Mekanismenya adalah perencanaan dibuatnya program, sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan, ketersediaan BHP, tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan, tidak ada honorium khusus, minimnya sosialisasi, dan tercukupinya finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan. Sehingga, *outcome*-nya adalah kurangnya kunjungan pasien ke pelayanan WCC. Oleh karena itu, perlu perubahan alur pasien dari tidak langsung menjadi langsung datang ke pelayanan, menyediakan *Mobile Mammografi* dan penyamaan persepsi seluruh elemen rumah sakit terkait WCC.

**Kata kunci : Kanker payudara, realist evaluation, wcc**

**Daftar Pustaka : 58 (1997-2018)**



## ABSTRACT

HASANUDDIN UNIVERSITY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HOSPITAL MANAGEMENT  
MAKASSAR, 05 JULY 2019

**INDASARI**

### **“EVALUATION OF WOMAN CARE CENTRE PROGRAM OF RSUD KOTA MAKASSAR”**

Guided by Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH dan Nur Arifah, SKM, MA

(xvi + 141 pages+ 8 tables+ 10 figures+ 9 attachments)

*Breast cancer is cancer with the highest percentage of new cases (43.3%) and the highest percentage of deaths (12.9%) in women in the world. With this high number of cancer cases, therefore there is a special service that is made namely the Women Care Center (WCC). However, from 2017-2019 in March there were 10 patients using services (WCC) in RSUD Kota Makassar. This study aims to determine the causes of the lack of visits at the WCC at RSUD Kota Makassar.*

*The type of research used is qualitative with the Realist Evaluation approach. Obtained by informants as many as 9 people based on the principle of appropriateness and adequacy with the purposive sampling method. The validity of the data uses source and technique triangulation. Data analysis using qualitative analysis.*

*The results of this study are that the context in the WCC program was the hospital's unpreparedness in organizing the program. The mechanism is planning a program, an indirect referral system to the services, the availability of BHP, there are no training and education process, there is no special honorium, minimalism of socialization, and sufficiency of financial and facilities and easy access for patients to services. Thus, the outcome is a lack of patient visits to WCC services. Therefore, it is necessary to change the flow of patients from indirectly to directly coming to the ministry, providing Mobile Mammography and equating the perception of all elements of the hospital related to WCC.*

**Keyword :Breast cancer, realist evaluation, wcc**

**References : 58 (1997-2018)**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Evaluasi Program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar”. Pembuatan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Strata Satu Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Selama proses penyelesaian tugas akhir ini penulis menerima begitu banyak bantuan dari berbagai pihak baik berupa materi maupun non materi. Pertama-tama penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan kepada Bapak **Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH**, selaku pembimbing I dan Ibu **Nur Arifah, SKM, MA**, selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu dan dengan sabar mengarahkan serta memberikan masukan-masukan kepada penulis selama penyelesaian skripsi ini.

Ucapan terima kasih juga penulis tujukan untuk seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi bagian terpenting dari skripsi ini dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis yang tanpa kesediaan mereka tentu skripsi ini tidak akan selesai.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. ED dan para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas

kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang diberikan.



3. Bapak Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH,M.Kes selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Ibu Dr. Fridawati Rivai, SKM., M.ARS selaku penguji I, Ibu Rini Anggraeni, SKM., M.Kes selaku penguji II, dan Ibu Nasrah, SKM., M.Kes selaku penguji III yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.
6. Seluruh Dosen Bagian Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar beserta staf yang telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
8. Kepada staf *Women Carte Centre* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar yang bersedia menjadi informan yang sangat membantu dalam proses penelitian berlangsung.
9. Kepada staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas (bu Ija, kak Rani dan kak Fuad) terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
10. Keluarga besar HMSC (*Hospital Management Student Community*). Terima kasih untuk pengalaman dan ilmu yang tak bisa saya dapatkan selama di bangku kuliah.
11. Teman-teman 05 squad (Faika, Stella, Villa, Iin, dan Heidy), sahabat squad (Wulan, Wanti, Sinar, dan Ira), Girls Squad ( Indrawati, Stella, Rahma, Mega, Nawa, Mila dan Vitha), MRS 2015, teman-teman PBL Desa Garassikang (Ani, Jericho, Fia, Widya, Innah, Mardiana dan Martina), teman-teman KKN PPM DIKTI Pulau Kodingareng (39 Panel Surya), sahabat SMP (Iani, Mike dan Angel), sahabat SMA ku Endah Ayu, serta mantan-mantan yang pernah membantu pada masanya, terima kasih untuk do'a dan dukungannya.





12. Terima kasih kepada Faika, Febri, Fira, Stella dan Nikita teman sepebimbingan yang sama-sama berjuang mulai dari nol dalam penelitian ini.
13. Terima kasih juga kepada keluarga kedua saya di Yayasan Buddha Tzu Chi Makassar, kepada Shigu (ibu), Shibo (bapak), dan saudara/I ku yang telah banyak membantu baik itu dalam bentuk materi, pengalaman dan motivasi.
14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Segala wujud bakti dan kasih sayang ku persembahkan skripsi ini terkhusus kepada orang tuaku tercinta alm. Agus Suhartono dan alma. Misnawati, kakek nenekku alm. R. Sukardi dan alma. Kartinah, mamaku tercinta Hariyani yang telah menjadi ibu yang luar biasa menyayangi dan membesarkanku seperti anak sendiri, serta seluruh keluarga besarku terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, doa, dan dukungan yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi, kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Makassar, 05 Juli 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

	halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>PENGESAHAN TIM PENGUJI.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
A. Pelayanan Kesehatan .....	10
B. <i>Women Care Centre</i> .....	21
C. Pendekatan <i>Realist Evaluation</i> .....	24
1. <i>Context (C)</i> .....	31
2. <i>Mechanism (M)</i> .....	32
3. <i>Outcome (O)</i> .....	33
4. Pola konfigurasi konteks-mekanisme- <i>outcome</i> .....	34
D. Faktor Penyebab Keberhasilan dan Kegagalan Kebijakan atau Program .....	35
Matriks Penelitian Terdahulu .....	40
Kerangka Teori.....	50
<b>KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>52</b>



A. Dasar Pemikiran Variabel .....	52
B. Kerangka Konsep .....	53
C. Definisi Konseptual .....	53
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>55</b>
A. Desain Penelitian .....	55
B. Lokasi dan Waktu penelitian .....	55
C. Infoman Penelitian .....	56
D. Pengumpulan Data .....	57
E. Pengolahan dan Analisis Data .....	60
F. Keabsahan Data .....	62
G. Penyajian Data .....	63
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>64</b>
A. Gambaran Umum Rumah Sakit .....	64
B. Karakteristik Informan .....	68
C. Hasil Penelitian .....	68
1. <i>Context (C)</i> .....	70
2. <i>Mechanism (M)</i> .....	73
a. Perencanaan dibuatnya <i>Women Care Centre</i> tidak melibatkan pihak Radiologi .....	73
b. Sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan .....	75
c. Ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf .....	77
d. Tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus <i>Women Care Centre</i> .....	79
e. Tidak ada honorium khusus untuk <i>Women Care Centre</i> .....	80
f. Minimnya sosialisasi ke masyarakat .....	80
g. Tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan .....	85
3. <i>Outcome (O)</i> .....	86
Pembahasan .....	88
<i>Context (C)</i> .....	89
<i>Mechanism (M)</i> .....	91



a. Perencanaan dibuatnya <i>Women Care Centre</i> tidak melibatkan pihak Radiologi .....	91
b. Sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan .....	93
c. Ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf .....	95
d. Tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus <i>Women Care Centre</i> .....	96
e. Tidak ada honorium khusus untuk <i>Women Care Centre</i> .....	96
f. Minimnya sosialisasi ke masyarakat .....	97
g. Tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan .....	101
3. <i>Outcome</i> (O).....	102
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>104</b>
A. Kesimpulan .....	104
B. Saran .....	105
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>107</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>108</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
<b>Tabel 1</b> Jumlah Kunjungan Pasien <i>Woman Care Center</i> di RSUD Kota Makassar Tahun 2017-2019 (Maret) .....	6
<b>Tabel 2</b> Pendekatan empat tahap untuk evaluasi realis .....	26
<b>Tabel 3</b> Matriks Penelitian Terdahulu .....	40
<b>Tabel 4</b> Definisi Konseptual .....	54
<b>Tabel 5</b> Pembagian Metode Pengumpulan Data Berdasarkan Variabel Penelitian.....	58
<b>Tabel 6</b> Karakteristik Informan yang Diwawancarai Terkait Faktor Penyebab Kurangnya Kunjungan pada Pelayanan <i>Woman Care Center</i> RSUD Kota Makassar Tahun 2019.....	68
<b>Tabel 7</b> Hasil evaluasi <i>Context, Mechanisme, dan Outcome</i> pada program <i>Women Care Centre</i> RSUD Kota Makassar .....	69
<b>Tabel 8</b> Data Kunjungan Pasien Kanker Payudara di RSUD Kota Makassar Tahun 2017-2019 (Januari-Maret).....	88



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 1</b>	Kerangka Teori. ....	51
<b>Gambar 2</b>	Kerangka Konsep .....	53
<b>Gambar 3</b>	Struktur Organisasi Instalasi Radiologi di RSUD Kota Makassar.....	68
<b>Gambar 4</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang latar belakang dibentuknya pelayanan <i>Women Care Centre</i> .....	71
<b>Gambar 5</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang tujuan pelayanan <i>Women Care Centre</i> .....	72
<b>Gambar 6</b>	Skema hasil wawancara dengan sistem rujukan pelayanan <i>Women Care Centre</i> .....	77
<b>Gambar 7</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan bahan habis pakai alat mammografi .....	79
<b>Gambar 8</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang rasa takut masyarakat diperiksa menggunakan alat mammografi .....	82
<b>Gambar 9</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang sosialisasi <i>Women Care Centre</i> .....	84
<b>Gambar 10</b>	Skema hasil wawancara dengan informan tentang aktor yang terlibat dalam <i>Women Care Centre</i> .....	88



## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b>	Lembar penjelasan untuk informan.....	108
<b>Lampiran 2</b>	<i>Informed Consent Informan</i> .....	109
<b>Lampiran 3</b>	Pedoman Wawancara .....	110
<b>Lampiran 4</b>	Pedoman Telaah Dokumen.....	112
<b>Lampiran 5</b>	Pedoman Observasi.....	113
<b>Lampiran 6</b>	Matriks Hasil .....	114
<b>Lampiran 7</b>	Dokumentasi Kegiatan .....	134
<b>Lampiran 8</b>	Surat-surat.....	136
<b>Lampiran 9</b>	Riwayat Hidup .....	141



## DAFTAR SINGKATAN

CMO	: <i>Context, mechanism dan outcome</i>
IARC	: <i>International Agency for Research on Cancer</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
PPTM	: Pengendalian Penyakit Tidak Menular
RE	: <i>Realist Evaluation</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
WCC	: <i>Women Care Centre</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>





## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan wanita pada dasarnya ada untuk mengatasi masalah terkait kesehatan yang ada pada kelompok wanita. Peran layanan kesehatan wanita adalah untuk memastikan bahwa setiap wanita memiliki akses ke layanan yang berfokus terhadap wanita dan akses ke informasi sehingga mereka dapat membuat keputusan berdasarkan informasi mengenai kesehatan mereka. Peran utama adalah untuk terus melobi pemerintah, serta lembaga kesehatan lainnya, untuk memastikan mereka mengenali masalah sosial dan menyediakan kebijakan dan layanan yang memenuhi kebutuhan perempuan. Ini adalah dua peran pelayanan kesehatan sebagai penyedia layanan langsung dan advokasi (*Victoria State Government, 2017*).

Dalam buku yang berjudul *A Framework for Women Centred Health* (2011) menjelaskan adanya perbedaan biologis (jenis kelamin) antara wanita dan pria yang memengaruhi beberapa kebutuhan kesehatan. Kesehatan wanita bukan hanya tentang perbedaan biologis atau kesehatan reproduksi. Perbedaan sosial, atau "gender" berinteraksi dengan seks dan memiliki efek mendalam dan berjangkauan luas pada kesehatan wanita. Konstruksi sosial

der menentukan sikap tentang apa yang mampu dilakukan laki-laki dan perempuan, bagaimana mereka harus bersikap, model peran dan gambar apa



yang disajikan kepada perempuan dan laki-laki. Gender mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan perempuan dan laki-laki, kebutuhan mereka, peluang dan akses ke sumber daya.

Bagi perempuan di Indonesia, masalah kesehatan dan pendidikan merupakan masalah penting dilihat dari urgensi dan besarnya permasalahan. Dalam bidang kesehatan, misalnya, penerapan program KB (keluarga berencana) dalam tiga puluh tahun terakhir membuktikan fokus pemerintah pada alat reproduksi perempuan dalam mengendalikan jumlah penduduk. Dalam bidang pendidikan, data statistik kesejahteraan tahun 2000 menunjukkan persentase penduduk buta huruf pada perempuan lebih tinggi 0.35% dibanding laki-laki. Sedangkan jumlah perempuan bersekolah pada usia 16-18 tahun lebih rendah 0.76% dibanding laki-laki (Susilowati, 2008).

Perempuan memiliki hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental. Kenikmatan atas hak ini penting untuk kehidupan dan kebaikan mereka serta kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam seluruh kegiatan masyarakat dan kehidupan pribadi. Karena perempuan menonjol dalam sistem perawatan kesehatan, baik sebagai pemberi perawatan dan sebagai klien, maka terdapat kesalahan persepsi yang meluas bahwa proyek-proyek kesehatan secara otomatis telah memasukkan upaya pemberdayaan perempuan. Kesenjangan gender dalam status kesehatan, dalam akses dan penggunaan pelayanan kesehatan, dan

am mempertahankan hasil-hasil usaha kesehatan, menunjukkan adanya



kebutuhan untuk mengangkat permasalahan ketidaksetaraan gender dalam reformasi sektor kesehatan (*Asia Development Bank*, 2001).

Pola hidup dan kebiasaan yang memunculkan masalah pada kesehatan wanita diantaranya mengkonsumsi makanan yang berlemak, mengkonsumsi obat-obat hormonal, mengkonsumsi alkohol, jarang melakukan olahraga, serta kurang istirahat. Selain itu, perilaku menunda kehamilan atau tidak menyusui juga banyak dilakukan oleh wanita dewasa dini demi perkembangan karier mereka. Berdasarkan penjelasan tersebut, maka akan timbul berbagai efek hormonal yang menyebabkan wanita rentan terhadap kanker sehingga risiko untuk terkena kanker akan semakin tinggi (Dipiro & Joseph, 2005 dalam Martha, K., 2009).

Kanker menjadi penyebab dan pembunuh pertama dan kedua bagi kaum perempuan di dunia, termasuk di Indonesia. Kasus kanker tertinggi yang menyerang kaum perempuan di Indonesia adalah kanker serviks dan kanker payudara. Setiap tahun setidaknya kurang dari 15.000 kasus kanker serviks terjadi di Indonesia. Jumlah itu tidak berlebihan karena tiap hari di Indonesia, dari 40 wanita yang terdiagnosa menderita kanker serviks, 20 di antaranya meninggal. Penderita kanker payudara di Indonesia pada tahun 2004 (sebagaimana dikutip dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2008) sebanyak 5.207 kasus. Sedangkan pada 2005, jumlah penderita kanker payudara meningkat menjadi 7.850 kasus. Tahun 2006, penderita kanker payudara meningkat menjadi 8.328 kasus dan pada tahun 2007 jumlah



tersebut tidak jauh berbeda meski sedikit mengalami penurunan yakni 8.277 kasus (Bappenas, 2017).

Berdasarkan data Kemenkes RI tahun 2015 melalui estimasi Globocan *International Agency for Research on Cancer* (IARC), kanker payudara adalah kanker dengan presentase kasus baru tertinggi (43,3%) dan presentase kematian tertinggi (12,9%) pada perempuan di dunia. Sedangkan berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi kanker payudara di Indonesia mencapai 0,5 per 1000 perempuan. Data lain datang pula dari Sistem Informasi Rumah Sakit tahun 2010. Disebutkan bahwa kanker payudara adalah jenis kanker tertinggi pada pasien rawat jalan maupun rawat inap yang mencapai 12.014 orang (28,7%). Berdasarkan data Subdit Kanker Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM) Kemenkes RI, jumlah perempuan seluruh Indonesia umur 30-50 tahun adalah 36.761.000. Sejak tahun 2007-2013 deteksi dini yang telah dilakukan oleh perempuan sebanyak 644.951 orang (1,75%) dengan penemuan suspek benjolan (tumor) payudara 1.682 orang (2,6 per 1000 penduduk).

Upaya dalam peningkatan pelayanan yang berfokus pada kesehatan reproduksi bagi wanita rupanya telah dikembangkan oleh beberapa rumah sakit di Indonesia. Diantaranya seperti RS Abdi Waluyo yang mengembangkan program *Women's Health Care Centre* dan RSUD Kota Makassar yang mengembangkan program *Women Care Centre*.

*Women's Health Care Centre* RS Abdi Waluyo (Profil RS Abdi Waluyo, 2019) menyediakan layanan berkualitas dan komprehensif yang



secara khusus disediakan untuk memenuhi kebutuhan perawatan perempuan di setiap usia dan di setiap tahapan kehidupan dengan menekankan pada pentingnya pemeriksaan yang dilakukan secara berkala untuk mencegah penyakit kanker. Beberapa penyakit yang sangat serius pada wanita seperti kanker serviks, kanker payudara dan ovarium dapat dideteksi, sehingga langkah dini dengan intervensi kecil akan memberikan hasil yang jauh lebih baik di rumah sakit ini. *Women's Health Care Centre* menyediakan pemeriksaan ginekologi yang dirancang untuk wanita dewasa ini yang memperhatikan kebutuhan khusus, gaya hidup, dan faktor risikonya. Program layanan Kesehatan Wanita pada *Women's Health Care Centre* meliputi:

- Konsultasi dengan Dokter Kandungan
- Pemeriksaan Fisik Penuh dan Ginekologi
- Pemindaian Ultrasound Pelvis
- PAP Smear
- Kolposkopi
- Mamografi atau USG Payudara
- Pemeriksaan urin
- Penanda Tumor (CEA, CA 19-9, CA-125)

Di Sulawesi Selatan khususnya di Kota Makassar terdapat rumah sakit yang mengembangkan pelayanan serupa, yaitu RSUD Kota Makassar.

RSUD Kota Makassar mengembangkan sebuah inovasi berupa fasilitas pelayanan yang dinamakan *Women Care Centre* yang pada prinsipnya



memberikan pelayanan deteksi dini kanker payudara. *Women Care Centre* dilengkapi dengan peralatan Mammografi yang merupakan alat pendeteksi dini kanker payudara. (Profil RSUD Kota Makassar, 2018).

**Table 1. Jumlah Kunjungan Pasien *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar Tahun 2017-2019 (Maret).**

No.	Tahun	Jumlah Kunjungan
1.	2017	9
2.	2018	1
3.	2019 (Maret)	0
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>

*Sumber: Data Sekunder (RSUD Kota Makassar), 2018.*

Dari tabel di atas, menunjukkan jumlah kunjungan pasien di *Women Care Centre* tahun 2017-2018 berjumlah 10 pasien. Kunjungan paling banyak pada tahun 2017 berjumlah 9 pasien. Namun penelitian ini hanya akan berfokus pada RSUD Kota Makassar dengan programnya yaitu *Women Care Centre*.

Pendekatan *realist evaluation* (evaluasi realis) pertama kali dikembangkan oleh Pawson dan Tilley (1997) merupakan bentuk evaluasi berbasis teori, berdasarkan pada filosofi sains realis yang membahas pertanyaan apa yang berhasil, untuk siapa, dalam keadaan apa, dan bagaimana dilakukan. Metode ini merupakan cara evaluasi implementasi kebijakan yang dirancang untuk menangkap aspek-aspek yang terjadi di lapangan. *Realist Evaluation* semakin banyak digunakan dalam penelitian kesehatan dan penelitian evaluasi lainnya. Dalam menyusun protokol

elitian menggunakan metode *Realist Evaluation*, struktur dan format tulisan yang sesuai dengan standar pelaporan merupakan aspek yang



cukup penting untuk diperhatikan.. *Realist evaluation* didasarkan pada filsafat tertentu (realisme). Para perancang evaluasi realis telah mengembangkan beberapa asumsi utama, berdasarkan filosofi ini. (Westhorp, 2014).

Secara sederhana, *Realist Evaluation* dapat menjawab evaluasi program dengan lebih mendalam. Hal tersebut dapat menjelaskan secara detail tentang apa program yang efektif, untuk siapa, dalam konteks apa hingga bagaimana program tersebut berjalan. Konsep *Realist Evaluation* dikembangkan melalui konfigurasi *Context*, *mechanism* dan *outcome* (C-MO). *Context* menjelaskan tentang aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM hingga kultur. Sedangkan pada *mechanism*, aspek ini lebih memaparkan tentang proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik. Pada *outcome*, aspek yang dikaji yakni mengenai perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *Context* dan *mechanism* (Pawson dan Tilley, 1997).

Untuk itu peneliti tertarik untuk mengetahui faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care Centre* dengan menggunakan pendekatan *Realist Evaluation* di RSUD Kota Makassar.

## B. Rumusan Masalah

Dikembangkannya program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar yang dilengkapi peralatan Mammograf menjadi inovasi yang sangat berguna. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui faktor penyebab



kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah tersebut, maka dirumuskanlah pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimanakah gambaran konteks program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar?
2. Bagaimanakah gambaran mekanisme program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar?
3. Bagaimanakah gambaran *outcome* program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan informasi mengenai faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran konteks program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran mekanisme program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran *outcome* program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.





## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Ilmiah**

Sebagai kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya yang berhubungan dengan faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care* di rumah sakit.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Petugas Kesehatan**

Penelitian ini sebagai bahan masukan bagi seluruh petugas kesehatan khususnya petugas staf di instalasi *Women Care Centre* untuk meningkatkan pengetahuan tentang evaluasi program menggunakan pendekatan *Realist Evaluation*.

#### **b. Rumah Sakit**

Dapat digunakan sebagai masukan dan evaluasi bagi pihak rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanannya dan mengembangkan kebijakan terkait program *Women Care Centre*.

### **3. Manfaat Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana untuk melatih berpikir ilmiah, dengan disiplin ilmu yang diperoleh di bangku kuliah serta meningkatkan pengetahuan dan pengalaman berdasarkan fakta yang ada di lapangan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan adalah setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan (Lukman, 2000). Pelayanan Publik diartikan pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan (Kurniawan, 2005).

Definisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU

sehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:



- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*) Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*) Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit,



pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Syarat pokok pelayanan kesehatan menurut Asrul Azwar (2010) :

- a. Tersedia dan berkesimbangan Tersedia dan berkesinambungan artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta keberadaannya di masyarakat setiap saat ada.
- b. Dapat diterima dan wajar. Dapat diterima oleh masyarakat dan bersifat wajar artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- c. Mudah dicapai Pengertian mudah dicapai disini adalah mudah untuk didatangi oleh masyarakat dari sudut lokasi.
- d. Mudah dijangkau. Pengertian mudah dijangkau adalah masyarakat mudah menjangkau pelayanan kesehatan dari sudut biaya sesuai kemampuan ekonomi masyarakat.
- e. Bermutu. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat harus bermutu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dan sesuai dengan kode etik dan standar yang ditetapkan.



Stratifikasi pelayanan kesehatan di Indonesia dalam Azwar (2010) dibedakan menjadi 3 macam, yakni:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok/primer (*primary health services*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat dan berguna untuk upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan ini bersifat rawat jalan.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*) merupakan pelayanan kesehatan lanjutan yang biasanya bersifat rawat inap sehingga dalam penyelenggaraannya dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*) sifatnya lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspecialis.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses pendayafungsian layanan kesehatan oleh masyarakat. Menurut Levey dan Loomba (1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, mengobati penyakit

dan memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar, 2003).



Menurut Notoatmodjo (2003), respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

a. Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*).

Dengan alasan antara lain;

1) Bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari.

2) Bahwa tanpa bertindak apapun simptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.

3) Fasilitas kesehatan yang dibutuhkan tempatnya sangat jauh, petugasnya tidak simpatik, judes dan tidak ramah.

4) Takut dokter, takut disuntik jarum dan karena biaya mahal.

b. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya dengan diri sendiri, dan merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian obat keluar tidak diperlukan.

c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), seperti dukun.

Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang-tukang jamu.



- e. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit.
- f. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (private medicine). (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Alan Dever (1984) dalam ”*Determinants of Health Services Utilization*”, faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

- a. Faktor Sosiokultural yang terdiri dari :
  - 1) Norma dan nilai sosial yang ada di masyarakat, dan
  - 2) Teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.
- b. Faktor Organisasi yang terdiri dari :
  - 1) Ketersediaan sumber daya. Yaitu sumber daya yang mencukupi baik dari segi kuantitas dan kualitas, sangat mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.
  - 2) Keterjangkauan lokasi. Keterjangkauan lokasi berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu. Keterjangkauan tempat diukur dengan jarak tempuh, waktu tempuh dan biaya perjalanan.
  - 3) Keterjangkauan sosial. Dimana konsumen memperhitungkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen.



- 4) Karakteristik struktur organisasi formal dan cara pemberian pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ada yang mempunyai struktur organisasi yang formal misalnya rumah sakit.

c. Faktor Interaksi Konsumen-Petugas Kesehatan

- 1) Faktor yang berhubungan dengan konsumen Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan penggunaan atau permintaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan dipengaruhi oleh :
  - a) Faktor sosiodemografi, yaitu umur, sex, ras, bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga dan status sosial ekonomi,
  - b) Faktor sosio psikologis, yaitu persepsi sakit, gejala sakit, dan keyakinan terhadap perawatan medis atau dokter,
  - c) Faktor epidemiologis, yaitu mortalitas, morbiditas, dan faktor resiko.
- 2) Faktor yang berhubungan dengan petugas kesehatan yang terdiri dari :
  - a) Faktor ekonomi, yaitu adanya barang substitusi, serta adanya keterbatasan pengetahuan konsumen tentang penyakit yang dideritanya,
  - b) Karakteristik dari petugas kesehatan yaitu tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dipunyai pelayanan kesehatan tersebut.





Andersen (1975) mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behaviour model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu :

1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- b. Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c. Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan penyembuhan penyakit.

2. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu :

- a. Sumber daya keluarga, seperti: penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan



pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

- b. Sumber daya masyarakat, seperti: jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

### 3. Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu :

- a. Individu (*perceived need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b. Penilaian klinik (*Evaluated need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003).



Telah dilakukan beberapa penelitian yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain sebagai berikut :

#### 1. Pengetahuan

Di dalam menggunakan pelayanan kesehatan, seseorang dipengaruhi oleh perilakunya yang terbentuk dari pengetahuannya. Seseorang cenderung untuk bersikap tidak menggunakan jasa pelayanan kesehatan disebabkan karena adanya kepercayaan dan keyakinan bahwa jasa pelayanan kesehatan tidak dapat menyembuhkan penyakitnya, demikian juga sebaliknya. Wibowo juga menyebutkan bahwa pengetahuan ibu tentang pelayanan antenatal berhubungan dengan pemanfaatan antenatal pada bidan (Silitonga, 2001).

#### 2. Jarak

Andersen berasumsi bahwa semakin banyak sarana dan tenaga kesehatan, semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap tempat pelayanan kesehatan seharusnya tingkat penggunaan pelayanan kesehatan akan bertambah. Smith (1983) membuktikan bahwa menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat golongan sosial ekonomi rendah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa masyarakat segan berpergian jauh ke sarana pengobatan hanya untuk pengobatan ringan. Lama



berpergian dan jarak juga mempengaruhi pencarian pengobatan (Hediyati, 2001). Hal serupa juga dijelaskan oleh Mechanic (1996) bahwa dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan faktor.

### 3. Persepsi Sakit

Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang lain juga disebabkan persepsi dan konsep masyarakat sendiri tentang sakit (Notoatmodjo, 2003). Persepsi sakit merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui pancaindra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun mengamati objek yang sama. Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa persepsi berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan kegiatan, bila persepsi seseorang telah benar tentang sakit maka ia cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan bila mengalami sakit. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (1992) menunjukkan bahwa makin banyak ibu yang mempunyai keluhan/gangguan kesehatan sebelum hamil akan makin sering memanfaatkan pelayanan antenatal. (Hediyati, 2001).

### 4. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Fachran (1998) tentang pemanfaatan laboratorium di RSUD Budhi Asih. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas fisik, kualitas



pelayanan, dan kualitas informasi yang diberikan oleh petugas laboratorium berhubungan dengan pemanfaatan laboratorium tersebut. Hasil penelitian Bintang (1989) menyebutkan bahwa sikap petugas berpengaruh terhadap pemanfaatan poliklinik Depkeu RI (Hediyati, 2001).

### **B. *Women Care Centre (WCC)***

*Women Care Centre (WCC)* adalah filosofi dan alat yang dipilih secara sadar untuk manajemen perawatan wanita, di mana hubungan kolaboratif antara wanita-sebagai individu manusia -dan bidan sebagai individu dan profesional-dibentuk melalui kohuni dan interaksi; mengenali dan menghormati bidang keahlian masing-masing. Perawatan berpusat pada wanita memiliki fokus ganda dan setara pada pengalaman, makna, dan pengelolaan individu dari melahirkan dan melahirkan anak, serta kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak. Perawatan berpusat pada wanita memiliki karakter timbal balik tetapi berfluktuasi dalam kesetaraan (Kuipers, et.al., 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Kuipers, et.al (2018) menunjukkan hasil positif dari hadirnya WCC, menyiratkan bahwa mungkin ada konsekuensi ketika perawatan yang berpusat pada wanita kurang, termasuk dehumanisasi dan depersonalisasi perawatan, sering bertepatan dengan

dikalisasi dan hilangnya kualitas perawatan. Oleh karena itu, hasil positif negatif memerlukan pemantauan. Studi menunjukkan bahwa ada



berbagai parameter perawatan yang berpusat pada wanita yang dapat diukur dalam penelitian kuantitatif. Aspek subjektif lebih memenuhi syarat untuk metode penelitian kualitatif.

Program WCC responsif terhadap kebutuhan dan preferensi kesehatan wanita yang unik untuk perawatan. Tidak seperti perawatan yang berpusat pada pasien, Hills dan Mullet (2002) mengamati bahwa perawatan yang berpusat pada wanita adalah “inklusif gender” karena ia mengakui (baik pada tingkat populasi dan individu) peran gender berperan sebagai penentu sosial kesehatan dan, khususnya, bahwa "Perempuan dan laki-laki dipengaruhi secara berbeda oleh kebijakan dan program kesehatan". Judd dan Armstrong et al (2009) juga mengamati pendekatan yang berpusat pada wanita "secara eksplisit mengakui" pengaruh gender dan seks pada kebutuhan dan preferensi wanita untuk perawatan. Para penulis ini menganjurkan untuk pendekatan yang berpusat pada wanita untuk perawatan kesehatan mental. Hal ini didasarkan pada perbedaan antara pria dan wanita yang mengalami penyakit mental, seperti pengaruh struktur otak wanita dalam menentukan bagaimana wanita memproses emosi, serta determinan sosial seperti korelasi kuat antara kekerasan berbasis gender dan gangguan kesehatan mental. . Hingga 50 persen wanita yang mengalami kekerasan menderita depresi, kecemasan, gangguan makan dan/atau penyalahgunaan zat. Judd dan Armstrong (2009) menyimpulkan, bahwa

menyoroti pentingnya pengaruh sosial dan budaya dan perbedaan biologis pada kesehatan, model perawatan kesehatan mental yang berpusat pada



wanita mendorong pengembangan program dan perawatan untuk memastikan bahwa hasil terbaik untuk wanita dengan masalah kesehatan mental” (NSW *Ministry of Health*, 2017).

Perawatan kesehatan wanita membahas aspek-aspek multidisiplin yang unik dari masalah yang memengaruhi wanita. Dalam menyediakan berbagai layanan medis, dokter keluarga dapat memberikan perawatan pencegahan dan kesehatan, mendiagnosa penyakit medis umum dan proses penyakit yang unik untuk wanita, dan merawat wanita dan keluarga mereka. Dokter keluarga harus dilatih untuk merawat wanita sepanjang siklus kehidupan dan harus menghargai tantangan seperti masa remaja, seksualitas, keluarga berencana, keseimbangan kehidupan keluarga dan karir, dan penuaan dalam budaya pasien wanita. Promosi kesehatan termasuk skrining, konseling, dan vaksinasi adalah dasar dari obat-obatan keluarga. Karena sebagian besar wanita berusaha mencegah kehamilan untuk sebagian besar kehidupan reproduksi mereka, aspek perawatan ini disoroti. Perubahan psikologis dan fisiologis menarke, kontrasepsi, kehamilan, laktasi, dan menopause berdampak pada wanita dalam banyak aspek kehidupan mereka, membutuhkan keterampilan klinis pada bagian dokter keluarga untuk memberikan pendidikan, tes diagnostik, pengobatan, dan rujukan yang tepat yang aman dan efektif (AAFP *Curriculum Guideline*, 2017).



### C. Pendekatan *Realist Evaluation*

*Realist Evaluation* adalah jenis evaluasi berbasis teori yang bertujuan untuk memastikan mengapa, bagaimana dan dalam situasi apa, program berhasil atau gagal. Ini terbukti bermanfaat saat mengeksplorasi intervensi sistem kesehatan yang kompleks (Goicolea, 2013). *Realist Evaluation* dimulai dengan rumusan teori dibalik perkembangan intervensi, yang dikenal dengan teori program. Teori program dirumuskan berdasarkan tinjauan literatur dan dokumen dan/atau pengalaman pemangku kepentingan yang terlibat dalam intervensi, dan menjelaskan bagaimana intervensi tersebut diharapkan dapat menghasilkan perubahan (Marchal, dkk., 2012).

Teori *Realis evaluation* (RE) dikembangkan oleh Pawson dan Tilley pada tahun 1997. RE adalah pendekatan yang digerakkan oleh teori untuk memahami apa itu tentang program yang mencapai hasil tertentu dalam satu pengaturan dan hasil yang berbeda di bagian lain. Sangat cocok untuk intervensi sosial di mana hasil ditentukan melalui aksi dan interaksi pemangku kepentingan, yang pada gilirannya cenderung dipengaruhi oleh norma-norma sosial dan budaya. Ditopang oleh prinsip bahwa konteks (C) akan memicu mekanisme (M) untuk menghasilkan *outcome* (O), evaluasi realis melampaui memfokuskan murni pada input dan output; melibatkan mengeksplorasi dan mengidentifikasi mekanisme di mana input dikonversi di dalam 'kotak hitam' menjadi output, dan mengakui kebutuhan untuk

adisi tertentu (atau konteks) untuk hadir di dalam kotak hitam untuk mekanisme sebab-akibat yang akan dipicu dan menghasilkan hasil tertentu.





Hubungan antara konteks, mekanisme, dan hasil disajikan sebagai 'konfigurasi CMO' (Geetha Ranmuthugala, et.al., 2011).

Dasar dari teori program terdiri dari konfigurasi *Context-Mechanisme-Outcome*, yang menggambarkan pola atau rantai sebab-akibat: **komponen intervensi tertentu memicu mekanisme tertentu dalam individu (atau kelompok individu) yang menghasilkan hasil tertentu**. Teori program kemudian diuji melalui penelitian empiris dari kasus dimana intervensi telah dilaksanakan. Analisis data berfungsi untuk memperbaiki teori program awal. *Realist Evaluation* memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang hubungan antara program dan hasil dengan mengeksplorasi interaksi antara program, aktor, konteks dan mekanisme, dan akibatnya menawarkan hasil yang dapat ditindaklanjuti oleh pengambil keputusan (Pawson, 2013). *Realist Evaluation* didukung oleh realisme kritis, dan mendorong pendekatan berbasis teori untuk evaluasi program, yang menyiratkan bahwa untuk menjelaskan apa yang terjadi, penting untuk memahami komponen di belakangnya. Peneliti mendefinisikan program sebagai " setiap intervensi atau proyek baru yang bertujuan memperbaiki keadaan " (Timmins dan Miller, 2007). Dalam perawatan kesehatan, intervensi secara alami cukup rumit karena sifat konteksnya tertanam, dan sifat dari masalah yang mereka hadapi (Pawson et al., 2011), itulah sebabnya pendekatan realist untuk memahami komponen program menjadi semakin menarik.



RE ini akan dilakukan dalam empat tahap seperti yang ditunjukkan  
a Tabel 1 sesuai dengan empat komponen siklus evaluasi realist (teori,

pembuatan hipotesis, observasi, dan spesifikasi program) seperti yang dijelaskan oleh Pawson dan Tilley.

**Tabel 2. Pendekatan empat tahap untuk evaluasi realis**

Tahap	Aktivitas	Analisis	Tujuan
1. Teori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinjauan sistematis literatur</li> <li>• Wawancara semi-terstruktur dengan sumber daya manusia program</li> <li>• Merumuskan konfigurasi CMO</li> </ul>	Kualitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tema dan kategori sebagai hasil, mekanisme, dan faktor kontekstual</li> <li>• Merumuskan konfigurasi CMO potensial</li> </ul>	Berikan dasar teoritis untuk evaluasi realis
2. Pembuatan hipotesis	Hasilkan hipotesis berdasarkan konfigurasi CMO	Ubah konfigurasi CMO ke dalam hipotesis	Merumuskan hipotesis yang akan diuji selama tahap ketiga
3. Observasi	Survei program	Kuantitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi konfigurasi CMO yang terjadi dengan keteraturan</li> <li>• Analisis Jaringan Sosial</li> </ul>	Uji dan terima, tolak, atau modifikasi hipotesis. Periksa struktur hubungan profesional dan sosial serta aliran informasi dan pengetahuan di dalam program
4. Spesifikasi program	Tinjau analisis dari tahap ketiga	Perbaiki konfigurasi CMO berteori berdasarkan pengujian hipotesis	Tentukan konfigurasi CMO yang menjelaskan bagaimana, kapan dan mengapa program meningkatkan praktik perawatan kesehatan

*Sumber: Pawson and Tilley (1997) dalam Geetha Ranmuthugala, et.al., (2011).*

Tahapan akan dilakukan secara berurutan sehingga temuan dari setiap tahap akan menginformasikan tahap berikutnya, dan tahap akhir akan melibatkan meninjau temuan dari tahap ketiga untuk mengkonfirmasi,



memodifikasi, atau menolak hipotesis berbasis teori yang dihasilkan di tahap kedua.

**Tahap 1:** Tahap pertama evaluasi realis melibatkan pengembangan teori kandidat tentang peran program dalam meningkatkan praktik perawatan kesehatan dan konfigurasi CMO potensial. Ini dimulai dengan pencarian sistematis dan tinjauan literatur perawatan kesehatan yang mengidentifikasi karakteristik program dan hasil yang dicapai. Dengan memfokuskan peninjauan khusus pada sektor kesehatan, informasi yang dikumpulkan akan menjadi konteks khusus. Kegiatan selanjutnya di tahap pertama adalah mewawancarai sponsor dan sumber daya fasilitator dengan tujuan mengidentifikasi CMO yang nantinya akan digunakan untuk menghasilkan teori kandidat mengenai konfigurasi CMO yang menjelaskan peran program dalam meningkatkan praktik perawatan kesehatan. Data tambahan akan dikumpulkan pada sumber daya yang ditawarkan kepada anggota dan sarana dimana dampak dinilai.

**Tahap 2:** Tahap kedua (pembuatan hipotesis) melibatkan pengulangan konfigurasi CMO berteori dalam tahap satu sebagai hipotesis untuk pengujian di tahap ketiga. Hipotesis ini akan dibingkai di sekitar hubungan teoretis antara CMO spesifik yang dapat menjelaskan hasil program yang berbeda, tergantung pada konteks di mana program beroperasi.



**Tahap 3:** Hipotesis yang dikembangkan dalam tahap kedua akan diuji selama tahap ketiga. Pengujian hipotesis ini akan membantu mengidentifikasi konfigurasi CMO yang terjadi dengan keteraturan, dan memberikan penjelasan yang mungkin untuk peran program dalam meningkatkan praktik perawatan kesehatan. Bagian kedua dari tahap ketiga akan melibatkan memperoleh informasi kontekstual tentang koneksi, hubungan, dan pertukaran pengetahuan yang terjadi dalam suatu program. Ini adalah, menurut definisi, elemen penting dari sebuah program dan membentuk konteks di mana hipotesis diuji.

**Tahap 4:** Tahap keempat dan terakhir adalah spesifikasi program, di mana peran berteori program dalam meningkatkan perawatan kesehatan dan konfigurasi CMO potensial dari tahap pertama akan ditinjau berdasarkan temuan di tahap ketiga. Konfigurasi CMO yang didukung dengan keteraturan akan membentuk dasar untuk menentukan penjelasan yang mungkin untuk peran program dalam meningkatkan praktik perawatan kesehatan.

Penelitian evaluasi bertujuan untuk " mencari tahu bagaimana dan dalam kondisi apa ukuran yang diberikan akan menghasilkan dampaknya " (Tilley, 2000). Dalam suatu *Realist Evaluation*, program dipandang sebagai teori (Pawson, 2003), dan intinya adalah menguji komponen

program untuk membangun teori. Teori program " menggambarkan teori yang dibangun ke dalam setiap program " (Westhrop et al., 2011). Dengan



kata lain, programmetesis mewakili bagaimana program dapat / harus mengarah pada perubahan.

Dalam teks baru-baru ini, Pawson (2013) mengidentifikasi ‘Seven Pillars of Realist Wisdom’ (Pawson, 2013, p3-12) dan menarik karya ilmuwan sosial, termasuk Popper dan Campbell, untuk menjelaskan fondasi metodologi Realist Evaluation.

1. Bhaskar, R. (1978) *A Realist Theory of Science*
2. Archer, M. (1995) *Realist Social Theory*
3. Elster, J. (2007) *Explaining Social Behaviour*
4. Merton, R. (1967) *On Theoretical Sociology*
5. Popper, K. (1992) *The Logic of Scientific*
6. Campbell, D.T (1988) *Methodology and Epistemology for Social Science*
7. Rossi, P. (1987) *The Iron Law of Evaluation*

Pemrakarsa pertama *Critical Realisme* adalah Bhaskar, pada tahun 1975 Bhaskar mengembangkan Model Aksi Sosial Transformasi dan mengemukakan konsep mekanisme generatif, yang kemudian menjadi prinsip dasar *Realist Evaluation*. Karya Bhaskar dimodifikasi dan diperluas oleh banyak penulis, termasuk Archer (1995), yang mengembangkan konsep lanjutan yang disebut 'morfogenesis'. Konsep ini dijelaskan di bawah karena berkaitan langsung dengan metodologi *Realist*

*evaluation* dalam hal hubungan kausal (Archer, 1995).



Archer (1995) mendefinisikan morfogenesis sebagai hubungan antara 'struktur' sosial dan 'agensi'. Pada suatu waktu, "agen" (yaitu individu manusia) dapat dipengaruhi oleh struktur sosial dan pengaruh ini pada gilirannya dapat mempengaruhi agen untuk mengubah perilaku atau pemikiran mereka. Efek ini pada agen kemudian dapat menyebabkan perubahan pada struktur awal. Penyebab dan pengaruh antara struktur dan agensi dapat berlanjut dalam siklus yang sedang berlangsung. Pemahaman morfogenesis semacam itu penting untuk mengembangkan teori tentang apa yang berhasil bagi siapa dalam keadaan apa (Pawson & Tilley, 1997), karena ini berarti seseorang tidak dapat memprediksi atau memperkirakan hasil yang sama dalam setiap situasi. Secara filosofis, *Realist Evaluation* duduk di antara positivisme dan konstruktivisme dan menggabungkan gagasan bahwa realitas diasumsikan ada dan hanya dapat ditangkap secara tidak sempurna. Positivisme adalah suatu aliran filsafat yang menyatakan ilmu alam sebagai satu-satunya sumber pengetahuan yang benar dan menolak aktivitas yang berkenaan dengan metafisik. Positivisme tidak mengenal adanya spekulasi, semua harus didasarkan pada data empiris. Positivisme dianggap bisa memberikan sebuah kunci pencapaian hidup manusia dan ia dikatakan merupakan satu-satunya formasi sosial yang benar-benar bisa dipercaya kehandalan dan akurasinya dalam kehidupan dan keberadaan masyarakat. Konstruktivisme merupakan landasan berfikir

(filosofi) pembelajaran kontekstual yaitu bahwa pengetahuan dibangun



oleh manusia sedikit demi sedikit, yang hasilnya diperluas melalui konteks yang terbatas dan tidak sekonyong-konyong.

Realis menganggap program sebagai interaksi sosial yang agak canggih di tengah-tengah realitas sosial yang kompleks. Evaluasi realis menekankan empat konsep terkait utama untuk menjelaskan dan memahami program: 'mekanisme', 'konteks', 'outcome', dan 'konfigurasi konteks-mekanisme-outcome' (Pawson & Tilley, 1997):

#### a. Konteks

Konteks menggambarkan fitur-fitur dari kondisi di mana program diperkenalkan yang relevan dengan operasi mekanisme program. Realisme menggunakan pemikiran kontekstual untuk mengatasi masalah 'untuk siapa' dan 'dalam situasi apa' sebuah program akan bekerja. Dalam pengertian 'konteks' terletak solusi realis untuk masalah obat mujarab. Untuk realisme, adalah aksiomatis bahwa konteks tertentu akan mendukung teori program dan beberapa tidak akan. Dan ini memberikan evaluasi realis tugas penting memilah yang satu dari yang lain.

Bergantung pada sifat intervensi, apa yang signifikan secara kontekstual mungkin tidak hanya berhubungan dengan tempat tetapi juga dengan sistem hubungan interpersonal dan sosial, dan bahkan dengan biologi, teknologi, kondisi ekonomi dan sebagainya. Ukuran standar perbedaan demografis dalam ilmu sosial, dalam hal jenis kelamin, usia, etnis, dan kelas, dalam dirinya sendiri tidak mungkin



untuk menangkap apa yang penting secara kontekstual, tetapi mungkin yang terbaik adalah indikator kasar. Kondisi yang menonjol juga harus diidentifikasi sebagai bagian dari teori program. Ini umumnya mengandaikan bahwa jenis subjek tertentu memiliki peluang yang lebih baik dan pengaturan kelembagaan tertentu lebih baik dalam mengirimkan barang. Pengetahuan kontekstual sangat penting bagi pembuat kebijakan. Program terbaik adalah program yang tepat sasaran dan gagasan tentang konteks adalah hal yang sangat penting untuk mencapai tujuan itu.

#### **b. Mekanisme**

Mekanisme menggambarkan apa itu tentang program dan intervensi yang membawa dampak apa pun. Mekanisme sering disembunyikan, karena cara kerja sebuah jam tidak bisa dilihat tetapi menggerakkan gerakan tangan yang terpola. Konsep realis ini mencoba untuk menghentikan kebiasaan linguistik malas mendasarkan evaluasi pada pertanyaan apakah 'program bekerja'. Sebenarnya, ini bukan program yang berfungsi tetapi sumber daya yang mereka tawarkan untuk memungkinkan subjek mereka membuat mereka bekerja. Proses bagaimana subyek menafsirkan dan bertindak atas intervensi siasat dikenal sebagai 'mekanisme' program dan itu adalah poros di mana penelitian realis berputar. Evaluasi realis dimulai dengan peneliti menempatkan proses potensial yang melaluinya suatu program dapat bekerja sebagai pendahuluan untuk mengujinya.





**c. Outcome**

Program hampir selalu diperkenalkan ke berbagai konteks, dalam arti bahwa mekanisme yang diaktifkan oleh intervensi akan bervariasi dan akan melakukannya sesuai dengan kondisi yang berbeda. Karena variasi yang relevan dalam konteks dan mekanisme yang demikian diaktifkan, program apa pun mungkin memiliki campuran outcome patterns. Pola hasil terdiri dari konsekuensi yang diinginkan dan tidak diinginkan dari program, yang dihasilkan dari aktivasi mekanisme yang berbeda dalam konteks yang berbeda. Realisme tidak bergantung pada ukuran hasil tunggal untuk memberikan putusan lulus / gagal pada suatu program. Juga tidak membuat perbedaan yang keras dan cepat antara output (target implementasi menengah) dan hasil (perubahan perilaku yang ditargetkan). Pola hasil dapat mengambil banyak bentuk dan program harus diuji terhadap berbagai ukuran keluaran dan hasil. Banyak yang harus dipelajari dengan memantau program-program di berbagai tindakan tersebut. Kita mungkin menemukan pengaruh pada titik A atau sehubungan dengan karakteristik B. Tetapi tidak ada perubahan yang dapat dilihat pada waktu C atau dalam kaitannya dengan properti D. Kemudian lagi, kita mungkin menemukan gerakan yang sangat tak terduga di E dan hasil yang tidak diinginkan di F. Menguraikan alasan untuk pola yang beraneka ragam seperti itu dapat memberi kita petunjuk penting tentang cara kerja program.



#### d. Pola konfigurasi konteks-mekanisme-*outcome*

Pada saat ini harus jelas bahwa evaluasi realis tidak banyak digunakan untuk gagasan 'menemukan -intervensi-X-yang-menyembuhkan-masalah-Y' dalam membangun program. Semua intervensi melibatkan berbagai gangguan dari keteraturan yang sudah ada sebelumnya dalam perilaku, peristiwa atau kondisi sosial, yang mengarah pada penciptaan banyak keteraturan baru. Variasi hasil semacam itu ditemukan secara rutin dalam program-program dari semua jenis. Setiap program yang diluncurkan secara nasional akan memiliki banyak pemenang dan pecundang dalam jumlah besar, dan perbedaan seperti itu akan terjadi di dalam dan di antara setiap uji coba program. Sifat dan sumber perbedaan internal ini adalah fokus utama perhatian dalam evaluasi realis.

Evaluasi realis adalah tentang pengujian dan penyempurnaan teori. Konfigurasi konteks-mekanisme-*outcome* (CMO) terdiri dari model yang menunjukkan bagaimana program mengaktifkan mekanisme di antara siapa dan dalam kondisi apa, untuk membawa perubahan dalam perilaku atau peristiwa atau keteraturan keadaan. Proposisi ini menyatukan variasi mekanisme dan variasi konteks yang relevan untuk memprediksi dan menjelaskan variasi pola hasil. Evaluasi realis kemudian mengembangkan dan menguji dugaan CMOC secara empiris. Tanda dari evaluasi yang baik adalah bahwa ia mampu menjelaskan tanda tangan rumit dari hasil.



Karena itu, 'temuan' evaluasi realis selalu berusaha menunjukkan konfigurasi fitur yang diperlukan untuk mempertahankan suatu program. Mari kita ambil contoh perangkat yang sangat sederhana yang digunakan untuk mencoba mengurangi pencurian domestik, yaitu 'penandaan properti' (menggunakan tag yang tak terhapuskan dan tak tergoyahkan). Agar dapat bekerja secara optimal dan efisien, bagaimanapun, memerlukan keselarasan yang kompleks antara implementasi dan faktor kontekstual. Penandaan properti bekerja lebih baik dalam mengurangi pencurian domestik jika tingkat keseluruhan properti yang ditandai tinggi; ketika target kejahatan terkonsentrasi dengan beberapa alternatif; dalam komunitas kecil yang terdefinisi dengan baik memberikan kondisi yang masuk akal untuk melacak harta curian; dengan publisitas persuasif yang hadir menunjukkan peningkatan risiko tertangkap; dan karenanya hanya dalam periode waktu terbatas.

#### **D. Faktor Penyebab Keberhasilan dan Kegagalan Kebijakan atau Program.**

Van Meter dan Van Horn (dalam Budi Winarno, 2008:146-147) mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai tindakan-tindakan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup

usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka



melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuantujuan yang telah ditetapkan.

Terdapat beberapa teori dari beberapa ahli mengenai implementasi kebijakan, yaitu:

1) Teori George C. Edward

Edward III (dalam Subarsono, 2011: 90-92) berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu:

- a) Komunikasi, yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (target group), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.
- b) Sumber daya, meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial.
- c) Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor



tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

- d) Struktur Birokrasi, Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

## 2) Model Donald Van Metter dan Carl Van Horn

Enam variabel menurut Van Metter dan Van Horn (dalam Musta'in, 2015), yang mempengaruhi kinerja kebijakan yaitu :

- a) Ukuran dan Tujuan Kebijakan.

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan.

- b) Sumber daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia

- c) Karakteristik Agen Pelaksana



Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan (publik) akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta sesuai dengan para agen pelaksananya. Selain itu, cakupan atau luas wilayah implementasi kebijakan perlu juga diperhitungkan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang dilibatkan.

d) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana.

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi orang-orang yang terkait langsung terhadap kebijakan yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan.

e) Komunikasi Antarorganisasi dan Aktivitas Pelaksana.

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implemmentasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi dan begitu pula sebaliknya.



f) Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik.

Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi publik dalam persepektif yang ditawarkan oleh Van Metter dan Van Horn adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi penyebab dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan.



## E. Matriks Penelitian Terdahulu

**Tabel 3**  
**Matriks Penelitian Terdahulu**

No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
1.	Gusti Ayu Resa Dyanti, Ni Luh Putu Suariyani (2016).  <a href="https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/3742/4767">https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/3742/4767</a>	Faktor-Faktor Keterlambatan Penderita Kanker Payudara dalam Melakukan Pemeriksaan Awal ke Pelayanan Kesehatan.  Jurnal Kesehatan Masyarakat	Studi observasional analitik dengan desain <i>case control</i> yang dilaksanakan pada bulan April-Mei 2015. Teknik pengambilan sampel yang digunakan <i>consecutive sampling</i> dan <i>convenient sampling</i> .	Jumlah sampel 108 orang	Terdapat enam faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan awal ke pelayanan kesehatan yaitu tingkat pendidikan (tingkat pendidikan rendah $p=0,001$ ; OR 5,67 dan tingkat pendidikan sedang $p=0,008$ ; OR 3,65), tingkat pengetahuan (tingkat pengetahuan kurang p. Ada hubungan tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, keterjangkauan biaya, keterpaparan informasi/ media masa, dukungan suami/keluarga, dan perilaku deteksi dini dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan awal ke pelayanan kesehatan. Tidak ada hubungan riwayat kanker payudara pada keluarga, keterjangkauan jarak, dan





No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
					dukungan teman dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan awal ke pelayanan kesehatan.
2.	<p>Ida Leida Maria1, Andi Asliana Sainal, Mapeaty Nyorong (2017).</p> <p><a href="https://media.neliti.com/media/publications/213095-risiko-gaya-hidup-terhadap-kejadian-kank.pdf">https://media.neliti.com/media/publications/213095-risiko-gaya-hidup-terhadap-kejadian-kank.pdf</a></p>	<p>Risiko Gaya Hidup Terhadap Kejadian Kanker Payudara pada Wanita.</p> <p>Jurnal MKMI</p>	<p>Jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan case control study, pengumpulan data menggunakan kuesioner, uji statistik bivariat menggunakan odds ratio dengan <math>\alpha=0,05</math> dan multivariat menggunakan analisis regresi berganda logistik.</p>	<p>Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap dan rawat jalan penyakit kanker payudara yang terdata di bagian rekam medik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yaitu sebanyak 352 pasien, RS Ibnu Sina sebanyak 535 pasien, RS Tk. II Pelamonia sebanyak 135 pasien, dan RS Islam Faisal sebanyak 231 pasien.</p>	<p>Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan OR, diketahui bahwa faktor risiko yang signifikan terhadap kejadian kanker payudara adalah konsumsi lemak <math>\geq</math> nilai rata-rata seluruh penderita/responden (<math>\geq 97</math>) (<math>p=0,005</math>, <math>OR=2,872</math>; <math>CI\ 95\%:1,410-5,849</math>), obesitas (<math>IMT \geq 25\ kg/m^2</math>) (<math>p=0,069</math>, <math>OR=1,942</math>, <math>CI\ 95\%:1,006-3,749</math>), merokok (<math>p=0,063</math>, <math>OR=2,002</math>; <math>CI\ 95\%:1,020-3,930</math>), dan stres (<math>p=0,012</math>, <math>OR=2,698</math>; <math>CI\ 95\%:1,294-5,624</math>). Stres merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara (<math>p=0,020</math>, <math>OR=2,657</math>; <math>CI\ 95\%:1,166-6,054</math>). Kesimpulannya adalah faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara pada wanita di Rumah Sakit Kota Makassar adalah</p>



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
					konsumsi lemak, obesitas, merokok dan stres. Faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara adalah stres.
3.	Iin Yulianti, Henry Setyawan S, Dwi Sutiningsih (2016). <a href="https://media.neliti.com/media/publications/137682-ID-faktor-faktor-risiko-kanker-payudara-stu.pdf">https://media.neliti.com/media/publications/137682-ID-faktor-faktor-risiko-kanker-payudara-stu.pdf</a>	Faktor-Faktor Risiko Kanker Payudara (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Ken Saras Semarang).  Jurnal Kesehatan Masyarakat	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik dengan metode observasional, dengan pendekatan <i>case control</i> .	Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Rumah sakit Ken Saras. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 80 responden. Terdiri dari 40 responden dalam kelompok kasus dengan kriteria, pasien dengan positif kanker payudara yang didiagnosa secara klinis. Pada kelompok kontrol terdiri dari 40 responden dengan kriteria, pasien yang tidak menderita kanker payudara berdasarkan hasil pemeriksaan klinis.	Hasil penelitian menunjukkan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kanker payudara berdasarkan analisis bivariat adalah riwayat kanker payudara pada keluarga (OR = 1,148 ; 95% CI : 0,794 – 6,488 ; p = 0,029) dan aktivitas fisik (OR = 1,222 ; 95% CI : 0,508 – 2,948 ; p = 0,032). Hasil penelitian yang tidak berpengaruh terhadap kanker payudara adalah usia responden, usia <i>menarcho</i> , usia menopause, lama menyusui, lama pemakaian kontrasepsi oral, pola konsumsi makanan berlemak, pola konsumsi makanan berserat, kegemukan/ obesitas, pola diet, perokok pasif dan konsumsi alkohol. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor risiko yang terbukti berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara adalah riwayat kanker payudara pada keluarga dengan dan aktivitas fisik/



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
					olahraga.
4.	<p>Jo Rycroft-Malone, Christopher R Burton, Joyce Wilkinson, Gill Harvey, Brendan McCormack, Richard Baker, Sue Dopson, Ian D. Graham, Sophie Staniszewska, Carl Thompson, Steven Ariss, Lucy Melville-Richards and Lynne Williams (2016).</p> <p><a href="https://pdfs.semanticscholar.org/6ec0/e66ae18871247e48dba24c7174a0177efe35.pdf">https://pdfs.semanticscholar.org/6ec0/e66ae18871247e48dba24c7174a0177efe35.pdf</a></p>	<p><i>Collective Action for Implementation: A Realist Evaluation of Organisational Collaboration in Healthcare.</i></p> <p><i>BMC Implementation Science</i></p>	Studi Kualitatif dilakukan antara tahun 2009 dan 2014	Lebih dari 200 peserta dilibatkan dalam wawancara semi-terstruktur, observasi dan pertemuan non-partisipan, dan keterlibatan pemangku kepentingan.	<p>Interkoneksi antara CMO menciptakan potensi untuk tindakan kolektif dalam implementasi. Hasil penelitian menunjukkan alur hubungan, yang dimulai dengan posisi pemangku kepentingan pada isu-isu utama kolaborasi, pengetahuan dan implementasi. Secara kolektif, posisi-posisi ini mempengaruhi bagaimana implementasi dalam konteks kolaborasi diatur dan dioperasionalkan. Tingkat keselarasan antara posisi dan fitur ini menentukan hasil. Peneliti berhipotesis bahwa penyelarasan yang lebih besar mengarah pada dampak yang lebih tepat waktu dan relevan bagi para pemangku kepentingan dan layanan. Pengembangan dan kemajuan implementasi melalui aksi kolektif akan dipengaruhi oleh pendekatan kolaborasi terhadap evaluasi dan pembelajaran dan respons mereka selanjutnya terhadap pemicu atau peristiwa.</p>
	Burrahman Hakim	Evaluasi Program	Penelitian ini	Subjek dalam penelitian	Dengan menggunakan hipotesis C-M-O,



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
	(2017). <a href="https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/29003/17414">https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/29003/17414</a>	Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Infeksi Daerah Operasi Pasca SC di Departemen Obsgin RSCM  Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia	menggunakan metode realist evaluation dengan pola context, mechanism, dan outcome. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan FGD kepada pihak terkait serta melakukan telaah dokumen dan observasi. Hasil penelitian dianalisis menggunakan analisis isi.	ini adalah IPCN, IPCN Link, Kepala Departemen, Kepala ruangan, DPJP, dan PPDS.	bahwa <i>context</i> sudah tepat, <i>mechanism</i> selain peran IPCN, sarana dan prasarana di ruang-ruang operasi juga memberikan andil yang cukup besar dalam penanggulangan masalah IDO, dan <i>outcome</i> terjadi penurunan angka kejadian IDO dan peningkatan kepatuhan.
6.	Saji S. Gopalan, Ashis Das, Ronald Mutasa (2014). <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274495/pdf/jphr-2014-3-04.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274495/pdf/jphr-2014-3-04.pdf</a>	<i>What makes health demand-side financing schemes work in low and middle-income countries? A realist review</i>  <i>Journal of Public Health Research</i>	Penelitian ini menggunakan metode <i>realist review</i> yang menilai jalur sebab-akibat dari program insentif keuangan yang diprakarsai oleh pihak pemerintah di LMIC.	Peneliti mencari enam basis data elektronik dan mengidentifikasi 659 abstrak dengan berbagai desain evaluasi. Berdasarkan ketelitian metodologis dan relevansi konten, hanya 24 penelitian yang dipublikasikan hingga	Hasil sintesis disajikan sebagai konfigurasi C-M-O untuk masing-masing efek sisi konsumen. DSF efektif untuk meningkatkan perilaku pencarian kesehatan secara signifikan dan status kesehatan sampai batas tertentu. Jalur kausal dari fungsi dan efektivitas DSF tidak linear. Faktor-faktor kontekstual utama sisi permintaan yang mempengaruhi efek samping konsumen



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
				<p>April 2013 yang dipilih untuk tinjauan akhir. Kerangka konseptual yang terdiri dari berbagai teori program tentang kemungkinan konfigurasi mekanisme-konteks-hasil (C-M-O) dari inisiatif DSF dirancang, diuji dan diadaptasi selama tinjauan.</p>	<p>DSF adalah karakteristik latar belakang dari penerima manfaat termasuk keyakinan sosial budaya mereka, motivasi, dan tingkat kesadaran kesehatan. Di sisi penawaran, status ketersediaan layanan dan insentif penyedia merupakan faktor penentu kontekstual. Mekanisme yang memungkinkan interaksi pengaruh kontekstual adalah konsumen dan akuntabilitas penyedia dan kepercayaan konsumen terhadap penyedia. Untuk meningkatkan keefektifan program DSF, desain dan implementasi mereka harus mempertimbangkan dengan hati-hati elemen kontekstual potensial yang dapat mempengaruhi jalur kausal.</p>
7.	Justin Jagosh, Paula L. Bush, Jon Salsberg, Ann C. Macaulay, Trish Greenhalgh, Geoff Wong, Margaret Fargo, Lawrence J. Green, Carol P.	<i>A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects</i>	Studi longitudinal dengan pendekatan realist evaluation	24 peserta (anggota masyarakat dan peneliti) dari 11 kemitraan diwawancarai.	Sebelum pengembangan kemitraan, norma budaya adalah untuk melihat kanker sebagai penyakit terminal yang tidak dapat dihindari untuk tidak disebutkan kecuali dalam retrospeksi di akhir kehidupan (konteks). Pengembangan dan penguatan kepercayaan antara mitra akademik dan



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
	Herbert and Pierre Pluye (2015).  <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520009/pdf/12889_2015_Article_1949.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520009/pdf/12889_2015_Article_1949.pdf</a>	<i>BMC Public Health</i>			masyarakat dari koalisi dan kepercayaan koalisi oleh anggota masyarakat secara luas (mekanisme) meningkatkan kesadaran akan kanker sebagai kondisi yang dapat diobati jika didiagnosis lebih awal, sehingga mendorong anggota masyarakat untuk berbicara tentang skrining kanker ( <i>outcome1</i> ). Akibatnya, stigma dan tabu di sekitar penyakit itu berkurang lembur ( <i>outcome1 -&gt; context2</i> ).
8.	Lawrence Doi, Ruth Jepson, Samantha Hardie (2017).  <a href="https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180569&amp;type=printable">https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180569&amp;type=printable</a>	<i>Realist evaluation of an enhanced health visiting programme</i>  <i>PLOS ONE Journal.</i>	Menggunakan pendekatan evaluasi realis, yang dilakukan dalam tiga fase	Pada fase pertama, delapan staf manajerial yang terlibat dalam pengembangan dan implementasi program menyediakan data, yang digunakan untuk mengembangkan teori-teori program awal. Pada fase dua, teori-teori program diuji menggunakan data kualitatif dari 25 pengunjung kesehatan	Konteks kunjungan ke rumah yang disediakan oleh program berinteraksi dengan mekanisme program dan menghasilkan hasil seperti identifikasi dini masalah kesehatan dan kesejahteraan di antara keluarga yang membutuhkan lebih banyak dukungan, yang mengarah ke rujukan dan keterlibatan dengan sumber bantuan tambahan. Kunjungan rumah memfasilitasi pengembangan hubungan pengunjung orangtua-kesehatan, dan orang tua menganggap pengunjung kesehatan sebagai titik kontak pertama



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
				dan 22 orang tua.	mereka pada masalah kesejahteraan dan perkembangan anak-anak. Selain itu, program ini memberikan kejelasan lebih kepada peran pengunjung kesehatan, yang pada gilirannya meningkatkan kerja kemitraan. Namun, ada aspek program yang mungkin memerlukan pengembangan lebih lanjut. Misalnya, kedua orang tua dan pengunjung kesehatan prihatin tentang kesenjangan yang lebar antara beberapa kunjungan rumah.
9.	Septiana Dwiputrianti (2015) <a href="http://stialanbandung.ac.id/ojs/index.php/jia/article/viewFile/80/pdf">http://stialanbandung.ac.id/ojs/index.php/jia/article/viewFile/80/pdf</a>	Evaluasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Rubini Kabupaten Pontianak	Penelitian ini menggunakan metode deskripsi kualitatif.	Wakil Bupati Pontianak, Sekretaris Daerah Kabupaten Pontianak, Asisten II Bagian Kesra Kabupaten, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Direktur RSUD Rubini Kabupaten Pontianak, Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Kabupaten, Kasi Perlindungan dan Pemeliharaan Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum semua warga tidak mampu mengantongi kartu Jamkesmas.</li> <li>2. Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak belum bisa mengefisiensikan anggaran jamkesmasda.</li> <li>3. Anggaran jamkesmasda ke BPJS PBI daerah cukup memadai, tetapi kouta jamkesmasda tidak menurun dari tahun sebelumnya sebanyak 25.409 jiwa.</li> <li>4. Kurang meratanya distribusi pemilik kartu jamkesmasda ke BPJS di</li> </ol>



No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
				Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Layanan Operasional BPJS, Staf BPJS, Kasi Pelayanan Keperawatan RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak, Lurah, Kepala Desa, RT (masing-masing 1 orang), dan 15 orang Masyarakat Penerima dan belum Menerima Jamkesmas.	seluruh desa dan kecamatan diantaranya ada warga tidak mampu yang belum menerima dan menikmati kartu Jamkesmas, Jamkesmasda dan BPJS. 5. Kurangnya partisipasi masyarakat menjadi peserta BPJS PBI daerah karena iuran perbulan sebesar Rp 25.500,- terlalu berat bagi warga tidak mampu di Kabupaten Pontianak.
10.	Indah Nur Lathifah, Agus Suryono, Minto Hadi (2014) <a href="https://media.neliti.com/media/publications/77286-ID-Implementasi-program-pelayanan-kesehatan.pdf">https://media.neliti.com/media/publications/77286-ID-Implementasi-program-pelayanan-kesehatan.pdf</a>	Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dengan Menggunakan Kartu Jakarta Sehat (Studi pada RSAB Harapan Kita dan RS Zahirah DKI Jakarta)	Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif.	a. Alur Prosedur Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan Menggunakan Kartu Jakarta Sehat. b. Pembiayaan Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan Menggunakan Kartu Jakarta Sehat. c. Pelayanan rumah sakit	Implementasi program pelayanan kesehatan masyarakat dengan menggunakan Kartu Jakarta Sehat (KJS) di RSAB Harapan Kita sebagai rumah sakit pemerintah dan RS Zahirah sebagai rumah sakit swasta sudah berjalan secara baik dan sesuai dengan peraturan yang dibuat oleh Pemprov DKI Jakarta serta sesuai dengan Kemenpan Nomor 63 Tahun 2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, namun faktor penghambat dalam





No.	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
				terhadap pengguna Kartu Jakarta Sehat.	implementasi Program Jakarta Sehat (KJS) berupa terbatasnya dana, kurangnya sumber daya manusia di bagian Satgas Gakin RSAB Harapan Kita dan kurangnya komunikasi RS Zahirah dengan PPKI (Puskesmas).



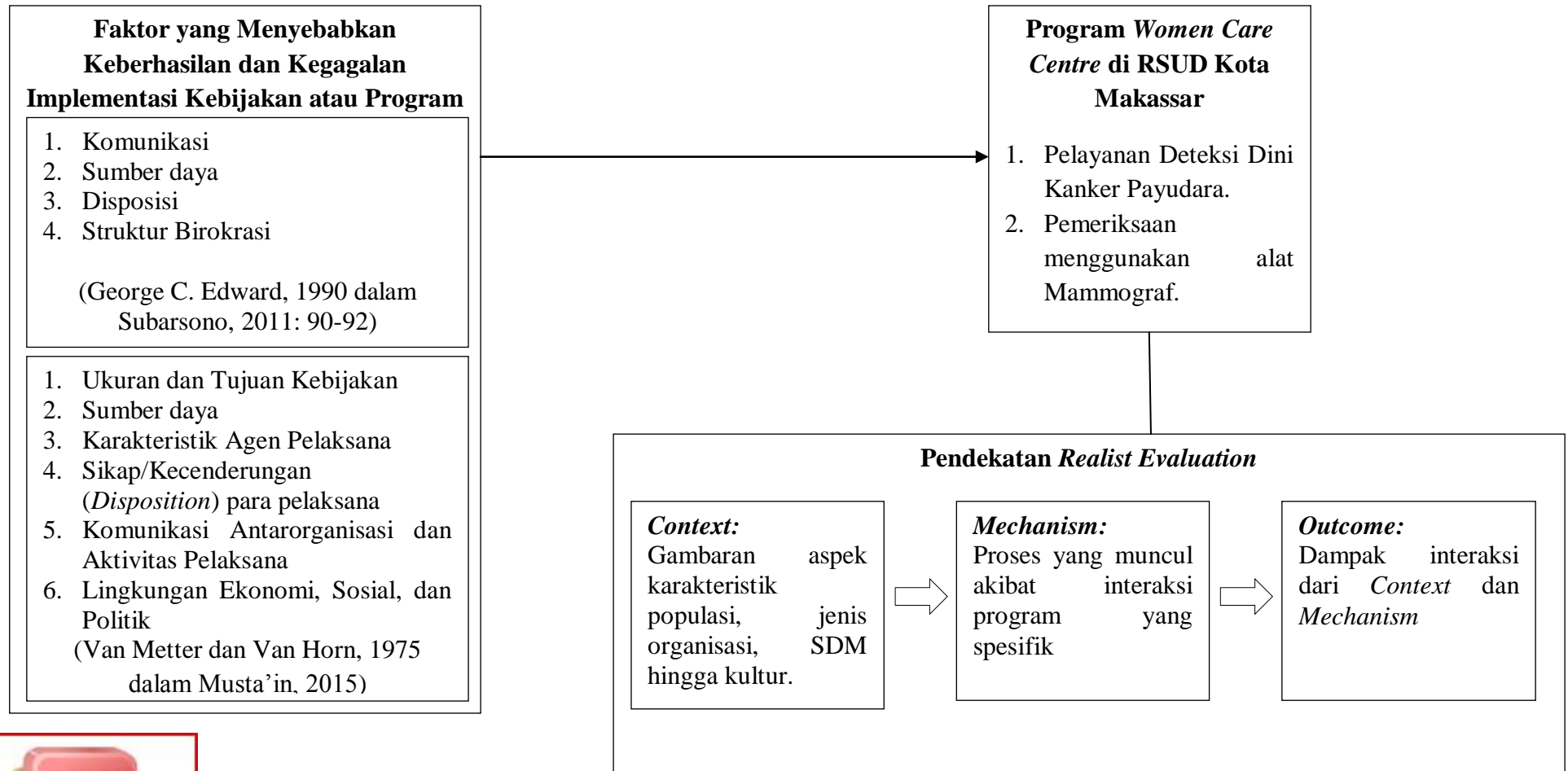
Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu subjek penelitian. Pada penelitian ini, peneliti melakukan penelitian sampai didapatkan sampel jenuh.

#### **F. Kerangka Teori**

Penelitian ini membahas mengenai gambaran implementasi program *Women Care Centre* untuk deteksi dini kanker payudara di RSUD Kota Makassar. Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*.

Hal ini dikarenakan hasil akhir penelitian dari metodologi *realist evaluation* bukanlah pernyataan 'efek ukuran' (karena program yang sama akan memiliki efek yang berbeda dalam konteks yang berbeda), tetapi penyempurnaan teori kisaran menengah yang membahas (sebagian atau semua) pertanyaan: apa yang berhasil, untuk siapa, dalam situasi apa, mengapa dan bagaimana? Bukti dapat mencakup data hasil primer, tetapi juga program dan pengaturan deskripsi yang menggambarkan elemen kontekstual serta interpretasi hasil oleh penulis penelitian (Merton RK, 1998 dalam Jagosh, et.al., 2015).





Gambar 1: Kerangka Teori



### BAB III KERANGKA KONSEP

#### A. Dasar Pemikiran Variabel

Ketersediaan fasilitas *Women Care Centre* untuk deteksi dini kanker payudara akan memberikan dampak yang positif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun ekonomis. Rumah sakit harus mengkoordinasi dengan baik pelaksanaan program tersebut agar dapat berfungsi secara optimal. Untuk mencapai hal tersebut perlu memperhatikan evaluasi program menggunakan pendekatan *realist evaluation* di RSUD Kota Makassar.

Pendekatan *realist evaluation* adalah menjelaskan asumsi yang mendasari atau teori tentang mekanisme di mana program (atau komponen program) dapat berfungsi. Kandidat teori tingkat menengah kemudian digunakan untuk memfokuskan pertanyaan penelitian dan mengembangkan protokol pengumpulan data. Berbagai data (yang mungkin kualitatif atau kuantitatif, dan biasanya kombinasi keduanya) dikumpulkan dan kemudian diuji terhadap teori kandidat melalui proses heuristik membangun, mengeksplorasi, dan menyempurnakan konfigurasi *context-mechanism-outcome* (CMO) (Merton RK , 1998 dalam Jagosh, et.al., 2015).

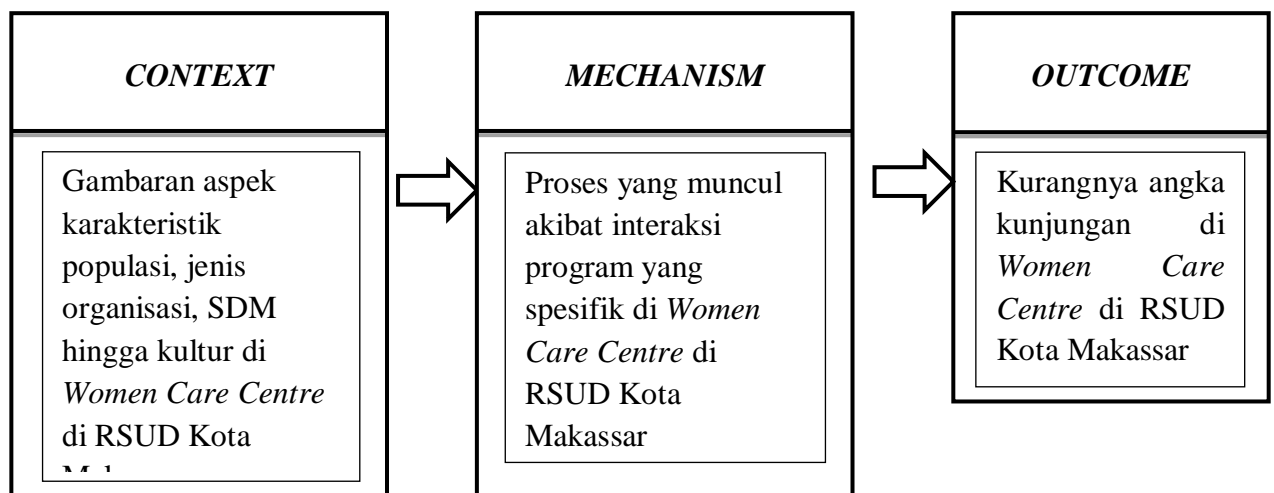


Berdasarkan kerangka teori yang telah disebutkan di atas, variabel-variabel yang diambil merupakan variabel yang dianggap penting, sesuai yang dapat dilakukan dalam proses penelitian ini. Variabel-variabel yang

akan diteliti merupakan variabel yang berasal dari unsur *context*. Unsur *Mechanism* menggambarkan proses tertentu dari konteks tertentu dan akhirnya menghasilkan *outcome*. Hal ini dikarenakan penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*. Variabel tersebut dijadikan sebagai variabel penelitian karena kemungkinan besar memberikan pengaruh terhadap implementasi penatalaksanaan program *Women Care Centre* di rumah sakit. Selain itu, variabel-variabel tersebut memungkinkan untuk diteliti di *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.

## B. Kerangka Konsep

Dari penjelasan di atas, maka didapatkan kerangka konsep yang tergambar seperti gambar di bawah ini berdasarkan pendekatan *Realist Evaluation*:



— : Variabel yang diteliti

- - - : Variabel yang tidak diteliti

**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**

### C. Definisi Konseptual

**Tabel 4**  
**Definisi Konseptual**

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Instrumen	Hasil Ukur
1.	<i>Context</i>	Aspek apa saja yang dianggap mempengaruhi kurangnya kunjungan pasien di <i>Women Care Centre</i> di RSUD Kota Makassar.	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen	a. Pedoman wawancara b. Literatur/dokumen terkait	Gambaran aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM hingga kultur di <i>Women Care Centre</i> di RSUD Kota Makassar.
2.	<i>Mechanism</i>	Proses-proses yang saling berinteraksi dalam pengimplementasian program <i>Women Care Centre</i> RSUD Kota Makassar.	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen	a. Pedoman wawancara b. Literatur/dokumen terkait	Gambaran proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik di <i>Women Care Centre</i> RSUD Kota Makassar.
3.	<i>Outcome</i>	Kurangnya angka kunjungan di <i>Women Care Centre</i> di RSUD Kota Makassar.	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara	Gambaran perubahan yang terjadi akibat interaksi antara <i>Context</i> dan <i>mechanism</i> di <i>Women Care Centre</i> di RSUD Kota Makassar.



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian mengenai Evaluasi Program *Women Care* dengan di RSUD Kota Makassar merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif yang menggunakan pendekatan *realist evaluation*.

Untuk mendapat informan yang sesuai dengan penelitian kualitatif dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan orang tersebut yang dianggap paling tahu dan dapat memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Martha & Kresno, 2016). Penelitian ini menggunakan metode wawancara, observasi dan telaah dokumen dalam pengumpulan data. Untuk menguji validasi data dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Triangulasi sumber yaitu mendapatkan data dengan melakukan wawancara kepada beberapa informan dan triangulasi teknik yaitu mendapatkan data dengan melakukan wawancara, observasi dan telaah dokumen ke sumber yang sama.

#### B. Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di unit *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar dengan alasan pentingnya evaluasi program yang dikemukakan

sebagai latar belakang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-April tahun 2019.



### C. Informan Penelitian

Informan penelitian adalah orang yang diharapkan memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar belakang penelitian (Maleong, 2007). Informan merupakan orang yang benar-benar mengetahui permasalahan yang diteliti. Informan dalam penelitian ini ditetapkan dengan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Kesesuaian berarti subjek dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan proses evaluasi program. Kecukupan berarti data yang diperoleh harus dapat menggambarkan seluruh kejadian yang berhubungan dengan implementasi program.

Untuk mendapat informan yang sesuai dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan orang tersebut yang dianggap paling tahu dan dapat memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Martha & Kresno, 2016). Berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan dalam penelitian kualitatif maka informan dalam penelitian ini antara lain :

1. Direktur Bidang Pelayanan Medik
2. Kepala Instalasi Radiologi/*Women Care Centre*
3. Kepala perencanaan dan Penunjang Medik
4. Kepala Bidang Pemasaran



Dokter ahli radiologi

Staf Instalasi Radiologi/*Women Care Centre*



Informan diatas dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki terkait seluruh kegiatan *Women Care Centre* dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang baik serta mampu mengemukakan pendapat dengan benar.

#### **D. Pengumpulan Data**

##### **1. Sumber Data**

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil wawancara terhadap beberapa informan serta yang dikumpulkan dari observasi langsung oleh peneliti di lapangan). Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada seperti data yang bersumber dari Rumah Sakit yang memiliki kaitan erat dengan penelitian yang dilakukan (Hasan, 2002).

##### **2. Instrumen Penelitian**

Sesuai dengan karakteristik dari penelitian kualitatif, instrumen utama penelitian adalah penulis itu sendiri. Namun, penelitian ini juga menggunakan instrument bantu berupa pedoman wawancara mendalam, pedoman observasi, alat dokumentasi (alat perekam dan kamera) serta catatan di lapangan.

Untuk pengumpulan data pada tiap variabel dapat dilihat pada tabel dibawah ini :



**Tabel 5**  
**Pembagian Metode Pengumpulan Data Berdasarkan Variabel Penelitian**

No	Varibel	Metode Pengumpulan Data			Sasaran Informan
		Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	
1.	<i>Context</i>	X	X	X	1. Wakil Direktur Bidang Pelayanan Medik 2. Kepala Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i> 3. Kepala perencanaan dan Penunjang Medik 4. Kepala Bidang Pemasaran 5. Dokter ahli radiologi 6. Staf Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i>
2.	<i>Mechanism</i>	X	X		1. Wakil Direktur Bidang Pelayanan Medik 2. Kepala Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i> 3. Kepala perencanaan dan Penunjang Medik 4. Kepala Bidang Pemasaran 5. Dokter ahli radiologi 6. Staf Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i>
	<i>Outcome</i>	X			1. Wakil Direktur Bidang Pelayanan



No	Varibel	Metode Pengumpulan Data			Sasaran Informan
		Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	
					Medik 2. Kepala Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i> 3. Kepala perencanaan dan Penunjang Medik 4. Kepala Bidang Pemasaran 5. Dokter ahli radiologi 6. Staf Instalasi Radiologi/ <i>Women Care Centre</i>



## E. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan, kemudian dilakukan proses pengolahan data dengan beberapa tahapan, seperti dibawah ini (Green & Thorogood dikutip dalam Martha & Kresno, 2016) :

1. Mengumpulkan data-data yang penting, melengkapi dengan catatan observasi dan membuat transkrip dari rekaman penelitian.
2. Memahami data dengan mendengarkan rekaman, membaca transkrip, dan membaca catatan pengamatan selama wawancara serta cacatan kesimpulan.
3. Catat ide-ide, gagasan yang timbul selama mempelajari data untuk dapat digunakan sebagai dasar untuk pengkategorian
4. Kalimat deskriptif yang telah ditulis selanjutnya diatur, dengan menandai dan menyusun pernyataan-pernyataan.
5. Memetakan pernyataan dari konteks aslinya kemudian menyusun kembali dalam konteks tematis yang baru. Aspek yang paling penting dalam kegiatan ini adalah mereduksi data yang dilakukan dengan membandingkan dan menyamakan data serta memotong dan menggabungkan beberapa pernyataan menjadi satu.
6. Kemampuan analisis peneliti untuk melihat hubungan antar pernyataan dan hubungan data-data secara keseluruhan.

Data yang telah diolah menghasilkan informasi. Informasi dari hasil

wawancara mendalam, observasi dan data sekunder selanjutnya dianalisis.

Penulis melakukan analisis secara deskriptif dengan membandingkan



seluruh unsur *context*, *mechanism*, dan *outcome* penyebab terjadinya kurangnya kunjungan pada *Women Care Centre* dengan *literature* yang digunakan penulis sebagai acuan sehingga ditemukan hasil perbandingan yang juga merupakan pembahasan dari hasil penelitian.

Teknik analisis data dalam penelitian ini mengikuti petunjuk Miles dan Huberman dalam Maleong, 2007 yang melalui tiga alur sebagai berikut:

1. Reduksi data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, dan memfokuskan pada hal-hal yang penting. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberi gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2. Penyajian data

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, tabel, bagan, hubungan antar kategori, flowchart dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.



### 3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan dalam penelitian adalah merupakan temuan yang baru yang sebelumnya pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu obyek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kasual atau interaktif, hipotesis atau teori.

## F. Keabsahan Data

Untuk melakukan uji validasi data dilakukan dengan triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Maleong, 2007). Adapun triangulasi yang dilakukan, yaitu :

### 1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber berarti mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Triangulasi sumber dilakukan peneliti dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan menanyakan pertanyaan yang sama kepada beberapa informan yang berbeda. Triangulasi sumber didapat dari informan yang berbeda jabatannya namun masih dalam serangkaian tugas pokok dan fungsi dalam perencanaan obat di instalasi farmasi rumah sakit.



## 2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Triangulasi teknik dilakukan peneliti dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan observasi. Triangulasi teknik dalam penelitian ini adalah melalui observasi, wawancara dan telaah dokumen.

## G. Penyajian Data

Penyajian data dari hasil wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen disajikan dalam bentuk narasi. Selain itu, untuk beberapa data hasil telaah dokumen disajikan dalam bentuk tabular dan gambar, misalnya tabel dan diagram alur sehingga memudahkan penulis dalam menginterpretasikan dan menggambarkan Evaluasi Program *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar.



## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Rumah Sakit

##### 1. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar semula adalah puskesmas yang berdiri pada tahun 1975 dengan nama Puskesmas Perawatan Daya. Pada tahun 1978–2002 Puskesmas Perawatan Daya meningkat menjadi Puskesmas Plus Daya. Pada Tahun 2002 berdasarkan terbitnya Surat Izin Rumah Sakit dari Dirjen Yanmedik Nomor: HK.01.021.2.4474 Tanggal 28 Oktober 2002, SK Walikota Makassar Nomor :50 pada Tanggal 6 November 2002 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 967/Menkes/SK/X/2008, maka dengan resmi statusnya berubah menjadi Rumah Sakit tipe C dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. Struktur dan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar dibentuk berdasarkan SK Walikota No. 5 Tahun 2007 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUD Kota Makassar dan Peraturan Walikota Makassar Nomor: 54 tahun 2009 tentang Uraian tugas jabatan struktural RSUD kota Makassar. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar juga merupakan Pusat Rujukan Pintu Gerbang Utara Makassar sesuai dengan Keputusan Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan berdasarkan SK Gubernur Nomor 13 tahun 2008. Dengan terbitnya Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Tipe B Keputusan





Menteri Kesehatan Nomor : HK.03.05/I/1043/12 , tanggal 20 Juni2012,  
RSUD Kota Makassar resmi menjadi Rumah Sakit Type B.

## 2. Visi RSUD Kota Makassar

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar yaitu “Rumah sakit dengan pelayanan yang Aman dan Nyaman Menuju Standar Kota Dunia”

## 3. Misi RSUD Kota Makassar

Misi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar adalah sebagai berikut:

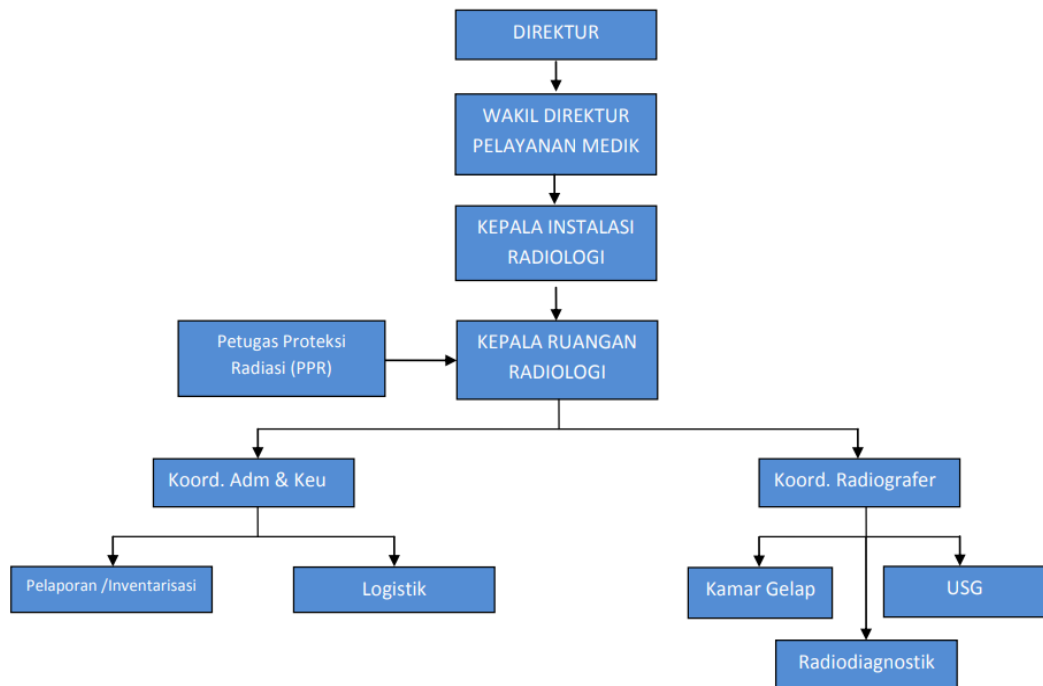
- a. Mendukung visi dan misi pemerintah kota dalam pelayanan kesehatan masyarakat
- b. Meningkatkan kompetensi SDM di seluruh lini pelayanan
- c. Melengkapi peralatan medis dan non medis dengan teknologi kedokteran mutakhir
- d. Mengadakan dan mengembangkan system informasi manajemen rumah sakit
- e. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar akreditasi
- f. Mengembangkan sarana dan prasarana rumah sakit yang lebih modern
- g. Meningkatkan kesejahteraan seluruh karyawan rumah sakit.



#### 4. Gambaran *Women Care Centre* RSUD Haji Makassar

*Women Care Centre* terletak di dalam Instalasi Radiologi. Instalasi Radiologi Rumah Sakit Daerah Kota Makassar terletak di bersebelahan dengan laboratorim, kamar operasi, gizi, dan bank darah. Letak Unit Radiologi Rumah Sakit Daerah Kota Makassar telah sesuai dengan standar pelayanan Radiologi diagnostik Kepmenkes RI No. 1014/MENKES/SK/XI/2008 bahwa Instalasi Radiologi mudah dijangkau dari ruangan gawat darurat, perawatan *intensive care*, kamar bedah dan ruangan lainnya. Unit radiologi mudah dijangkau dari IGD, kamar bedah dan ICU karena seperti kelompok pasien yang berasal dari kamar bedah sebelum melakukan tindakan pembedahan (operasi) maka setiap pasien harus melakukan pemeriksaan diagnostic dan penunjang lainnya (seperti foto *thorax* (dada), USG, CT-Scan) untuk keselamatan pasien. Adapun struktur organisasi instalasi farmasi di RSUD Kota Makassar yaitu :





Sumber : Data Primer RSUD Kota Makassar, 2019.

**Gambar 3.**  
**Struktur Organisasi Instalasi Radiologi di RSUD Kota Makassar**

## B. Karakteristik Informan

*Women Care Centre* merupakan tempat yang menjadi objek penelitian. Informan dipilih secara *purposive sampling* dengan menyesuaikan pada tujuan penelitian informan dalam penelitian ini adalah petugas Radiologi dan *Stakeholder* RSUD Kota Makassar. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *Realist Evaluation* yang dimaksudkan untuk mengetahui faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Woman Care Center* RSUD Kota Makassar.

Dalam penelitian ini dipilih 9 informan yang dianggap mengetahui dan menguasai terkait dengan program *Women Care Centre* di RSUD Kota



Makassar. Adapun untuk lebih jelasnya karakteristik informan dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 6.**  
**Karakteristik Informan yang Diwawancarai Terkait Faktor Penyebab Kurangnya Kunjungan pada Pelayanan *Woman Care Center* RSUD Kota Makassar Tahun 2019**

No.	Initial Informan	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	
			P	L
1	R1	51	-	√
2	R2	41	-	√
3	R3	38	√	-
4	R4	46	√	-
5	R5	53	√	-
6	R6	45	√	-
7	R7	38	-	√
8	R8	50	-	√
9	R9	42	√	-
<b>Total</b>			5	4

Sumber : Data Primer RSUD Kota Makassar, 2019.

Berdasarkan data di atas, sebagian besar informan adalah perempuan. Seluruh informan berusia 35 tahun ke atas.

### C. Hasil Penelitian

Pada bulan Maret 2017 *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar resmi melayani deteksi dini kanker payudara pada wanita. Berdasarkan data kunjungan pasien dari tahun 2017-2019, tercatat 10 pasien yang telah menggunakan pelayanan tersebut. Peneliti melakukan penelitian ini untuk mencari faktor-faktor yang menyebabkan kurangnya kunjungan pasien ke *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar. Penelitian menggunakan

dekatan *realist evaluation* melalui pencarian dan mengidentifikasi bagaimana program *Women Care Centre* (WCC) bekerja dengan melakukan



wawancara pendahuluan terhadap staf radiologi yang juga melayani WCC dan stakeholder yang terkait.

Untuk mencapai tujuan penelitian yaitu mendapatkan informasi mengenai evaluasi program *Woman Care Center* dengan pendekatan *Realist Evaluation* di RSUD Kota Makassar, maka peneliti menggunakan modifikasi teori Pawson & Tilley, 1997; George C. Edward, 1990 dan Van Metter & Van Horn, 1975;. Teori ini menyatakan bahwa dengan pendekatan *Realist Evaluation* dapat diketahui faktor-faktor yang menyebabkan keberhasilan dan kegagalan program. Dalam hasil penelitian ini dibahas evaluasi program *Woman Care Center* dengan pendekatan *Realist Evaluation* dari unsur *context* hingga unsur *outcome* sehingga mampu menjawab tujuan penelitian. Hasilnya peneliti menggambarkan C-M-O pada tabel berikut :

**Tabel 7. Hasil evaluasi *Context, Mechanisme, dan Outcome* pada program *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar.**

<i>Context</i>	<i>Mechanism</i>	<i>Outcome</i>
Ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program <i>Women Care Centre</i> .	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perencanaan dibuatnya <i>Women Care Centre</i> tidak melibatkan pihak Radiologi.</li> <li>2. Sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan.</li> <li>3. Ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf.</li> <li>4. Tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus <i>Women Care Centre</i>.</li> <li>5. Tidak ada honorium khusus untuk <i>Women Care Centre</i>.</li> <li>6. Minimnya sosialisasi ke masyarakat.</li> <li>7. Tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan.</li> </ol>	Kurangnya kunjungan pasien untuk melakukan deteksi dini ke pelayanan sejak beroperasi.

umber: Data Primer, 2019.



Hasil evaluasi CMO di atas dijelaskan sebagai berikut :

### 1. *Context*

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, bahwa gambaran *context* yang ditemui pada penelitian ini adalah ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program *Women Care Centre*. Program tersebut hanya berfokus pada pelayanan untuk deteksi dini kanker payudara menggunakan alat mammografi. Dilihat dari latar belakang dibentuknya *Women Care Centre* ini adalah tingginya angka kejadian kanker payudara pada wanita dan sebagai inovasi pelayanan yang belum pernah ada di Kota Makassar. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

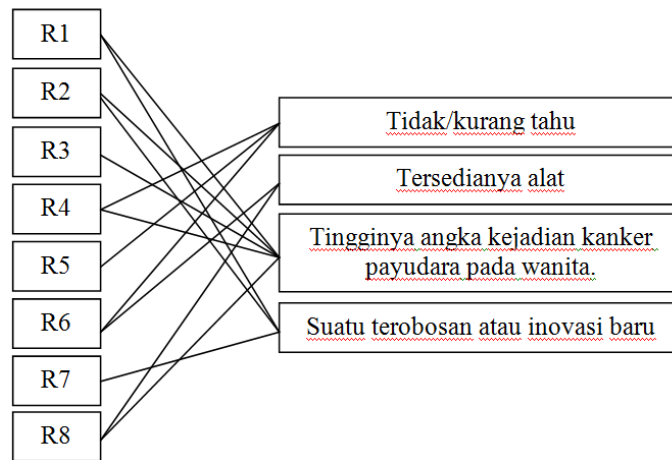
*“Women care centre ini kan kita fokus ke deteksi dini. Untuk sementara yang ada deteksi dini gangguan kanker payudara. Prinsipnya yang pertama, melayani pasien kanker payudara. Yang kedua, layanan itu belum ada di Kota Makassar. Yang ketiga, bahwa kita memang sanggup untuk menjalankan di rumah sakit ini. Karna kita punya asumsi bahwa pelayanan ini belum ada dilakukan di Kota Makassar. Juga angka kejadian cancer sangat tinggi dan termasuk penyakit yang sangat berbahaya makanya kita menyediakan pelayanan ini”*  
(R2, 42 tahun)

*“...Itu merupakan salah satu pendekatan yang dibuat rumah sakit sebagai suatu terobosan baru untuk melayani pemeriksaan dan pelayanan terhadap pasien terutama perempuan yang mengalami problem sehubungan dengan reproduksi wanita. Dan kita tahu persis bahwa angka kejadian tumor dan breast cancer cukup tinggi.”*  
(R1, 51 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang latar belakang dibentuknya pelayanan *Women Care Centre*, maka disusun

skema sebagai berikut :





**Gambar 4. Skema hasil wawancara dengan informan tentang latar belakang dibentuknya pelayanan *Women Care Centre***

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terjadi ketidakselarasan pengetahuan informan terkait latar belakang dibentuknya *Women Care Centre* (WCC). Terdapat 3 orang yang menyatakan tidak/kurang tahu perihal dibentuknya WCC, 2 orang mengatakan bahwa dikarenakan ada alat mammografi yang dibeli oleh rumah sakit, maka diadakanlah pelayanan WCC, 4 orang menyatakan bahwa tingginya angka kejadian kanker payudara pada wanita maka diadakanlah alat mammografi serta pelayanan tersebut, dan 3 orang menyatakan bahwa WCC sebagai suatu terobosan atau inovasi pelayanan kanker payudara pada perempuan yang belum ada di kota Makassar.

Pernyataan informan yang menyatakan bahwa mereka tidak/kurang tahu apa latar belakang didasari pembuatan *Women Care Centre* tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Saya tidak terlalu tahu apa dasarnya dibuat pelayanan WCC ini karna ini keputusan langsung dari Direktur.”*  
(R4, 46 tahun)



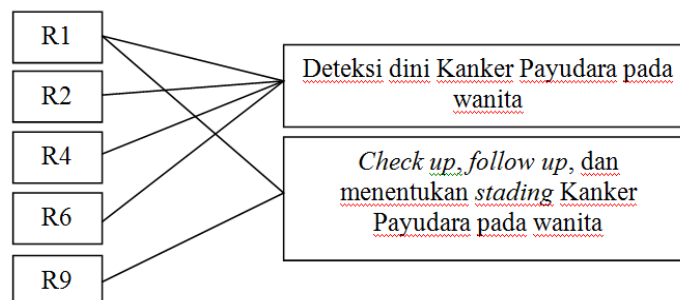
*“Sebenarnya saya dan radiographer di sini tidak tau apa sebetulnya latar belakang dibentuknya Women Care Centre ini. Tiba-tiba sudah ada alatnya (Mammograf) di sini. Kami hanya menjalankan saja. Mungkin yang lebih tau soal ini dari pihak Penunjang Medik dan Direktur”.*  
(R6, 45 tahun)

Dari latar belakang tersebut, dibentuklah *Women Care Centre* yang bertujuan melayani deteksi dini kanker payudara, *follow up*, dan menentukan *stading*. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Tujuannya yaitu untuk membantu deteksi dini. Semua masyarakat yang takut atau merasa khawatir ingin memastikan, silahkan datang ke rumah sakit ini.”*  
(R2, 41 tahun)

*“...Pelayanannya bukan cuma deteksi dini. Komplit sebetulnya. Deteksi dini, iya. Pelayanan terhadap follow up, iya. Menentukan stading juga, iya. Sudah terlanjur ada, kan. Stading penting untuk menentukan pengobatan. Misalnya, “oh, stadium ini terapinya harus seperti ini”. Semuanya komplit. Pelayanannya mulai dari pencegahan, diagnostic, dan penanganan. Komplit sebetulnya.”*  
(R1, 51 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang tujuan pelayanan *Women Care Centre*, maka disusun skema sebagai berikut :



**Gambar 5. Skema hasil wawancara dengan informan tentang tujuan pelayanan *Women Care Centre***

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terdapat 4 orang yang menyatakan tujuan *Women Care Centre* (WCC) adalah untuk deteksi





dini kanker payudara menggunakan alat mammografi dan orang menyatakan bahwa tujuan WCC adalah untuk *Check up, follow up*, dan menentukan *stading* Kanker Payudara pada wanita.

Berdasarkan hasil observasi, diketahui bahwa terdapat pelayanan pendukung untuk kesehatan wanita seperti pelayanan deteksi dini kanker serviks namun tidak dimasukkan dalam pelayanan *Women Care Centre*.

## 2. *Mechanism*

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, bahwa gambaran *mechanism* yang ditemui dalam penerapan *Women Care Centre* adalah implementasi program *Women Care Centre* ini berjalan. Hal-hal yang menyebabkan ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program *Women Care Centre* adalah sebagai berikut:

### a. **Perencanaan dibuatnya *Women Care Centre* tidak melibatkan pihak Radiologi**

Terlaksananya program ini tentunya melibatkan berbagi aktor dengan peran-peran tertentu. Mulai dari perencanaan hingga program ini berjalan. Adapun aktor-aktor yang terlibat adalah Pemerintah Kota Makassar dalam hal ini Walikota Makassar, Ketua Yayasan Kanker Payudara Indonesia, dan pihak rumah sakit dalam hal ini Direktur, Penunjang Medik, radiographer, dan dokter ahli (radiolog dan ahli bedah onkologi).



Perencanaan dibentuknya *Women Care Centre* tidak terlepas dari dukungan pemerintah setempat tentunya dengan koordinasi bersama pihak rumah sakit. Bersama rumah sakit, Pemerintah menggagas dan membentuk sebuah inovasi yang dinamakan *Women Care Centre*. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Semua ini berangkat dari harapan pemerintah Kota Makassar bahwa kita sebagai institusi yang berada di bawah pemerintah Kota Makassar harus selalu inovatif. Melihat apa kira-kira potensi yang kita miliki yang kita bisa gunakan untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada masyarakat Kota Makassar. Di situlah kita olah inovasi-inovasi ini. Kalau di bagian penunjang dimaksimalkanlah di bagian Radiologi untuk WCC ini.”*  
(R2, 41 tahun)

*“Pemerintah mendukung sekali. Justru pemerintah yang merencanakan dibentuk pelayanan ini dengan bekerja sama dengan rumah sakit.”*  
(R9, 42 tahun)

*Women Care Centre* turut didukung oleh Yayasan Payudara Indonesia dengan kehadiran Ketuanya pada saat *WCC* resmi dioperasikan serta dalam bentuk sosialisasi. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Dukungan financial tentu kita dalam hal pengadaan alat dan bahan medis yang dibutuhkan termasuk juga sumber daya manusia kita alokasikan ke situ bahwa memang terlatih dan sanggup melakukan pelayanan tersebut. Intinya kita anggarkan untuk kebutuhan BHPnya. Selama pasiennya memang ada, kita support.”*  
(R2, 41 tahun)

Namun, dalam perencanaan pembentukan *Women Care Centre* tidak dilibatkan pihak dari Radiologi selaku instalasi yang menaungi dan pelaksana pelayanan *Women Care Centre*. Diketahui bahwa pihak radiologi hanya melaksanakan tugasnya dalam hal



melayani pasien saja. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Untuk perencanaan terus terang tidak pernah dibicarakan kepada kepala instalasi radiologi. Kalau kita (radiologi) sebagai pelaksana saja. Bukan kita yang membentuk ini WCC.”*  
(R5, 53 tahun)

*“Radiographer di sini hanya melaksanakan saja. Untuk masalah hubungan dengan pihak rumah sakit diatur oleh bagian Penunjang Medik. Mereka yang melakukan interaktif keluar dan kami bertugas melayani pasien saja.”*  
(R9, 42 tahun)

Seluruh elemen di dalam rumah sakit dilibatkan dalam pelaksanaan *Women Care Centre*. Dalam pemeriksaan pasien ke *Women Care Centre* juga melibatkan poli bedah yang didalamnya terdapat dokter ahli onkologi. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Untuk pengoperasian alat ini harus bekerja sama dengan dokter onkologi. Tidak semua pasien harus dilakukan tindakan mammografi. Alat ini radiasinya cukup tinggi, dokter biasanya merujuk untuk dilakukan usg mammae saja. Kalo terdeteksi memang ada, baru di mammografi. Mengingat radiasinya yang cukup tinggi, kesian pasiennya kalo hanya skrining saja. Kalo setelah di USG di temukan memang ada kelainan, dokter mau lebih jelas liat letaknya, baru dilakukan tindakan mammografi.”*  
(R6, 45 tahun)

*“Pernah di sosialisasikan ke staf lain dan poli-poli. Waktu peresmian semua perwakilan poli juga hadir termasuk dokter-dokter spesialis juga banyak yang tahu.”*  
(R3, 48 tahun)

*“Awal dibentuk WCC ini sudah dilakukan sosialisasi. Kita promosikan, bahkan ada beberapa staf yang di check up.”*  
(R9, 42 tahun)

#### **b. Sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan.**

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa sistem rujukan turut memengaruhi pelayanan *Women Care Centre*



RSUD Kota Makassar. Secara internal, pasien tidak langsung dirujuk ke *Women Care Centre*, melainkan pasien diperiksa ke USG terlebih dahulu. Hal ini dikarenakan tingginya paparan radiasi alat mammografi dan berdasarkan anjuran dari dokter yang merujuk dari poli bedah yang merupakan dokter ahli onkologi. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“...biasanya untuk meminimalisir risiko paparan radiasi alat mammografi ke pasien biasanya di USG dulu jadi misalnya kalau telah dilakukan pemeriksaan USG, dan ternyata ditemukan ada kelainan, biasanya akan dilanjutkan ke pemeriksaan Mammografi. Tapi kalau tidak ada kelainan, tidak perlu diperiksa mammografi. Tapi check up itu cuma USG dan dokter radiologinya pun meminta hal seperti itu.”*

(R9, 42)

*“Sebenarnya pasien yang bisa diperiksa ke sini itu banyak, hanya saja alat mammografi ini punya tingkat radiasi yang tinggi dibandingkan dengan pemeriksaan yang lain. Jadi kalau ada pasien yang datang dengan diagnose Ca Mammae atau tumor yang harus di mammografi, itu diarahkan dulu ke pemeriksaan USG. Karna dengan pemeriksaan USG juga bisa didapat hasilnya kecuali jika butuh sekali pemeriksaan menggunakan alat mammografi, baru dilakukan pemeriksaan.”*

(R3, 38 tahun)

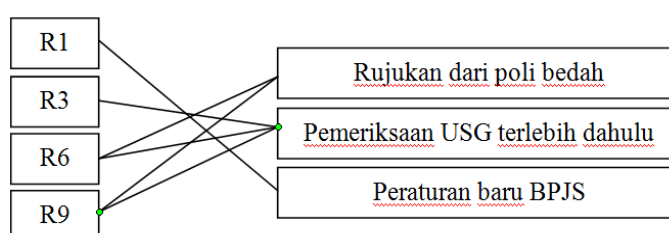
Namun, adapula yang beranggapan bahwa sistem rujukan eksternal berdasarkan peraturan terbaru oleh BPJS turut memengaruhi kunjungan pasien ke *Women Care Centre*. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“...sistem rujukan ini yang membatasi pasien datang di sini. Agak sulit memang. Secara sistem (BPJS) harusnya tidak langsung ke sini, ke faskes tingkat pertama dulu. Tidak seperti dulu pasien memilih mau minta rujukan ke rumah sakit ini misalnya. Hampir 90% pasien sudah menggunakan BPJS dan sistem rujukannya secara online. Tingkat rujukan saya kira juga punya peranan. Apalagi RSUD Kota Makassar kan merupakan tipe B, jadi tidak serta merta langsung dirujuk ke sini (berjenjang). Jadi banyak*



*sekali pilihan. Setelah berlaku juga sistem itu pasien jadi sedikit sekali. Karna ssstem rujukan online. Otomatis tidak langsung ke sini.banyak hal, mungkin salah satunya itu tadi.”*  
(R1, 51 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang sistem rujukan pelayanan *Women Care Centre*, maka disusun skema sebagai berikut :



**Gambar 6. Skema hasil wawancara dengan sistem rujukan pelayanan *Women Care Centre***

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terdapat 2 orang yang menyatakan bahwa pasien yang datang ke *Women Care Centre* harus melalui rujukan dari dokter poli bedah onkologi, 3 orang menyatakan bahwa pasien terlebih dahulu diperiksa dengan USG, dan 1 orang menyatakan bahwa peraturan terbaru BPJS turut memengaruhi kunjungan pasien ke *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar.

### c. Ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa tidak tersedianya bahan habis pakai (BHP) berupa film yang digunakan untuk mencetak hasil pemeriksaan alat Mammograf. Hal ini dikarenakan kurangnya pasien yang memeriksakan diri ke pelayanan sehingga mengakibatkan BHP lama tidak digunakan



hingga akhirnya *expired*. Mengingat BHP memiliki masa *expire* hingga 1 tahun. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“...bahan habis pakainya yang sudah kadaluarsa. Karna sedikit pasien, otomatis lama tidak terpakai bahan habis pakainya yang maksud saya itu, filmnya. Kadaluarsanya film itu hanya sampai satu tahun. Jadi kalau dalam satu tahun tidak ada pasien, tahun depannya sudah tidak bisa digunakan filmnya karna sudah tidak memungkinkan menghasilkan gambar yang bagus.”*  
(R6, 45 tahun)

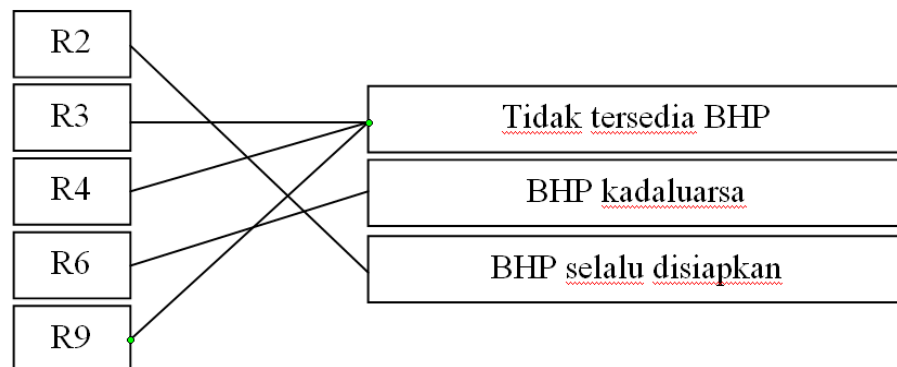
*“Saya kira yang lebih mempengaruhi itu adalah dari faktor internal. Alat ada tapi BHP nya tidak ada. Otomatis kalau ada pasien yang mau masuk di periksa otomatis itu yang menghambat. Dan pernah terjadi hal seperti itu. Sebenarnya untuk pemesanan BHP kalau pelunasannya cepat otomatis pengadaannya juga cepat. Tapi untuk pemesanan itu diurus oleh bagian Penunjang Medik.”*  
(R9, 42 tahun)

Terkait masalah pengadaan BHP ini ditangani oleh pihak Perencanaan, Pengembangan Pelayanan Penunjang Medik. Untuk anggaran dan pemesanan BHP telah dilakukan. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Intinya kita anggarkan untuk kebutuhan BHPnya. Selama pasiennya memang ada, kita support. Untuk BHPnya kita selalu siapkan. Tapi karna tidak ada pasien akhirnya BHPnya expire. Setelah expire baru kita pesan lagi. Pengadaanya kan butuh 1-2 minggu baru masuk lagi bahannya.”*  
(R6, 45 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan bahan habis pakai alat mammografi, maka disusun skema sebagai berikut :





**Gambar 7. Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan bahan habis pakai alat mammografi**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terdapat 3 orang yang menyatakan bahwa tidak tersedianya BHP alat mammografi sehingga pasien tidak dapat diperiksa, 1 orang menyatakan bahwa BHP ada tapi sudah kadaluarsa sebab kurangnya pasien yang diperiksa, dan 1 orang menyatakan bahwa BHP selalu disiapkan dan dianggarkan.

**d. Tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus *Women Care Centre***

Terkait pendidikan dan pelatihan kepada staf terkhusus pelayanan *Women Care Centre* tidak dilakukan. Diketahui bahwa pernah dilakukan satu kali pelatihan dalam bentuk pengoperasian alat Mammograf oleh pihak vendor alat. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Sebenarnya ada pelatihannya tapi khusus di Makassar tidak ada. Terkhusus yang *Women Care Centre* ini kami langsung dilatih begitu alatnya sudah ada. Dan kami dilatih selama 2 hari.”*  
(R6, 45 tahun)

*“Secara internal ada pelatihan. Sejak diinstal alatnya itu kita sudah lakukan peatihan yang dilatih dari vendornya alat tersebut.”*  
(R2, 41 tahun)



Setelah dilakukan pelatihan tersebut, diakui bahwa staf radiologi telah paham dan mampu mengoperasikan alat Mammograf. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Staf semua mengerti tapi untuk pemahaman yang lebih jauhnya lagi mereka belum terlalu paham. Karna itu tadi tidak pernah ada pelatihan khusus. Hanya pelatihan pengoperasian alat”*  
(R9, 42 tahun)

*“Semua staf radiologi harus tahu dan sudah bisa mengoperasikan alat mammografi ini. Kecuali staf bagian administrasi itu tidak karna dia bukan ahlinya ke situ.”*  
(R6, 45 tahun)

**e. Tidak ada honorium khusus untuk Women Care Centre**

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, bahwa tidak ada honorium khusus *Women Care Centre* kepada staf. Untuk jasa pelayanan sudah digabung dalam bentuk remunerasi. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Kita pakai sistem remunerasi. Jadi semua pelayanan itu, outputnya selain hasil yang bagus, tenaganya juga akan mendapatkan reward sesuai dengan tindakan yang diberikan.”*  
(R2, 41 tahun)

*“Khusus untuk WCC tidak ada honorium. WCC ini kan termasuk dalam pemeriksaan radiologi jadi untuk upahnya sudah digabung dengan pemeriksaan lain.”*  
(R3, 38 tahun)

**f. Minimnya sosialisasi ke masyarakat**

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa masyarakat kurang memanfaatkan pemeriksaan menggunakan Mammograf dan lebih memilih diperiksa dengan USG. Hal ini dikarenakan tingginya radiasi yang ditimbulkan oleh alat Mammograf dan rasa sakit yang timbul ketika diperiksa





menggunakan mammograf. Mengingat cara kerja alat Mammograf dengan cara payudara pasien dijepit sehingga timbul rasa takut ketika akan diperiksa dengan Mammograf. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“...karna radiasi alat mammografi tinggi sehingga orang-orang lebih memilih pemeriksaan USG. Dan juga pasien merasa sakit bila diperiksa dengan alat mammografi karna ketika diperiksa payudara perempuan itu dihimpit dengan alatnya.”*  
(R4, 46 tahun)

*“...pasiennya juga rata-rata takut untuk memeriksakan dengan mammografi karna radiasi alat ini kan juga cukup besar. Jadi mereka dominan memeriksa ke USG. Tapi kalau kita berikan pengertian dengan baik ke pasien pasti akan mengerti.”*  
(R9, 42 tahun)

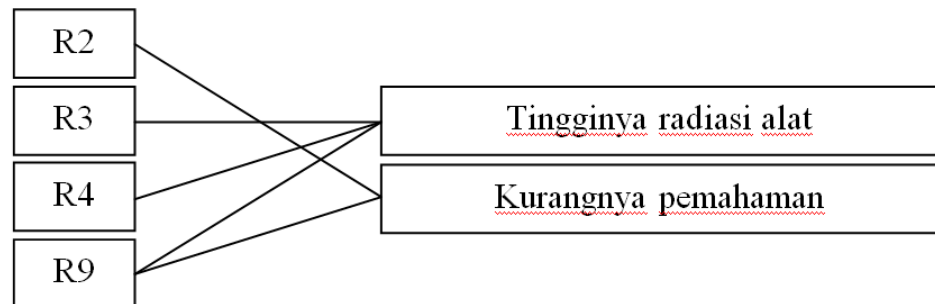
Adapun kekhawatiran masyarakat untuk memeriksakan diri dengan Mammograf juga kemungkinan dipicu oleh kurangnya pemahaman masyarakat terhadap pelayanan *Women Care Centre* dan juga istilah asing yang masih belum familiar terdengar di masyarakat. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“...boleh jadi oleh kelompok yang pendidikannya masih rendah mungkin dia belum tau kalau ada pelayanan seperti ini. Atau mungkin juga masih merasa risih tidak mau memeriksakan dirinya. Tapi ini perlu diuji juga.”*  
(R2, 41 tahun)

*“Kan WCC itu lebih cenderung ke pencegahan dini. Mungkin masih tabu di masyarakat kalau mendengar Ca kan, malu, masih takut, biasanya mereka kalau parah baru datang. Padahal WCC itu kan, kita mau mencegah sejak dini, bukan pengobatan saja. Kalau masih kecil biasanya tidak mau berobat, tidak mau periksa. Kesadaran masyarakat yang perlu ditingkatkan.”*  
(R9, 42 tahun)



Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang rasa takut masyarakat diperiksa menggunakan alat mammografi, maka disusun skema sebagai berikut :



**Gambar 8. Skema hasil wawancara dengan informan tentang rasa takut masyarakat diperiksa menggunakan alat mammografi**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terdapat 3 orang yang menyatakan bahwa tingginya radiasi yang dihasilkan oleh alat mamografi sehingga masyarakat lebih memilih diperiksa menggunakan USG, dan 2 orang menyatakan bahwa kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya deteksi dini kanker payudara.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa masih kurangnya sosialisasi terkait pengenalan *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar ke publik. Adapun bentuk promosi yang dilakukan oleh rumah sakit lewat media cetak berupa brosur, pamflet, dan lewat media elektronik dalam bentuk online di website.

Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Saya kira yang paling urgent adalah masih minim sosialisasi. Pemasaran ke masyarakat luar masih kurang.”*  
(R2, 41 tahun)



*“Mungkin perlu lagi sosialisasi yang lebih luas ke masyarakat. Karna kalau promosinya luas, maka kesadaran masyarakat untuk ke pelayanan juga meningkat. Ini kan preventif seharusnya. Harus lebih digiatkan lagi.”*  
(R5, 53 tahun)

*“...cita-citanya bagus tapi promosinya yang kurang. Tapi yang jelas yang utama pasien harus ada pengenalan. Informasi keluar harusnya seperti dengan melakukan baksos atau apapun.”*  
(R8, 50 tahun)

Sosialisasi cukup gencar dilakukan pada awal *Women Care Centre* diresmikan dengan mendatangkan ibu-ibu *Persit Kartika Chandra Kirana* untuk memeriksakan diri secara gratis. Namun setelah itu, promosi hanya dilakukan lewat media cetak dan elektronik. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Pernah dilakukan proses pemasaran. Waktu pertama kali WCC diresmikan, dilakukan pemberitahuan dalam bentuk spanduk kalau di RSUD Kota Makassar sudah ada pemeriksaan Mammografi sehingga masyarakat tidak perlu jauh-jauh periksa ke rumah sakit lain. Pernah di sosialisasikan ke staf lain dan poli-poli. Waktu peresmian semua perwakilan poli juga hadir termasuk dokter-dokter spesialis juga banyak yang tahu.”*  
(R3, 38 tahun)

*“Selama ini yang saya lihat pihak manajemen itu sudah beberapa kali mengirim unit-unit ke sini. Sempat beberapa kali ada pemeriksaan gratis. Seperti bekerja sama dengan ibu-ibu *PERSIT* dengan mobilisasi massal. Tapi hanya sebatas itu.”*  
(R1, 51 tahun)

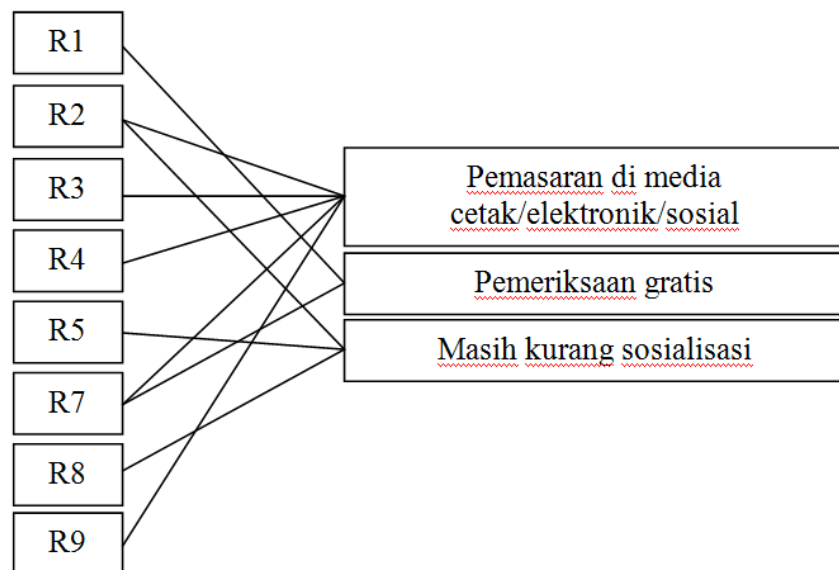
Namun, dari pihak pemasaran rumah sakit mengaku telah melaksanakan pemasaran terkait program *Women Care Centre* dengan maksimal. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Kami di humas itu sudah melakukan publikasi. Pertama, lewat media cetak, brosur, pamflet, kemudian lewat media elektronik, dalam bentuk online di website kami, kemudian di beberapa pertemuan sering kami sampaikan bahwa ada pelayanan WCC.”*



*Ada brosur, kemudian coba kalau kita lihat itu di website kami ada inovasi itu. Kemudian di beberapa pertemuanpertemuan. Pernah launching 2017 itu dihadiri langsung oleh Walikota Makassar beserta Ketua Yayasan Kanker Indonesia. Menurut kami sudah maksimal, tapi belum tahu masyarakat bagaimana. Dulu sempat ada beberapa kelompok ibu-ibu dari Persit Kartika Chandra Kirana itu melakukan pemeriksaan mammografi pada tahun 2017. Tapi setelah itu tidak pernah lagi. Mungkin kedepannya kita akan ubah metodenya. Sebelumnya bermain di brosur, pamflet, dan di website. Bisa ke depannya dengan MoU dengan lembaga lain.”*  
(R7, 38 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan tentang sosialisasi *Women Care Centre*, maka disusun skema sebagai berikut :



**Gambar 9. Skema hasil wawancara dengan informan tentang sosialisasi *Women Care Centre***

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa terdapat 5 orang yang menyatakan bahwa sosialisasi pernah dilakukan menggunakan media cetak/elektronik/sosial, 2 orang menyatakan bahwa pernah diadakan pemeriksaan gratis kepada staf dan ibu-ibu



PERSIT Kartika dan 3 orang menyatakan masih minim sosialisasi yang dilakukan.

**g. Tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan.**

Secara finansial dan fasilitas, *Women Care Centre* telah disediakan dalam bentuk penempatan ruangan, sumber daya manusia, pengadaan alat dan pengadaan bahan habis pakai (BHP). Rumah sakit telah menyediakan apa saja yang dibutuhkan untuk *Women Care Centre*. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Dukungan financial tentu kita dalam hal pengadaan alat dan bahan medis yang dibutuhkan termasuk juga sumber daya manusia kita alokasikan ke situ bahwa memang terlatih dan sanggup melakukan pelayanan tersebut. Intinya kita anggarkan untuk kebutuhan BHPnya. Selama pasiennya memang ada, kita support.”*  
(R2, 41 tahun)

*“Pertama dari segi tenaga, dokter spesialis bedah tumor kan, ada di sini. Dokter spesialis bedah onkologi dan ginekologi ada di sini, dokter spesialis radiologi juga ada di sini. Jadi komplit. Jadi, dari segi ketenagaan itu memungkinkan. Tinggal bagaimana fasilitas. Kemudian kita fasilitasi. Menyediakan alat seperti Mammografi, USG juga ada, laboratorium ada.”*  
(R1, 51 tahun)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan, terdapat ruangan khusus untuk *Women Care Centre* yang berada dalam Instalasi Radiologi. Terdapat ruang tunggu untuk pasien maupun keluarga pasien. Di dalam ruang *Women Care Centre*, tersedia alat Mammograf yang digunakan untuk deteksi dini kanker payudara dan kondisi alat masih dapat digunakan untuk beroperasi. Untuk



bahan habis pakai masih belum tersedia sehingga, alat Mammograf belum dapat digunakan untuk memeriksakan pasien. Terdapat dokumen data SDM Instalasi Radiologi serta struktur organisasi (lihat gambar 3).

Tidak ada masalah terkait akses pasien ke pelayanan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui untuk akses pasien cukup mudah dijangkau. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Saya rasa tidak ada masalah akses pasien. Karna alurnya juga cukup jelas.”*  
(R2, 41 tahun)

*“Akses pasien ke sini cukup mudah. Sama saja dengan akses ke pelayanan lain. Pasien daftar dulu, kemudian ke poli, dari poli nanti diarahkan ke radiologi.”*  
(R3, 38 tahun)

*“Secara akses, sebetulnya tidak. Keterjangkauan rumah sakit ini kan di tengah kota. Akses untuk menjangkau rumah sakit ini mudah sebetulnya. Saya lebih beroikir ke sistem rujukan.”*  
(R1, 51 tahun)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan, terdapat SOP untuk *Women Care Centre*, misalnya SOP Pengoperasian Alat. Selain itu juga terdapat gambar alur pelayanan pasien sehingga akses menuju *Women Care Centre* cukup mudah ditemukan.

### 3. Outcome

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, bahwa gambaran *outcome* yang ditemui dalam penerapan *Women Care Centre* adalah kurangnya kunjungan pasien untuk melakukan deteksi dini ke



pelayanan tersebut. Hal tersebut terungkap pada hasil wawancara berikut:

*“Memang kendalanya tingkat kunjungan pasien yang masih rendah ini”*

(R2, 41 tahun)

*“Tantangannya mungkin lebih ke kurangnya pasien”*

(R3, 38 tahun)

*“...sampai saat ini kita tidak tahu masalahnya dimana. Pasiennya itu kurang sekali.”*

(R1, 51 tahun)

Selain wawancara, peneliti juga melakukan telusur dokumen dan observasi untuk melihat jumlah kunjungan pasien ke *Women Care Centre*. Berdasarkan data kunjungan pasien dari tahun 2017-2019, tercatat 10 pasien yang telah menggunakan pelayanan tersebut (dapat dilihat pada tabel 1). Terjadi penurunan jumlah pasien dari tahun 2017 hingga 2019 (Januari-Maret). Sampai tahun 2019, belum ada sama sekali kunjungan pasien ke *Women Care Centre*. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan, laporan bulanan dan tahunan berupa rekapan kunjungan pasien *Women Care Centre* masih dalam bentuk manual yaitu dicatat di dalam sebuah buku.

Peneliti juga menemukan data pasien kanker payudara yang berobat ke RSUD Kota Makassar. Berikut adalah tabel data kunjungan pasien kanker payudara tahun 2017-2019 (Januari-Maret):



**Tabel 8. Data Kunjungan Pasien Kanker Payudara di RSUD Kota Makassar Tahun 2017-2019 (Januari-Maret)**

No.	Tahun	Jenis Kelamin		Rata-rata usia				Jenis pembayaran		
		P	L	31-40	41-50	51-60	61-70	Umum	PBI	Non PBI
1.	2017	18	0	7	2	4	5	0	16	2
<b>Jumlah</b>		<b>18</b>		<b>18</b>				<b>18</b>		
2.	2018	6	0	2	2	1	1	0	6	0
<b>Jumlah</b>		<b>6</b>		<b>6</b>				<b>6</b>		
3.	2019 (Januari-Maret)	20	0	5	5	6	4	0	17	3
<b>Jumlah</b>		<b>20</b>		<b>20</b>				<b>20</b>		
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>5</b>

Sumber : Data Sekunder RSUD Kota Makassar, 2019.

Dari tabel di atas, diketahui bahwa semua pasien kanker payudara yang berobat ke RSUD Kota Makassar adalah perempuan. Sebagian besar adalah wanita yang berusia 31 hingga 70 tahun. Untuk jenis pembayaran, dan sebagian pasien adalah peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran).

#### D. Pembahasan

Arikunto dan Jabar (2009:18) mengatakan bahwa tujuan diadakannya evaluasi program adalah untuk mengetahui pencapaian tujuan program dengan langkah mengetahui keterlaksanaan kegiatan program. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Realist Evaluation* dengan melihat gambaran *Context*, *Mechanism*, dan *Outcome* dari program *Women Care Centre*. Tujuan penting evaluasi realistik adalah bukan membuktikan tetapi untuk memperbaiki. Berdasarkan hasil penelitian yang dipaparkan di atas, maka berikut ini adalah pembahasan terkait C-M-O dari program tersebut.





## 1. *Context*

Stufflebeam, dkk (2003) menyatakan evaluasi konteks (*context*) dimaksud untuk menilai kebutuhan, masalah, aset dan peluang guna membantu pembuat kebijakan menetapkan tujuan dan prioritas, serta membantu kelompok pengguna lainnya untuk mengetahui tujuan, peluang dan hasilnya. Dengan kata lain konteks bertujuan untuk melihat situasi atau latar belakang yang mempengaruhi perencanaan suatu program.

Konteks yang menyebabkan kurangnya kunjungan pasien ke pelayanan *Women Care Centre* adalah ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program *Women Care Centre*. Fokus utama program *Women Care Centre* yang dibentuk RSUD Kota Makassar adalah deteksi dini kanker payudara menggunakan alat Mammograf. Latar belakang dibentuknya program ini adalah tingginya angka kejadian kanker payudara pada wanita. Program ini digagas sebagai sebuah inovasi pelayanan yang berpusat pada kesehatan wanita yang belum ada di Kota Makassar. Rumah sakit mengklaim ini sebagai salah satu layanan unggulan yang ditawarkan kepada masyarakat khususnya kaum perempuan.

Berdasarkan PERMENKES No. 34 Tahun 2015, upaya deteksi dini kanker payudara adalah upaya untuk mendeteksi dan mengidentifikasi secara dini adanya kanker payudara, sehingga diharapkan dapat diterapi dengan teknik yang dampak fisiknya kecil



dan punya peluang lebih besar untuk sembuh. Upaya ini sangat penting, sebab apabila kanker payudara dapat dideteksi pada stadium dini dan diterapi secara tepat maka tingkat kesembuhan yang cukup tinggi (80-90%).

*Women Care Centre* pada dasarnya merupakan pelayanan kesehatan yang berfokus pada wanita. Pelayanan kesehatan pada wanita tidak semata-mata terkait deteksi dini kanker saja, tetapi mencakup area yang lebih luas yaitu perihal isu kesehatan reproduksi wanita. Menurut Wattie (1996) isu-isu yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi merupakan isu yang pelik dan sensitif, seperti hak-hak reproduksi, kesehatan seksual, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, kebutuhan khusus remaja, dan perluasan jangkauan pelayanan kelapisan masyarakat kurang mampu atau mereka yang tersisih. Kesehatan reproduksi mencakup kesehatan seksual yang mengarah pada peningkatan kualitas hidup dan hubungan antar individu, jadi bukan hanya konseling dan pelayanan untuk proses reproduksi dan PMS.

Sejauh ini, *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar masih berfokus pada melayani deteksi dini kanker payudara, *follow up*, dan menentukan *stading*. *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar masih belum mengembangkan pelayanan yang dapat menjangkau masalah kesehatan wanita secara komprehensif.



Hal yang mengakibatkan kurang maksimalnya pelayanan *Women Care Centre* adalah keberadaan pelayanan pendukung seperti deteksi dini kanker serviks juga disediakan di rumah sakit tersebut namun tidak dimasukkan ke dalam program pelayanan *Women Care Centre*.

## 2. *Mechanism*

Evaluasi mekanisme (*mechanism*) ditujukan untuk melihat pelaksanaan program dan penggunaan fasilitas sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Menilai implementasi dari rencana yang telah ditetapkan berguna membantu para pelaksana dalam menjalankan kegiatan dan kemudian akan dapat membantu kelompok pengguna lainnya untuk mengetahui kinerja program dan memperkirakan hasilnya (Stufflebeam et. al., 2003).

Berikut adalah gambaran mekanisme program *Women Care Centre*:

### a. **Perencanaan dibuatnya *Women Care Centre* tidak melibatkan pihak Radiologi**

Implementasi program *Women Care Centre* melibatkan berbagai aktor. Keterlibatan aktor dalam program *Women Care Centre* tentunya bukan hanya satu orang saja, melainkan ada banyak aktor sebagai pemangku kepentingan. Setiap individu tersebut memiliki perannya masing-masing. Adapun aktor-aktor yang terlibat adalah Pemerintah Kota Makassar dalam hal ini Walikota Makassar, Ketua Yayasan Kanker Payudara Indonesia,



dan pihak rumah sakit dalam hal ini Direktur, Penunjang Medik, radiographer, dan dokter ahli (radiolog dan ahli bedah onkologi).

Perencanaan pembentukan *Women Care Centre* melibatkan peran Walikota Makassar yang berkoordinasi bersama rumah sakit. *Women Care Centre* dianggap sebagai sebuah inovasi yang bergerak dalam pelayanan deteksi dini kanker payudara dengan alat mammografi yang mana inovasi ini belum ada di Kota Makassar.

Kehadiran *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar turut mendapat perhatian dari Yayasan Kanker Payudara Indonesia (YKPI). Hal tersebut terbukti dengan kehadiran ketua YKPI dalam peresmian *Women Care Centre*. Dalam kehadirannya, YKPI turut menyosialisasikan program tersebut kepada ibu-ibu PERSIT Kartika Chandra Kirana yang hadir dalam pemeriksaan gratis pada saat itu juga. Hal serupa juga dilakukan oleh Walikota Makassar. Bisa dikatakan *Women Care Centre* mendapatkan banyak perhatian dari berbagai pihak.

Implementasi *Women Care Centre* juga tidak terlepas dari peran pihak di Instalasi Radiologi sebagai pelaksana pelayanan yang bersentuhan langsung dengan pasien. Namun, dalam hal perencanaan *Women Care Centre* ini tidak melibatkan pihak Radiologi. Pihak Radiologi pun tidak tau alasan mengapa mereka tidak dilibatkan dalam perencanaan program tersebut. Walau



demikian, pihak radiologi tetap menjalankan tanggung jawabnya dalam melayani pasien khususnya pelayanan *Women Care Centre*.

Pihak lain yang dilibatkan dalam implementasi *Women Care Centre* adalah dokter ahli bedah onkologi. Telah dibahas sebelumnya pada masalah terkait rujukan antar pelayanan, bahwa peran dokter ahli bedah onkologi adalah mendiagnosa pasien dengan keluhan kanker payudara dan merujuk ke pelayanan USG dan atau *Women Care Centre* bila diperlukan. Radiologi dan dokter bedah onkologi juga bekerjasama dalam pengoperasian alat mammograf.

**b. Sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan.**

Hasil temuan menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien ke *Women Care Centre* bergantung pada rujukan dokter pengirimnya. Pasien *Women Care Centre* umumnya merupakan pasien yang dikirim dari poli bedah. Pasien yang datang ke RSUD Kota Makassar dengan keluhan pada payudaranya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter ahli bedah onkologi pada poli bedah. Setelah dilakukan pemeriksaan klinis dan apabila ditemukan benjolan yang dicurigai jinak atau ganas, maka pasien dirujuk ke pemeriksaan USG untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dan terapi apabila dibutuhkan.

Pada pemeriksaan USG, apabila telah ditemukan benjolan pada payudara pasien, maka dokter menganjurkan untuk tidak dilakukan



pemeriksaan menggunakan mamografi. Namun, jika dokter ingin melihat hasil yang lebih jelas, maka pemeriksaan akan dilanjutkan menggunakan alat mamografi. Selanjutnya bila pasien didiagnosa Kanker Payudara dilakukan operasi atau rujuk untuk menjalani kemoterapi atau radioterapi bila perlu.

Hal tersebut juga dijelaskan dalam PERMENKES No. 34 Tahun 2015 bahwa upaya skrining yang ideal yaitu dengan cara pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) oleh tenaga terlatih, dilanjutkan dengan pemeriksaan USG dan atau mamografi. USG dilakukan terutama untuk membuktikan adanya massa kistik dan solid/padat yang mengarah pada keganasan, dan pada perempuan di bawah usia 40 tahun. Sedangkan pemeriksaan Skrining Mammografi, dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, yaitu pada perempuan usia 40–50 tahun setiap 2 tahun sekali dan setiap 1 tahun sekali pada perempuan di atas 50 tahun kecuali yang mempunyai faktor risiko. Skrining mammografi dilakukan pada perempuan yang bergejala maupun pada perempuan yang tidak bergejala.

Selain sistem rujukan internal antar pelayanan, rujukan berjenjang dari puskesmas juga memengaruhi jumlah kunjungan ke *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar. Dengan terbitnya peraturan sistem kesehatan nasional melalui BPJS yang harus



memakai sistem rujukan sehingga pasien tidak serta merta memilih ingin dirujuk ke rumah sakit manapun.

Deteksi dini kanker payudara juga dapat dilakukan di fasilitas tingkat pertama yaitu dengan Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) dan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih (PERMENKES No. 34 Tahun 2015).

**c. Ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf**

Salah satu hal yang menghambat pelayanan di *Women Care Centre* adalah bahan habis pakai atau film yang sampai saat ini belum tersedia. Hal tersebut mengakibatkan pasien tidak dapat diperiksa menggunakan alat mammograf. Kurangnya kunjungan pasien ke pelayanan mengakibatkan BHP lama tak terpakai. Masa *expire* untuk BHP ialah 1 tahun sehingga apabila telah lewat masa *expire*, BHP tidak dapat digunakan lagi sebab akan memengaruhi kualitas gambar yang dihasilkan.

Pengadaan BHP mamografi merupakan tanggung jawab pihak Penunjang Medik rumah sakit dalam melakukan pemesanan BHP. Adanya kesenjangan antara jumlah kunjungan pasien *Women Care Centre* yang semakin sedikit tiap tahun dengan rencana pengadaan BHP menjadi masalah mengapa BHP tidak tersedia. Diketahui bahwa pihak Penunjang Medik telah menganggarkan biaya untuk pengadaan BHP. Kurangnya kunjungan pasien ke pelayanan akan



berdampak kerugian kepada rumah sakit apabila BHP telah diadakan tetapi tidak terpakai hingga BHP kadaluarsa.

**d. Tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus *Women Care Centre***

Dalam hal pengoperasian alat mammograf, tentunya dibutuhkan pengetahuan dan kemampuan dari petugas yang melaksanakan. Hasil wawancara yang dilakukan diketahui bahwa tidak dilakukan pelatihan dan pendidikan khusus *Women Care Centre*. Pelatihan yang pernah dilakukan berupa pengoperasian alat mammograf yang dilatih langsung oleh vendor alat pada saat alat tersebut diinstal. Walau demikian, petugas paham dan mampu mengoperasikan alat mammografi.

**e. Tidak ada honorium khusus untuk *Women Care Centre***

Khusus pelayanan di *Women Care Centre* tidak ada honorium bagi petugas yang melayani. Dalam praktiknya, untuk membalas jasa pelayanan petugas *Women Care Centre* digabung dengan jasa pelayanan lainnya dalam bentuk remunerasi. Menurut Surya (2004) remunerasi mempunyai pengertian berupa sesuatu yang diterima pegawai sebagai imbalan dari kontribusi yang telah diberikannya kepada organisasi tempat bekerja. Remunerasi mempunyai makna lebih luas daripada gaji, karena mencakup semua bentuk imbalan, baik yang berbentuk uang maupun barang, diberikan secara langsung maupun tidak langsung, dan yang bersifat rutin maupun





tidak rutin. Imbalan langsung terdiri dari gaji/upah, tunjangan jabatan, tunjangan khusus, bonus yang dikaitkan atau tidak dikaitkan dengan prestasi kerja dan kinerja organisasi, intensif sebagai penghargaan prestasi, dan berbagai jenis bantuan yang diberikan secara rutin. Imbalan tidak langsung terdiri dari fasilitas, kesehatan, dana pensiun, gaji selama cuti, santunan musibah, dan sebagainya.

**f. Minimnya sosialisasi ke masyarakat**

Sejak diresmikannya *Women Care Centre* tahun 2017 silam, rumah sakit telah melakukan kegiatan pengenalan ke masyarakat tentang program deteksi dini kanker payudara yang dibentuk. Pengenalan tersebut tidak lain berupa promosi ke berbagai media. Promosi yang dilakukan adalah pengenalan lewat media cetak berupa koran, brosur, pamflet, dan lewat media elektronik dalam bentuk online di website.

Selain itu, awal diresmikannya program tersebut turut menghadirkan Walikota Makassar, Ketua Yayasan Kanker Payudara Indonesia, serta ibu-ibu Persit Kartika Chandra Kirana untuk memeriksakan diri secara gratis. Walau peresmian cukup besar dan menghadirkan orang-orang penting, hal tersebut tidak membawa dampak apapun terhadap peningkatan kunjungan ke *Women Care Centre*. Pihak Humas RSUD Kota Makassar selaku yang bertanggungjawab terkait promosi dan pemasaran mengaku



telah berusaha dengan maksimal untuk memperkenalkan *Women Care Centre* ke publik.

Upaya untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat kaitannya dengan tanda dan gejala awal dari kanker payudara sangat diperlukan. Hal ini dimaksudkan agar masyarakat lebih dini dapat mengenali gejala kanker payudara, sehingga bersegera untuk mencari pengobatan di pelayanan kesehatan. Tingkat kesadaran dan pengetahuan yang rendah tentang tanda dan gejala dini kanker payudara secara signifikan berhubungan dengan banyaknya pasien di diagnosis kanker payudara stadium lanjut, saat mereka pertama kali diperiksa oleh tenaga medis (Mills, 2014).

Sebelum perempuan dan keluarganya bersedia dan mendukung program kegiatan skrining mereka harus mengerti apa perlunya dan apa pentingnya deteksi dini ini bagi mereka. Untuk itu dibutuhkan penyebaran informasi dan edukasi kepada semua pihak baik kepada perempuan tersebut, keluarga yang akan mendukung keputusan, dan tokoh masyarakat yang membentuk opini para perempuan, dan keluarganya serta pihak-pihak lain yang berperan. Strategi ini ditujukan kepada kelompok sasaran sekunder seperti toma, keluarga, PKK, organisasi perempuan, organisasi keagamaan, dan lain-lain. Tujuannya agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung peningkatan



Penanggulangan Kanker Payudara (PERMENKES No. 34 Tahun 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Justin Jagosh, dkk (2015) merumuskan konfigurasi CMO terkait kemitraan dengan masyarakat dalam deteksi dini kanker. Sebelum pengembangan kemitraan, norma budaya adalah untuk melihat kanker sebagai penyakit terminal yang tidak dapat dihindari untuk tidak disebutkan kecuali dalam retrospeksi di akhir kehidupan (konteks). Pengembangan dan penguatan kepercayaan antara mitra akademik dan masyarakat dari koalisi dan kepercayaan koalisi oleh anggota masyarakat secara luas (mekanisme) meningkatkan kesadaran akan kanker sebagai kondisi yang dapat diobati jika didiagnosis lebih awal, sehingga mendorong anggota masyarakat untuk berbicara tentang skrining kanker (*outcome1*). Akibatnya, stigma dan tabu di sekitar penyakit itu berkurang (*outcome1 -> context2*).

Anggapan terkait tingginya radiasi yang dihasilkan serta rasa sakit saat diperiksa dengan alat mamografi, menimbulkan rasa takut masyarakat untuk melakukan skrining mamografi. Kurangnya pemahaman masyarakat terhadap pelayanan *Women Care Centre* dan juga istilah asing yang masih belum familiar terdengar di masyarakat menimbulkan kekhawatiran untuk memeriksakan diri ke pelayanan tersebut.



Menurut penelitian Fahminduddin (2008) menyatakan bahwa Mammografi adalah pemeriksaan payudara dengan menggunakan sinar X dengan dosis rendah (0,7 mSv). Pada saat pemeriksaan ini, payudara ditekan oleh 2 alat yang berbentuk piringan selama beberapa detik dengan tujuan mendapatkan gambaran yang jelas dari kondisi payudara. Kadang-kadang timbul rasa tidak nyaman akibat prosedur pemeriksaan ini.

Penting bagi tenaga kesehatan untuk meyakinkan kepada pasien bahwa skrining mammografi tidak menyakitkan. Hal ini juga telah diterangkan dalam PERMENKES No. 34 Tahun 2015 bahwa pemeriksaan payudara tidak menyakitkan. Selain merasa tidak nyaman karena orang lain menyentuh payudara wanita, tidak ada rasa sakit atau nyeri. Dijelaskan pula bahwa normal bila seorang perempuan merasa kurang nyaman, malu atau takut pada saat pemeriksaan. Banyak perempuan yang mengatakan bahwa bagian yang paling memalukan dari pemeriksaan adalah saat harus menunjukkan payudara kepada petugas kesehatan. Perlu diingatkan bahwa petugas kesehatan adalah orang yang sangat terlatih dalam melakukan pemeriksaan tersebut. Agar klien merasa lebih nyaman, perempuan tersebut bisa didampingi oleh ibu atau teman dekatnya saat pemeriksaan.



**g. Tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan.**

Pembentukan *Women Care Centre* tentunya dengan mempertimbangkan berbagai hal diantaranya dengan melihat tingginya kasus kanker payudara pada wanita di Kota Makassar sehingga *Women Care Centre* hadir untuk melayani pasien dengan masalah tersebut. Selain itu, dalam perencanaannya turut mempertimbangkan potensi yang dimiliki RSUD Kota Makassar diantaranya kesiapan fasilitas serta ketersediaan sumber daya.

Pengelolaan sumber daya, fasilitas, serta finansial untuk pelayanan *Women Care Centre* merupakan tanggung jawab pihak Penunjang Medik rumah sakit. Secara sumber daya, rumah sakit dianggap telah cukup dalam memenuhi kebutuhan pelayanan *Women Care Centre*. Dalam hal sumber daya manusia, telah tersedianya tenaga ahli seperti dokter ahli onkologi, dokter ahli radiologi, radiographer, dll yang berkompeten dibidang masing-masing. Sumber daya lain seperti penyediaan alat mammografi dan BHP nya. Penyediaan ruangan khusus untuk *Women Care Centre* termasuk dalam pemenuhan fasilitas yang dibutuhkan. Kebutuhan-kebutuhan tersebut telah teranggarkan sehingga dengan potensi-potensi yang ada tersebut *Women Care Centre* dapat melaksanakan pelayanan yang optimal kepada pasien.



Upaya dalam memberikan pelayanan *Women Care Centre* yang optimal kepada pasien juga perlu mempertimbangkan akses pasien ke pelayanan. Dalam praktiknya, tidak ada masalah terkait akses pasien ke pelayanan *Women Care Centre*. Akses pasien cukup mudah untuk menjangkau pelayanan *Women Care Centre* terlebih lagi letak RSUD Kota Makassar berada di tengah kota.

Beberapa penelitian di negara berkembang melaporkan bahwa faktor sosial ekonomi menjadi penghambat bagi seseorang untuk melakukan skrining kanker payudara. Selain biaya, kemudahan akses ke tempat fasilitas rumah sakit, tingkat kesadaran dan pengetahuan tentang pentingnya skrining kanker, dan ketakutan di diagnosis kanker menjadi penghambat seseorang enggan melakukan skrining kanker (Patel, dkk., 2014).

### 3. *Outcome*

Evaluasi hasil (*outcome*) ditujukan untuk melihat hasil yang dicapai dalam penyelenggaraan program tersebut. Evaluasi dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan menilai hasil yang dicapai, diharapkan dan tidak diharapkan, jangka pendek dan jangka panjang, baik bagi pelaksana kegiatan agar dapat memfokuskan diri dalam mencapai sasaran program maupun bagi pengguna lainnya dalam menghimpun upaya untuk memenuhi kebutuhan kelompok sasaran (Stufflebeam et. al., 2003).



Selama 2 tahun berjalannya program *Women Care Centre* hanya mampu melayani 10 pasien saja. Jumlah ini tidak sejalan dengan banyaknya pasien yang berobat dengan keluhan Kanker Payudara yang pernah berobat di RSUD Kota Makassar di tahun yang sama. Tentunya hal ini tidak sejalan dengan harapan dibentuknya program ini untuk dapat melayani pasien penderita kanker payudara secara meluas khususnya di Kota Makassar. Melihat berbagai upaya yang dilakukan serta dukungan berbagai pihak, belum membawa dampak yang signifikan bagi perempuan-perempuan untuk datang melakukan deteksi dini kanker payudara di *Women Care Centre* RSUD Kota Makassar.

Masalah ini menjadi tantangan bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan *Women Care Centre*. Sebagai sebuah inovasi baru yang pertama ada di Kota Makassar, seharusnya hal ini dapat menarik perhatian dan minat masyarakat untuk menikmati pelayanan tersebut.



## BAB VI

### PENUTUP

#### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan beberapa hal, yang diantaranya adalah:

1. Konteks (*context*) dalam implementasi *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar adalah ketidaksiapan rumah sakit dalam menyelenggarakan program *Women Care Centre*
2. Mekanisme (*mechanism*) dalam implementasi *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar antara lain perencanaan dibuatnya program tersebut tidak melibatkan pihak Radiologi, sistem rujukan tidak langsung ke pelayanan, ketersediaan bahan habis pakai untuk alat Mammograf, tidak dilakukan proses pelatihan dan pendidikan khusus, tidak ada honorium khusus, minimnya sosialisasi ke masyarakat, dan tercukupinya dalam segi finansial dan fasilitas serta kemudahan akses pasien ke pelayanan.
3. Hasil (*outcome*) dalam implementasi *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar antara lain kurangnya kunjungan pasien untuk melakukan deteksi dini ke pelayanan sejak beroperasi.





## B. SARAN

Dengan adanya masalah yang dihadapi dalam implementasi *Women Care Centre* di RSUD Kota Makassar maka disarankan :

1. Pihak RSUD Kota Makassar perlu melakukan pengawasan kualitas pelayanan deteksi dini dan tindak lanjutnya agar program *Women Care Centre* dapat mencapai tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker payudara.
2. Rumah sakit perlu mengembangkan pelayanan tambahan yang dapat memenuhi kebutuhan penanganan masalah kesehatan pada perempuan (tidak berfokus pada satu pelayanan saja).
3. Perubahan alur pasien yang awalnya harus melalui pemeriksaan ke poli terlebih dahulu, diubah sehingga pasien bisa langsung ke pelayanan *Women Care Centre*.
4. Rumah sakit menyediakan *Mobile Mammografi* (pemeriksaan Mammografi bergerak) agar dapat menjangkau masyarakat luas.
5. Rumah sakit perlu menyediakan *Call Centre* khusus untuk *Women Care Centre* agar masyarakat dapat mendapat konsultasi jarak jauh.
6. Peran serta pemerintah untuk kedepannya membuat regulasi yang lebih jelas khusus program *Women Care Centre* dan membuat program untuk

menyediakan pemeriksaan mammografi gratis wajib bagi perempuan usia 40 keatas khususnya di Kota Makassar.



7. Melakukan penyamaan persepsi oleh seluruh elemen rumah sakit terkait *Women Care Centre*.
8. Perlu pemerataan informasi dan edukasi ke masyarakat tentang penyakit kanker lain terhadap semua kelompok dan usia.
9. Peningkatan ilmu pengetahuan dan ketrampilan kepada petugas kesehatan (dokter umum, bidan dan perawat) untuk mampu melakukan deteksi dini kanker dengan mengikuti pelatihan.
10. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat lebih mengangkat topic masalah ini dengan menggunakan metode kuantitatif dan atau bila perlu menggunakan metode yang sama yaitu *Realist Evaluation* dengan membahas secara lebih detail dengan mampu merumuskan hipotesis CMO serta mengonfigurasi CMO nya.



## DAFTAR PUSTAKA

- AG, Subarsono. 2011. Analisis Kebijakan Publik (konsep, teori dan aplikasi). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- American Academy of Family Physicians*, 2017. *Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents: Women's Health and Gynecologic Care*. Amerika.
- American Cancer Society*. 2013. *Breast Cancer*. Available from: [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
- Anggorowati, L. 2013. Faktor Resiko Kanker Payudara Wanita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Kemas 8 (2) 121-126.
- Anggriyani, Nila. (2015). Klasifikasi Kanker Serviks Menggunakan Jaringan Syaraf Tiruan *Backpropagation dengan Graphical User Interface (GUI)*. Skripsi. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- Cancer Research UK*. 2011. *Tamoxifen*. Available from: [www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/treatment/cancer-drugs/tamoxifen](http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/treatment/cancer-drugs/tamoxifen).
- ChartBin. 2011. *Current Worldwide Breast Cancer Incidence Rate*. Diunduh 05 Desember 2018. <http://chartsbin.com/view/yq6>.
- Depkes RI, 2009. Buku Saku Pencegahan Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara. Jakarta: Ditjen PP & PL.
- Fahminuddin. 2008. Evaluasi Program Deteksi Dini Kanker Payudara Melalui Pemeriksaan Klinis dengan Melibatkan Bidan, Kolaborasi Yayasan YAPPIKA (Yayasan Penguatan Partisipasi, Inisiatif, dan Kemitraan Masyarakat Indonesia) dan YKPJ (Yayasan Kesehatan Payudara Jakarta) Di oja. Jakarta Utara. Skripsi. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif ullah.
- muthugala., et.al. 2011. *A Realist Evaluation of The Role of*



- Communities of Practice in Changing Healthcare Practice*. NCBI Journal. doi: [10.1186/1748-5908-6-49](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-49).
- Goicolea, I., et.al. 2013. *Using Realist Evaluation to Assess Primary Healthcare Teams' Responses to Intimate Partner Violence in Spain*. Journal Elsevier. doi:10.1016/j.gaceta.2015.08.005.
- Hasan, M. I., 2002. *Pokok-pokok materi metodologi penelitian dan aplikasinya*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Howell. A, Anderson AS, Clarke RB, et al., 2014. *Risk determination and prevention of breast cancer*. *Breast Cancer Research* : BCR. 2014;16(5):446. doi:10.1186/s13058-014-0446-2.
- Jagosh J, et al., 2015. *A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects*. *BMC Public Health*;15(1):725. DOI : 10.1186/s12889-015-1949-1.
- KEMENKES, 2014. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- KEMENKES, 2015. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- KEMENKES, 2016. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- KEMENKES, 2017. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kuipers, et.al., 2018. *Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus*. Netherlands : Eur J Midwifery. DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>.
- Maleong, L. J., 2007. *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

et.al. 2012. *Is Realist Evaluation Keeping Its Promise? A Review Of ed Empirical Studies in The Field Of Health Systems Research*. : Sage Journal.

& Kresno, S., 2016. *Metodologi penelitian kualitatif untuk bidang*



- kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Martha, K. 2009. Skripsi: Hubungan Antara Pengetahuan Kanker Payudara dan Perilaku Sadari (Pemeriksaan Payudara Sendiri) Pada Wanita Dewasa Dini. Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma.
- Mills, A. 2014. *Health Care Systems in Low and Middle-Income Countries*. N Engl: J Med, Vol. 370(6):552–7.
- Mulyani NS, 2013. Kanker Payudara dan PMS Pada Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- NSW Ministry of Health, 2017. *Health and Wellbeing : Women in NSW Report Series*. Australia.
- Palu, Muhammad Basir. (2014). Potensi yang hilang berdasarkan *health related Quality of life* pada penderita kanker payudara di Makassar Sulawesi Selatan. Fakultas Kedokteran : Universitas Hasanuddin.
- Patel K, Kanu M, Liu J, Bond B, Brown E, Williams E, et al. 2014. *Factors Influencing Breast Cancer Screening in Low-Income African Americans in Tennessee*. *J Community Health*. Vol. 39(5):943–50.
- Pawson, R. 2013. *The science of evaluation: a realist manifesto*. London: Sage.
- Pawson, R. and Tilley, N. 1997. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Pawson, R., et.al. 2011. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Permenkes No. 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.
- Price, Sylvia A. (2006). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit.Ed.6. Vol.2. Jakarta: EGC.
- Profil RSUD Kota Makassar. 2018.
- Rachman, Sylvia. 2015. *The Role Of Radiology In Diagnostik Breast Tumor*. J Kedokteran Andalas 37(5).
- and Salganicoff, Alina., 2011. *Women's Health Care Chartbook*. U.S : Family Foundation.
- a, Geetha, et.al., 2011. *A realist evaluation of the role of communities*



*of practice in changing healthcare practice.* Australia : BioMed Central Journal.

Romauli, Suryati dan Vindari, Anna Vida., 2012, Kesehatan Reproduksi Buat Mahasiswa Kebidanan, Cetakan Ketiga, Yogyakarta : Nuha Offset.

Sari, Wening, dkk. 2012. Paduan Lengkap Kesehatan Wanita. Jakarta : Penebar Plus.

Stern, E., 2015. *Impact Evaluation: A guide for commissioners and managers.* BOND.

Susilowati E dan Anna Ms. 2013. Pengetahuan Tentang Faktor Resiko, Perilaku dan Deteksi Dini Kanker Serviks dengan Inspeksi Asam Asetat (IVA) pada Wanita di Kecamatan Bogor Tengah Kota Bogor. Buletin Penelitian Kesehatan, 42 (3).

Tabaga, K.D., Meilany F.D, & Carla, K., 2015. Efek Seduan Teh Hijau (*Camellia Sinensis*) Terhadap Gambaran Histopatologi Payudara Mencit Yang DiInduksi *Benzo Alfa Pyrene*. Jurnal e-Biomedik, 3(2).

Tanjung, U.M, Nasution, L., Mahnun., 2015. Faktor internal dan Eksternal Kecemasan pada pasien Ca Servik. Jurnal Keperawatan. Sumatra Utara.

Victoria State Government, 2017. *Women's sexual and reproductive health: Key priorities 2017–2020. Impact Digital*, Brunswick East.

Wan, Kaiyu. 2009. *A Brief History of Context.* China : IJCSI (*International Journal of Computer Science Issues*).

Wattie, Anna M., 1996, “Gender, Hak Reproduksi, dan Pelayanan Keluarga Berencana”, dalam Penduduk dan Pembangunan. Aditya Media. Yogyakarta.

Westhorp, G. 2014. *Realist Impact Evaluation: An Introduction*, London: Overseas Development Institute/Methods Lab, [www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-](http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-publicationsopinion-files/9138.pdf)

[publicationsopinion-files/9138.pdf](http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-publicationsopinion-files/9138.pdf).

Yudi. 2008. Kebijakan Publik : Teori dan Proses Edisi Revisi. Jakarta: Media Presindo.



L

A

M

P

I

R

A

N



## Lampiran 1. Lembar penjelasan untuk informan

## LEMBAR PENJELASAN UNTUK INFORMAN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi wabarakatuh

Mohon maaf saya menyita waktu Bapak/Ibu beberapa menit. Saya Indasari, Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit bermaksud untuk meminta keterangan/informasi kepada Bapak/Ibu terkait dengan penelitian skripsi saya dengan judul “Evaluasi Program *Women Care Centre* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar“. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care Centre* dengan Pendekatan *Realist Evaluation* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan bagi masyarakat. Diharapkan pula, dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun kegiatan mendatang dan perencanaan strategis penurunan infeksi di rumah sakit. Selain itu, dapat mendukung rumah sakit dalam menyukseskan program *Women Care Centre* di rumah sakit serta sebagai landasan dalam akreditasi rumah sakit. Penelitian ini akan dilakukan dengan wawancara singkat dengan menggunakan pedoman wawancara selama 10-25 menit. Penelitian ini tidak akan merugikan para informan maupun pihak Rumah Sakit. Penelitian ini bersifat sukarela. Saya selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang akan diberikan oleh Bapak/Ibu jika bersedia menjadi responden, sehingga saya sangat berharap Bapak/Ibu menjawab pernyataan dengan jujur tanpa keraguan. Jika Bapak/Ibu ingin jawaban yang diberikan tidak diketahui orang lain, maka wawancara singkat bisa dilakukan secara tertutup. Bila selama penelitian ini berlangsung atau saat wawancara singkat informan ingin mengundurkan diri karena sesuatu hal (misalnya: sakit atau ada keperluan lain yang mendesak) maka dapat mengungkapkan langsung kepada peneliti. Hal-hal yang tidak jelas dapat menghubungi saya (Indasari-08539930377).

Makassar, 2019

Peneliti

Indasari

(No.hp 085399390377)





Lampiran 2. *Informed Consent Informan*LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Dengan hormat,

Saya adalah mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab kurangnya kunjungan pada pelayanan *Women Care Centre* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat bebas untuk menjadi informan atau menolak tanpa ada sanksi apapun. Jika bapak/ibu bersedia menjadi informan, silahkan mengisi formulir ini dan saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan saya dengan jujur apa adanya.

Nama Inisial Informan :

Usia :

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian yang dilaksanakan oleh saudara :

Nama : Indasari

HP/TLP : 085399390377

Kerahasiaan informasi dan identitas saudara dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebarluaskan baik melalui media massa atau pun elektronik.

Makassar, 2019

.....



## Lampiran 3. Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM ( *IN-DEPTH INTERVIEW* )

## Data Demografi

Kode Partisipan :  
 Umur :  
 Jenis Kelamin :  
 Tingkat Pendidikan terakhir :  
 Lama bekerja/posisi jabatan :  
 Pengalaman pelatihan :  
 Hari/tanggal wawancara :  
 Tempat wawancara :  
 Waktu wawancara :  
 Pewawancara :

## Daftar Pertanyaan:

- 1) Latar belakang yang mendasari dibentuknya program *Woman Care Centre*.
- 2) Tujuan dari *Women Care Centre*.
- 3) Aktor yang terlibat dalam pendirian *Women Care Centre*.
- 4) Ketepatsasaran dan indikator untuk menilai hal tersebut.
- 5) Standar pelaksanaan, penerapannya, dan indicator untuk menilai hal tersebut.
- 6) Dukungan finansial dan fasilitas dalam penerapan *Woman Care Centre*.
- 7) Proses pendidikan dan pelatihan staf
- 8) Pemahaman pelaksanaan setelah mengikuti pendidikan dan pelatihan.
- 9) Kecukupan jumlah dan kompetensi pelaksana *Woman Care Centre*.
- 10) Honorium staf *Woman Care Centre*.
- 11) Pengaruh lingkungan sosial, ekonomi, dan politik dalam penerapan pelaksanaan *Woman Care Centre*.



ke pelayanan *Woman Care Centre*.

uran program *Woman Care Centre*.

merintah setempat terkait program *Woman Care Centre*.

- 15) Kerja sama antara *Woman Care Centre* dengan *Stakeholder* RSUD Kota Makassar terkait penerapan pelaksanaan *Woman Care Centre*.
- 16) Faktor lain yang memengaruhi pelaksanaan *Women Care Centre*.
- 17) Hambatan selama pelaksanaan *Women Care Centre* dan Upaya untuk mengatasinya.
- 18) Tantangan selama pelaksanaan *Women Care Centre*.



## Lampiran 4. Pedoman Telaah Dokumen

## PEDOMAN TELAAH DOKUMEN

1. Data sumber daya manusia berdasarkan jabatan di *Woman Care Centre*
2. Data Standar Operasional Prosedur yang digunakan dalam penerapan *Woman Care Centre* di RSUD Kota Makassar
3. Struktur organisasi *Woman Care Centre*.
4. Laporan bulanan atau tahunan.



## Lampiran 5. Pedoman Observasi

## PEDOMAN OBSERVASI

No.	ASPEK YANG DIAMATI	KETERSEDIAAN		KETERANGAN
		ADA	TIDAK ADA	
FASILITAS				
1	a. Ruangan	√		
	b. Ruang tunggu pasien atau keluarga pasien	√		
	c. Peralatan pemeriksaan	√		1 Buah Alat Mammografi
DOKUMEN				
2	a. Data SDM	√		
	b. SOP	√		
	c. Struktur organisasi	√		
	d. Laporan bulanan atau tahunan	√		Ditulis dalam buku/manual

Terima Kasih atas kesediaan waktunya untuk diwawancarai. Semoga informasi yang anda berikan dapat memberikan wawasan baru mengenai pelaksanaan *Women Care Centre*.



Tabel Matriks Hasil Wawancara

No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
1.	Latar Belakang yang mendasari dibentuknya Women Care Centre	R6	<i>Sebenarnya saya dan radiographer di sini tidak tau apa sebetulnya latar belakang dibentuknya Women Care Centre ini. Tiba-tiba sudah ada alatnya (Mammograf) di sini. Kami hanya menjalankan saja. Mungkin yang lebih tau soal ini dari pihak Penunjang Medik dan Direktur. Tapi mungkin karena adanya alat ini juga maka mengembangkan yang namanya inovasi Women Care Centre Ini. Bisa jadi kedepannya ini akan lebih dikembangkan lagi pelayanannya tidak hanya di deteksi dini kanker saja.</i>	Dari 9 orang informan: - 3 orang informan menyatakan bahwa tidak terlalu memahami latar belakang dibuatnya WCC, pihak Perencanaan dan Direktur yang membuat, dan mereka hanya menjalankan tugas. - 3 orang informan menyatakan karena tersedianya alat, maka rumah sakit membuat WCC tersebut.	<i>Women Care Centre dilatarbelakangi oleh tingginya angka kejadian kanker payudara pada wanita sehingga rumah sakit mengembangkan inovasi dengan tersedianya alat mammograf yang digunakan untuk deteksi dini kanker payudara. Namun, beberapa informan tidak memahami latar belakang dibuatnya WCC yang dibuat oleh rumah sakit.</i>
		R9	<i>Berbicara WCC (Women Care Centre) berarti kita bicara soal pemeriksaan mammografinya. Pemeriksaan ini dilakukan khusus untuk mamografi payudara yang punya diagnose tertentu. Kalo ada benjolan yang mungkin berupa Ca itu bisa dilakukan pemeriksaan mammografi. Itu pun dilakukan pemeriksaan mammografi setelah ada rujukan dari dokter pengirim dari bedah.</i>	- 2 orang informan menyatakan bahwa WCC dibuat untuk pemeriksaan mamografi. - 5 orang informan menyatakan bahwa WCC dibuat karna tingginya angka kejadian kanker payudara pada wanita.	
		R3	<i>WCC ini dibuat karna ada banyak kasus kanker payudara. Dari banyaknya kasus itu supaya kelihatan ada tidaknya kelainan di payudara, makanya diadakanlah alat ini. Pasiennya banyak hanya saja untuk pemeriksaan ke mammografi acuannya itu dari pemeriksaan USG. Misalnya kalau setelah pemeriksaan USG tidak terlihat benjolan, baru</i>	- 3 orang informan menyatakan bahwa WCC sebagai suatu terobosan atau inovasi baru untuk melayani pemeriksaan dan pelayanan terhadap pasien terutama perempuan yang mengalami	



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>dilakukan pemeriksaan mammografi.</i>	problem sehubungan dengan sistem reproduksi serta tingginya angka kejadian kanker payudara.	
		R4	<i>Saya tidak terlalu tahu apa dasarnya dibuat pelayanan WCC ini karna ini keputusan langsung dari Direktur. Tapi karna ada alat mammografi dan banyaknya pasien tumor dan kanker payudara. Jadi untuk check up atau deteksi dini makanya dibentuk pelayanan ini.</i>		
		R1	<i>Kalau berbicara latar belakang, ini bukan semata-mata program kita di sini (radiologi). Itu merupakan salah satu pendekatan yang dibuat rumah sakit sebagai suatu terobosan baru untuk melayani pemeriksaan dan pelayanan terhadap pasien terutama perempuan yang mengalami problem sehubungan dengan reproduksi wanita. Dan kita tahu persis bahwa angka kejadian tumor dan breast cancer cukup tinggi.</i>		
		R2	<i>Women care centre ini kan kita fokus ke deteksi dini. Untuk sementara yang ada deteksi dini gangguan kanker payudara. Prinsipnya yang pertama, melayani pasien kanker payudara. Yang kedua, layanan itu belum ada di Kota Makassar. Yang ketiga, bahwa kita memang sanggup untuk menjalankan di rumah sakit ini. Karna kita punya asumsi bahwa pelayanan ini belum ada dilakukan di Kota Makassar. Juga angka kejadian cancer sangat tinggi dan termasuk penyakit yang sangat berbahaya makanya kita menyediakan pelayanan ini.</i>		
			R7	<i>WCC kan, salah satu inovasi yang ada di RSUD Kota Makassar. Sehingga kalo dari segi publikasi, sudah cukup, ya. Tinggal apakah</i>	



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>masyarakat itu paham atau tidak. Ini karna kita belum pernah evaluasi sejauh mana pemahaman di masyarakat tentang WCC. Mungkin karna istilah Inggris sehingga mereka menganggap belum familiar, ya. Kecuali misalnya ada yang bertanya 'apa itu WCC?' baru dijelaskan, suatu inovasi yang didalamnya itu mulai dari pemeriksaan mammografi sampai penemuan ca, radioterapi.</i>		
		R5	<i>Sebenarnya untuk latar belakang lebih bagus ditanyakan ke direktur karna dia yang membentuk. Kalau kita (radiologi) sebagai pelaksana saja. Bukan kita yang membentuk ini WCC.</i>		
		R8	<i>Jadi awalnya itu, ada alat mammografi. Seperti biasa di rumah sakit itu pengadaan alat sesuai dengan tipe rumah sakit, seperti ini tipe B. setelah itu ada alat, akhirnya berkembang menjadi lebih besar dengan nama Women Care Centre. WCC bukan cuma soal deteksi dini, karna 'center' berarti semua. Yang pertama kan, kalau di perempuan itu ada 2 kanker yang paling mematikan Ca Cervix dan Ca Mammae. Yang kedua, dibelakang itu kita punya ahli onkologi, ada di obgyn dan bedah.</i>		
2.	Tujuan dari Women Care	R6	<i>Tujuannya ini untuk deteksi dini kanker payudara.</i>	Dari 6 informan yang diwawancara: - 3 orang menyatakan bahwa tujuan dari Women Care Centre adalah untuk deteksi dini kanker payudara. - 2 orang menyatakan bahwa	Tujuan dari pelayanan Women Care Centre adalah untuk deteksi dini kanker payudara, <i>follow up</i> , dan menentukan stading yang mana di dalamnya
		R9	<i>Pelayanan lain maksudnya disini itu khusus mengdiagnosa. Tapi kalau misalnya ada check up, itu pun dilakukan dengan izin dari dokter pengirim. Tapi biasanya untuk meminimalisir risiko paparan radiasi alat mammografi ke</i>		





No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>pasien biasanya di USG dulu jadi misalnya kalau telah dilakukan pemeriksaan USG, dan ternyata ditemukan ada kelainan, biasanya akan dilanjut ke pemeriksaan Mammografi. Tapi kalau tidak ada kelainan, tidak perlu diperiksa mammografi. Tapi check up itu cuma USG dan dokter radiologinya pun meminta hal seperti itu.</i>	pelayanan lain dari <i>Women Care Centre</i> adalah untuk <i>check up, follow up</i> dan menentukan stading. - 1 orang menyatakan bahwa Mammografi adalah alat untuk pemeriksaan payudara pada perempuan untuk mengetahui ada tidaknya tumor atau benjolan atau <i>cancer</i> .	terdapat alat Mammograf. Sebelum di periksa menggunakan Mammograf, pasien dianjurkan untuk periksa dengan USG terlebih dahulu untuk melihat ada atau tidaknya kelainan.
		R3	<i>Mammografi itu alat untuk pemeriksaan payudara pada perempuan untuk mengetahui ada tidaknya tumor atau benjolan atau cancer.</i>		
		R4	<i>Tujuannya itu untuk deteksi dini kanker payudara.</i>	- 1 responden menyatakan bahwa untuk meminimalisir risiko paparan radiasi alat mammografi ke pasien biasanya di dilakukan tindakan USG terlebih dulu. Apabila tidak ditemukan kelainan, maka tidak dilanjut ke pemeriksaan Mammografi.	
		R1	<i>Pelayanannya bukan cuma deteksi dini. Komplit sebetulnya. Deteksi dini, iya. Pelayanan terhadap follow up, iya. Menentukan stading juga, iya. Sudah terlanjur ada, kan. Stading penting untuk menentukan pengobatan. Misalnya, "oh, stadium ini terapinya harus seperti ini". Semuanya komplit. Pelayanannya mulai dari pencegahan, diagnostic, dan penanganan. Komplit sebetulnya. Sampai saat ini masih sepi saja.</i>		
		R2	<i>Tujuannya yaitu untuk membantu deteksi dini. Semua masyarakat yang takut atau merasa khawatir ingin memastikan, silahkan datang ke rumah sakit ini. Jadi biasa sih kita berharapnya individu, biasa juga kita bekerja sama dengan kelompok-kelompok pemberdayaan wanita ikut programnya ini.</i>		
	yang alam	R6	<i>Kalau siapa saja yang terlibat dalam pendiriannya ini saya juga kurang tau. Yang</i>	Dari 6 informan yang diwawancara:	Adapun aktor-aktor yang terlibat dalam



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
	pendirian Women Care Centre		<i>saya tahu cuma dari Direktur dan Penunjang Medik saja.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 orang informan menyatakan bahwa yang terlibat dalam pembentukan Women Care Centre adalah Direktur dan Penunjang Medik.</li> <li>- 1 orang informan menyatakan bahwa yang terlibat dalam pembentukan Women Care Centre adalah Direktur, Penunjang Medik, dan vendor alat, radiographer, dokter ahli (radiolog dan bedah onkologi).</li> <li>- 1 orang informan menyatakan bahwa yang terlibat dalam pembentukan Women Care Centre adalah Ketua Yayasan Kanker Indonesia.</li> <li>- 2 orang informan menyatakan bahwa yang terlibat dalam pembentukan Women Care Centre adalah Pemerintah Kota Makassar.</li> <li>- 1 orang informan menyatakan bahwa yang terlibat dalam pembentukan Women Care Centre adalah seluruh elemen rumah sakit</li> </ul>	pembentukan Women Care Centre adalah Pemerintah Kota Makassar, Ketua Yayasan Kanker Indonesia, dan pihak rumah sakit dalam hal ini ialah Direktur, Penunjang Medik, radiographer, dan dokter ahli (radiolog dan ahli bedah onkologi).
R9		<i>Aktor yang terlibat pastinya adalah orang yang punya alat ini (alat mammografi) dalam hal ini Direktur rumah sakit. Kemudian radiographer, dokter pengirimnya biasanya dari bedah (ahli onkologi), dokter ahli radiologi dan Physical Medic sebagai penanggung jawab alat mammografi ini.</i>			
R3		<i>Untuk aktornya itu tentunya dari pihak rumah sakit dan pihak radiologi itu sendiri. Karna alat mammografi ini tempatnya di radiologi tidak bisa di tempat lain, otomatis ini jadi tugas dan tanggung jawab pihak radiologi.</i>			
R4		<i>Bapak Agum Gumelar dan istrinya juga turut dalam pembentukan pelayanan ini. Bahkan sampai ibu-ibu persit diarahkan untuk memeriksa ke sini dan pada saat itu gratis pemeriksaannya. Tapi setelah itu tidak da lagi pasien.</i>			
R1		<i>Yang merencanakan tentunya pihak manajemen rumah sakit. Didukung oleh Pemerintah Kota Makassar, dibuatlah unit itu di sini. Untuk bisa mengcover pelayanan di bidang itu (tumor dan kanker payudara). Kami sebagai pelaksana di unit ini kan, tidak cari pasien. Kita hanya melayani pasien yang dikirim oleh teman sejawat, apakah itu dari bedah onkologi. Kita di sini hanya menerima pesanan.</i>			
R2		<i>Kalau aktor-aktor yang terlibat tentulah semua elemen yang ada di rumah sakit ini. Baik itu</i>			



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>tenaga fungsional dokternya, kemudian bagian struktural dan perencanaan didorong oleh pimpinan rumah sakit yaitu direktur dan wakil direktur.</i>		
4.	Ketepatsasaran dan indikator untuk menilai hal tersebut.	R6	<i>Kalo ini saya kurang tau. Coba Tanya ke Penunjang Medik itu lebih tau.</i>	<p>Dari 6 orang yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 orang menyatakan bahwa tidak mengetahui perihal ini.</li> <li>- 4 orang menyatakan bahwa pelayanan WCC telah tepat sasaran dan diperuntukkan kepada pasien wanita yang menderita <i>Ca Mammae</i>.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa sasarannya sudah jelas, hanya saja masyarakat kurang memanfaatkan.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa wanita dalam umur tertentu yang pra menopause atau menopause berisiko terkena kanker payudara dan sudah bisa untuk dideteksi.</li> </ul>	<p>Pelayanan <i>Women Care Centre</i> sudah tepat sasaran dengan diperuntukkan kepada wanita yang dalam umur tertentu berisiko menderita kanker payudara sehingga bisa untuk dideteksi dini.</p>
	R9	<i>Pelayanannya sudah tepat sasaran. Karna pasien yang diperiksa disini kan memang dari pasien dengan diagnose Tumor atau Ca Mammae.</i>			
	R3	<i>Pelayanan ini sudah tepat sasaran apalagi dilihat dari pasien banyak yang riwayat Ca Mammae.</i>			
	R4	<i>Memang pelayanan ini kan untuk pasien dengan riwayat Ca Mammae.</i>			
	R1	<i>Maksudnya tepat sasaran sebenarnya pelayanannya ini sudah berjalan, tinggal masyarakat saja yang kurang memanfaatkan. Sasarannya kan jelas. Membantu, merangkul dan menangani pasien-pasien yang kanker.</i>			
	R2	<i>Yah, memang sasaran kita adalah pasien wanita. Wanita yang dalam umur-umur tertentu berisiko, 40-an tahun yang pra menopause atau menopause artinya di situlah kemungkinan sudah bisa untuk dideteksi.</i>			
5.	Standar	R6	<i>SOPnya ada. Izin pemanfaatannya juga ada.</i>	<p>Dari 5 orang yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 orang menyatakan bahwa kurang tahu tentang standar pelaksanaan, dan penerapan.</li> <li>- 4 orang menyatakan bahwa</li> </ul>	<p>Sudah ada SOP yang lengkap untuk <i>Women Care Centre</i> yang ditetapkan oleh Direktur RSUD Kota Makassar dan pelaksanaan sesuai</p>
	R9	<i>SOP kita disini lengkap, mulai dari SOP penerimaan pasien, sampai SOP alat.</i>			
	R3	<i>SOP nya lengkap dan pelaksanaannya pun sesuai dengan yang distandarkan.</i>			
	R4	<i>Kalau ini saya kurang tahu ya.</i>			
	R2	<i>Kita punya SOP. Ada ketetapan direktur.</i>			



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
				<p>bahwa sudah ada SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 orang menyatakan kelengkapan SOP serta pelaksanaan sudah sesuai dengan yang distandarkan.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa sudah ada ketetapan Direktur dalam SOP.</li> </ul>	dengan yang distandarkan.
6.	Dukungan financial dan fasilitas dalam penerapan Women Care Centre	R6	<i>Kalau fasilitas kami lengkap. Semuanya ada dan kami siap melayani.</i>	<p>Dari 7 orang yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 orang menyatakan bahwa untuk fasilitas sudah disediakan alatnya.</li> <li>- 2 orang menyatakan bahwa bahwa BHP sudah <i>expired</i> karna kurangnya pasien.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa bahwa biaya pelayanan ditanggung BPJS.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa bahwa secara finansial telah didukung berupa pengadaan alat dan BHP.</li> </ul>	Secara finansial dan fasilitas telah disediakan oleh rumah sakit dan juga BPJS ikut menanggung biaya pelayanan. Kurangnya pasien mengakibatkan BHP tidak digunakan hingga <i>expired</i> .
	R9	<i>Dukungannya bisa kita lihat, alatnya sudah ada, hanya saja kurang lengkap. BHP nya atau Filmnya tidak ada. Filmnya ada tapi expired dan sampai sekarang belum diadakan yang baru dan sementara dipesan.</i>			
	R3	<i>Dukungannya berupa pengadaan alatnya, kemudian BHPnya juga.</i>			
	R4	<i>Fasilitas sudah ada alatnya.</i>			
	R1	<i>Secara financial saya kurang tau. Ini kan ditanggung BPJS sebetulnya. Seperti pelayanan biasanya. Semua ditanggung oleh pemerintah. BPJS mengcover semua. Tinggal pemanfaatannya saja. Setelah program itu berjalan, bagaimana pasien difasilitasi, kemudian dengan fasilitas yang mendukung untuk dilakukan itu, disiapkanlah di sini.</i>			
	R2	<i>Dukungan financial tentu kita dalam hal pengadaan alat dan bahan medis yang dibutuhkan termasuk juga sumber daya manusia kita alokasikan ke situ bahwa memang terlatih dan sanggup melakukan pelayanan tersebut. Intinya kita anggarkan untuk</i>			



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>kebutuhan BHPnya. Selama pasiennya memang ada, kita support.</i>		
		R5	<i>Tentunya rumah sakit memfasilitasi semua yang dibutuhkan untuk pelayanan ini.</i>		
7.	Proses pendidikan dan pelatihan staf	R6	<i>Sebenarnya ada pelatihannya tapi khusus di Makassar tidak ada. Terkhusus yang Women Care Centre ini kami langsung dilatih begitu alatnya sudah ada. Dan kami dilatih selama 2 hari.</i>	<p>Dari 6 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 orang informan menyatakan bahwa tidak ada pelatihan khusus. Para radiographer dilatih secara internal oleh vendor alat saat alat dipasang.</li> </ul>	<p>Tidak ada ada proses pendidikan dan pelatihan khusus terkait Women Care Centre. Radiographer dilatih mengoperasikan alat Mammograf langsung oleh vendor alat saat alat tersebut diinstal.</p>
	R9	<i>Pernah dilakukan pelatihan interen dari yang punya alat. Itu saja, tidak ada pelatihan yang khusus.</i>			
	R3	<i>Pernah diadakan proses pelatihan kepada staf radiologi. Pelatihannya dari pihak yang menjual alatnya.</i>			
	R4	<i>Kalau pelatihan untuk kami dokter radiologi kita sudah pelajari semua. Tapi untuk radiographer tidak ada pelatihan khususnya. Kalau dokter paling dengan ikut symposium atau workshop.</i>			
	R1	<i>Pelatihan tidak dilakukan. Tapi secara penguasaan mereka sudah cukup.</i>			
	R2	<i>Secara internal ada pelatihan. Sejak diinstal alatnya itu kita sudah lakukan peatihan yang dilatih dari vendornya alat tersebut.</i>			
8.	Pemahaman	R6	<i>Semua staf radiologi harus tahu dan sudah bisa mengoperasikan alat mammografi ini. Kecuali staf bagian administrasi itu tidak karna dia bukan ahlinya ke situ.</i>	<p>Dari 4 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 orang menyatakan bahwa semua radiographer paham dan mampu mengoperasikan alat.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan pelatihan langsung oleh vendor alat, seluruh radiographer kecuali bagian administrasi memahami dan mampu mengoperasikan alat.</p>
	dan	R9	<i>Staf semua mengerti tapi untuk pemahaman yang lebih jauhnya lagi mereka belum terlalu paham. Karna itu tadi tidak pernah ada</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>pelatihan khusus. Hanya pelatihan pengoperasian alat.</i>	hanya staf bagian administrasi di ruang radiologi tidak dilatih.	
		R3	<i>Semua radiographer di sini paham mengenai penggunaan alat ini.</i>		
		R4	<i>Saya rasa semua radiographer paham mengenai Mammografi itu.</i>		
9.	Kecukupan jumlah dan kompetensi pelaksana Women Care Centre	R6	<i>Sumber daya kami sudah ada. Alat ada, sumber daya manusia (SDM) juga tercukupi. SDM kami ada 13 orang, terdiri dari 9 orang radiographer, 3 orang dokter ahli radiologi, dan 1 orang admin. Radiographer kami semua lulusan S1 dan D4.</i>	<p>Dari 6 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 orang menyatakan bahwa jumlah tenaga pelaksana untuk Women Care Centre sudah cukup.</li> <li>- 2 orang menyatakan bahwa kompetensi staf sesuai dengan yang dibutuhkan.</li> <li>- 2 orang menyatakan jumlah pasien yang kurang, maka untuk saat ini jumlah stafnya masih cukup.</li> </ul>	<p>Jumlah tenaga pelaksana di Women Care Centre sampai saat ini cukup dan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dan jumlah pasien yang berkunjung masih sedikit.</p>
		R9	<i>Untuk jumlah staf saya kira sudah cukup apalagi pasiennya juga belum banyak.</i>		
		R3	<i>Kalau jumlah staf untuk pelayanan WCC ini sudah cukup.</i>		
		R4	<i>Saya rasa sudah cukup.</i>		
		R1	<i>Pertama dari segi tenaga, dokter spesialis bedah tumor kan, ada di sini. Dokter spesialis bedah onkologi dan ginekologi ada di sini, dokter spesialis radiologi juga ada di sini. Jadi komplit. Jadi, dari segi ketenagaan itu memungkinkan. Tinggal bagaimana fasilitas. Kemudian kita fasilitasi. Menyediakan alat seperti Mammografi, USG juga ada, laboratorium ada. Jadi, sebetulnya dari segi fasilitas itu memungkinkan. Nah, setelah itu dibuka dengan segala macam promosi, sampai saat ini kita tidak tahu masalahnya dimana. Pasiennya itu kurang sekali.</i>		
		R2	<i>Untuk sejauh ini karna pasiennya memang kurang, stafnya cukup.</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
10.	Honorium staf Women Care Centre	R6	<i>Honorarium khusus Women Care Centre ini tidak ada. Jadi ada yang namanya remunerasi dari rumah sakit, itu semuanya disatukan di remunerasi.</i>	<p>Dari 5 orang informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 orang menyatakan bahwa tidak ada honorium khusus Women Care Centre.</li> <li>- 2 orang menyatakan bahwa jasa layanan menggunakan sistem remunerasi.</li> <li>- 2 orang menyatakan bahwa upah pemeriksaan Women Care Centre sudah digabung dengan upah pemeriksaan lainnya.</li> </ul>	Tidak ada honorium khusus untuk layanan Women Care Centre. Rumah sakit menerapkan sistem remunerasi untuk membayar jasa staf. Honor pemeriksaan digabung dengan pemeriksaan lainnya.
		R9	<i>Tidak ada honorium khusus untuk WCC. Kita di sini sebagai radiographer yah tugas kita sudah termasuk melayani mammografi. Jadi untuk honor itu sudah termasuk gaji dan jasa.</i>		
		R3	<i>Khusus untuk WCC tidak ada honorium. WCC ini kan termasuk dalam pemeriksaan radiologi jadi untuk upahnya sudah digabung dengan pemeriksaan lain.</i>		
		R1	<i>Tidak ada honorium.</i>		
		R2	<i>Kita pakai sistem remunerasi. Jadi semua pelayanan itu, outputnya selain hasil yang bagus, tenaganya juga akan mendapatkan reward sesuai dengan tindakan yang diberikan.</i>		
11	Pengaruh lingkungan sosial, ekonomi, dan politik dalam penerapan pelaksanaan Women Care Centre	R9	<i>Saya kira yang lebih mempengaruhi itu adalah dari faktor internal. Alat ada tapi BHP nya tidak ada. Otomatis kalau ada pasien yang mau masuk di periksa otomatis itu yang menghambat. Dan pernah terjadi hal seperti itu. Sebenarnya untuk pemesanan BHP kalau pelunasannya cepat otomatis pengadaannya juga cepat. Tapi untuk pemesanan itu diurus oleh bagian Penunjang Medik.</i>	<p>Dari 5 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 orang menyatakan bahwa faktor internal utamanya terkait ketersediaan BHP memengaruhi pelaksanaan di Women Care Centre.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa tingkat radiasi alat Mammograf yang tinggi sehingga pasien diarahkan untuk melakukan pemeriksaan USG.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa masyarakat kurang</li> </ul>	Secara internal, ketersediaan BHP dan rujukan dari satu pemeriksaan ke pemeriksaan lain memengaruhi pelaksanaan Women Care Centre. Secara eksternal, pengetahuan masyarakat akan deteksi dini kanker serta sistem rujukan BPJS turut memengaruhi pelaksanaannya.
		R3	<i>Sebenarnya pasien yang bisa diperiksa ke sini itu banyak, hanya saja alat mammografi ini punya tingkat radiasi yang tinggi dibandingkan dengan pemeriksaan yang lain. Jadi kalau ada pasien yang datang dengan diagnose Ca Mammae atau tumor yang harus di</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>mammografi, itu diarahkan dulu ke pemeriksaan USG. Karna dengan pemeriksaan USG juga bisa didapat hasilnya kecuali jika butuh sekali pemeriksaan menggunakan alat mammografi, baru dilakukan pemeriksaan.</i>	memanfaatkan pelayanan <i>Women Care Centre</i> dan juga sistem rujukan BPJS yang membatasi pasien tidak langsung datang ke pelayanan <i>Women Care Centre</i> .	
		R1	<i>Yang jelas bahwa semestinya masyarakat menggunakan itu. Masalahnya kan, masyarakat tidak mau datang. Saya tidak tau kalau sistem yang berpengaruh. Karna sistem rujukan ini yang membatasi pasien datang di sini. Agak sulit memang. Secara sistem (BPJS) harusnya tidak langsung ke sini, ke faskes tingkat pertama dulu. Tidak seperti dulu pasien memilih mau minta rujukan ke rumah sakit ini misalnya. Hampir 90% pasien sudah menggunakan BPJS dan sistem rujukannya secara online.</i>	- 1 orang menyatakan bahwa tingkat pendidikan masyarakat yang rendah dan belum mengetahui tentang deteksi dini sehingga dibutuhkan edukasi ke masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan deteksi dini kanker payudara.	
		R2	<i>Kalau pengaruh sosialnya boleh jadi oleh kelompok yang pendidikannya masih rendah mungkin dia belum tau kalau ada pelayanan seperti ini. Atau mungkin juga masih merasa risih tidak mau memeriksakan dirinya. Tapi ini perlu diuji juga. Secara ekonomi, paling di tarifnya. Saya kira tidak terlalu mahal tarifnya. Cuma mungkin ini edukasi ke masyarakatnya untuk kesadaran deteksi dini terhadap kanker ini.</i>	- 1 orang menyatakan bahwa istilah <i>Women Care Centre</i> masih tabu di masyarakat dan adanya kekhawatiran untuk memeriksakan dini kanker payudara.	
		R7	<i>Kan WCC itu lebih cenderung ke pencegahan dini. Mungkin masih tabu di masyarakat kalau mendengar Ca kan, malu, masih takut, biasanya mereka kalau parah baru datang. Padahal WCC itu kan, kita mau mencegah</i>		





No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>sejak dini, bukan pengobatan saja. Kalau masih kecil biasanya tidak mau berobat, tidak mau periksa. Kesadaran masyarakat yang perlu ditingkatkan.</i>		
12.	Akses pasien ke pelayanan Women Care Centre	R6	<i>Akses pasien ke pelayanan Women Care Centre itu berdasarkan rujukan. Bisa dari luar (parsial), bisa dari dokter.</i>	<p>Dari 6 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 orang menyatakan bahwa akses pasien ke pelayanan tersebut berdasarkan rujukan dari luar dan dari dokter.</li> <li>- 3 orang menyatakan bahwa akses ke pelayanan mudah.</li> <li>- 2 orang menyatakan bahwa tidak ada masalah terkait akses pasien ke pelayanan. RSUD Kota Makassar mudah dijangkau sebab berada ditengah kota serta alur pelayanan juga cukup jelas.</li> </ul>	<p>Tidak ada masalah terkait akses pasien ke pelayanan Women Care Centre. Pelayanan cukup mudah untuk diakses dan letak rumah sakit berada di tengah kota sehingga mudah dijangkau serta alur pelayanan pasien juga cukup jelas.</p>
	R9	<i>Akses pasien ke pelayanan ini sebenarnya mudah. Masalahnya BHP nya yang tidak ada. Jadi walaupun kita mau terima pasien tapi BHPnya tidak ada, kita juga tidak bisa melayani. Jadi biasanya kita arahkan untuk ke pemeriksaan USG Mammae.</i>			
	R3	<i>Akses pasien ke sini cukup mudah. Sama saja dengan akses ke pelayanan lain. Pasien daftar dulu, kemudian ke poli, dari poli nanti diarahkan ke radiologi.</i>			
	R4	<i>Akses pasien ke sini sama saja. Daftar dulu dan harus ada pengantar dari poli bedah. Tapi sebelum itu biasanya dilakukan pemeriksaan SADARI terlebih dahulu. Ketika terasa ada nyeri baru dokter bedah mengarahkan ke pemeriksaan USG atau Mammografi.</i>			
	R1	<i>Secara akses, sebetulnya tidak. Keterjangkauan rumah sakit ini kan di tengah kota. Akses untuk menjangkau rumah sakit ini mudah sebetulnya. Saya lebih beroikir ke sistem rujukan.</i>			
	R2	<i>Saya rasa tidak ada masalah akses pasien. Karna alurnya juga cukup jelas.</i>			
		R6	<i>Bahwa kalau pemeriksaan mammografi, radiologi hanya sebagai penunjang. Jadi apa permintaan dokter kami laksanakan. Bukan</i>	<p>Dari 7 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 orang menyatakan bahwa</li> </ul>	<p>Telah dilakukan proses pemasaran ke eksternal dan internal. Info yang</p>



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
	Women Care Centre		<i>berdasarkan pengobatan tapi berdasarkan tindakan. Karna kami di radiologi tidak melakukan pengobatan, tapi pemeriksaan penunjang saja. Selebihnya itu dokter. Toh, dokter yang merujuk.</i>	<p>pernah dilakukan proses pemasaran terkait Women Care Centre.</p> <p>- 2 orang menyatakan pemasaran dilakukan dalam bentuk brosur, pamflet, baliho, dan prompsi di website rumah sakit.</p> <p>- 2 orang menyatakan bahwa penyebaran informasi juga melibatkan media cetak Koran.</p> <p>- 2 orang menyatakan bahwa promosi dilakukan pemeriksaan gratis untuk ibu-ibu PERSIT Kartika Chandra Kirana dan dihadiri Ketua Yayasan Kanker Indonesia.</p> <p>- 1 orang menyatakan bahwa promosi juga melibatkan Walikota Makassar.</p> <p>- 2 orang menyatakan bahwa promosi secara internal ke unit-unit dalam rumah sakit juga sudah dilakukan dan disampaikan setiap ada pertemuan.</p>	<p>disebarkan ke publik berupa media cetak dan media online. Saat launching juga melibatkan Ketua Yayasan Kanker Indonesia dan Walikota Makassar. Promosi juga dilakukan dengan diadakannya pemeriksaan gratis kepada ibu-ibu PERSIT Katika Chandra Kirana. Secara internal, penyebaran informasi juga telah dilakukan kepada unit-unit di rumah sakit dan disampaikan dalam pertemuan-pertemuan.</p>
		R9	<i>Pertama kali WCC ada proses pemasaran itu dilakukan. Pemasarannya dilakukan dalam bentuk media seperti baliho dan seminar. Dan juga penyampaian langsung dari Walikota Makassar. Awal dibentuk WCC ini sudah dilakukan sosialisasi. kita promosikan, bahkan ada beberapa staf yang di check up.</i>		
		R3	<i>Pernah dilakukan proses pemasaran. Waktu pertama kali WCC diresmikan, dilakukan pemberitahuan dalam bentuk spanduk kalau di RSUD Kota Makassar sudah ada pemeriksaan Mammografi sehingga masyarakat tidak perlu jauh-jauh periksa ke rumah sakit lain. Pernah di sosialisasikan ke staf lain dan poli-poli. Waktu peresmian semua perwakilan poli juga hadir termasuk dokter-dokter spesialis juga banyak yang tahu.</i>		
		R4	<i>Info tentang adanya WCC ini sempat terbit di Koran. Sosialisasi saat awal adanya WCC ini gencar sekali apalagi di resmikan oleh Walikota dan Pak Agum Gumelar.</i>		
		R1	<i>Saya tidak tau bagaimana proses promosinya. Selama ini yang saya lihat pihak manajemen itu sudah beberapa kali mengirikmkan unit-unit ke sini. Sempat beberapa kali ada pemeriksaan gratis. Seperti bekerja sama dengan ibu-ibu PERSIT dengan mobilisasi massal. Tapi hanya</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>sebatas itu. Setelah itu bahkan teman-teman dari bedah onkologi tidak pernah kirim (pasien) lagi. Mestinya unit-unit ini kan jalan, tapi tidak jalan.</i>		
		R2	<i>Langkah-langkah pertama baru sekedar promosi di media-media sosial yang ada. Waktu launching juga kita betul-betul libatkan media massa lokal bahwa kita melayani pelayanan ini. Sejauh ini kita edukasi di media sosial. Termasuk kita juga pernah mempromosikan ke lembaga-lembaga pemberdayaan perempuan.</i>		
		R7	<i>Kami di humas itu sudah melakukan publikasi. Pertama, lewat media cetak, brosur, pamflet, kemudian lewat media elektronik, dalam bentuk online di website kami, kemudian di beberapa pertemuan sering kami sampaikan bahwa ada pelayanan WCC. Ada brosur, kemudian coba kalau kita lihat itu di website kami ada inovasi itu. Kemudian di beberapa pertemuan-pertemuan. Pernah launching 2017 itu dihadiri langsung oleh Walikota Makassar beserta Ketua Yayasan Kanker Indonesia. Menurut kami sudah maksimal, tapi belum tahu masyarakat bagaimana. Dulu sempat ada beberapa kelompok ibu-ibu dari Persit Kartika Chandra Kirana itu melakukan pemeriksaan mammografi pada tahun 2017. Tapi setelah itu tidak pernah lagi. Mungkin kedepannya kita akan ubah metodenya. Sebelumnya bermain di brosur, pamflet, dan di website. Bisa ke depannya dengan MoU dengan lembaga lain.</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
14.	Dukungan pemerintah setempat terkait program <i>Women Care Centre</i>	R9	<i>Pemerintah mendukung sekali. Justru pemerintah yang merencanakan dibentuk pelayanan ini dengan bekerja sama dengan rumah sakit.</i>	<p>Dari 6 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 orang menyatakan bahwa <i>Women Care Centre</i> didukung oleh Pemerintah khususnya Walikota Makassar.</li> <li>- 4 orang mengatakan bahwa pemerintah juga turut dalam perencanaan pembuatan <i>Women Care Centre</i>.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa launching <i>Women Care Centre</i> dihadiri oleh Walikota Makasar.</li> <li>- 1 orang meyakini bahwa pemerintah mendukung pengadaan fasilitas di <i>Women Care Centre</i>.</li> </ul>	<i>Women Care Centre</i> didukung oleh Pemerintah setempat khususnya Walikota Makassar yang juga terlibat dalam perencanaan dan keikutsertaan dalam <i>launching</i> perdana.
		R3	<i>Pemerintah mendukung adanya pelayanan ini. Waktu pertama diresmikan juga dibuka oleh Walikota.</i>		
		R4	<i>Pemerintah mendukung sekali. Malah yang merencanakan ini dari Walikota Makassar. Pemerintah sangat peduli dengan program care seperti ini.</i>		
		R1	<i>Didukung oleh Pemerintah Kota Makassar, dibuatlah unit itu di sini. Untuk bisa mengcover pelayanan di bidang itu (tumor dan kanker payudara). memang manajemen bersama dengan pemerintah bikin ini unit. Dengan harapan bahwa bisa menjangkau masyarakat dengan lebih luas. Tapi ternyata masyarakat juga tidak terlalu antusias.</i>		
		R2	<i>Semua ini berangkat dari harapan pemerintah Kota Makassar bahwa kita sebagai institusi yang berada di bawah pemerintah Kota Makassar harus selalu inovatif. Melihat apa kira-kira potensi yang kita miliki yang kita bisa gunakan untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada masyarakat Kota Makassar. Di situlah kita olah inovasi-inovasi ini. Kalau di bagian penunjang dimaksimalkanlah di bagian Radiologi untuk WCC ini.</i>		
R7	<i>Tentunya bagus. Karna buktinya kami diberikan fasilitas oleh pemerintah. Kami</i>				



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>diberikan fasilitas, baik itu alat dan tenaga. Artinya, kami disiapkan.</i>		
15.	Kerja sama antara Women Care Centre dengan Stakeholder di RSUD Kota Makassar	R9	<i>Radiographer di sini hanya melaksanakan saja. Untuk masalah hubungan dengan pihak rumah sakit diatur oleh bagian Penunjang Medik. Mereka yang melakukan interaktif keluar dan kami bertugas melayani pasien saja.</i>	<p>Dari 6 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 orang menyatakan bahwa untuk masalah terkait Women Care Centre bekerja sama dengan bagian Penunjang Medik.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa kerja sama dilakukan dengan dokter ahli bedah onkologi dalam hal pengiriman pasien.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa tidak pernah dibicarakan perihal pembuatan Women Care Centre kepada Kepala Instalasi Radiologi selaku yang menaungi Women Care Centre di dalamnya.</li> </ul>	<p><i>Women Care Centre</i> bekerja sama dengan pihak Penunjang Medik dan dokter ahli bedah onkologi dalam hal pengiriman pasien ke pelayanan. Tapi untuk perencanaan pembuatan pelayanan ini tidak melibatkan Kepala Instalasi Radiologi yang menaungi <i>Women Care Centre</i>.</p>
	R6	<i>Untuk pengoperasian alat ini harus bekerja sama dengan dokter onkologi. Tidak semua pasien harus dilakukan tindakan mammografi. Alat ini radiasinya cukup tinggi, dokter biasanya merujuk untuk dilakukan usg mammae saja. Kalo terdeteksi memang ada, baru di mammografi. Mengingat radiasinya yang cukup tinggi, kesian pasiennya kalo hanya skrining saja. Kalo setelah di USG di temukan memang ada kelainan, dokter mau lebih jelas liat letaknya, baru dilakukan tindakan mammografi.</i>			
	R3	<i>Kalau misalnya ada masalah-masalah terkait WCC seperti ada bahan yang kurang atau ada kerusakan tentu lapornya ke pihak Penunjang Medik.</i>			
	R4	<i>Saya kurang tau masalh kerja sama nya seperti apa.</i>			
	R2	<i>Waktu launchingnya secara besar-besaran diundang seluruh unit. Artinya mereka sudah tau. Kita juga sering sosialisasikan secara internal setiap ada pertemuan dan selalu diangkat layanan ini.</i>			
	R8	<i>Untuk perencanaan terus terang tidak pernah dibicarakan kepada kepala instalasi radiollogi.</i>			



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
16.	Faktor lain yang memengaruhi pelaksanaan <i>Women Care Centre</i>	R9	<i>Faktor lain mungkin yang pertama itu kurangnya sosialisasi keluar. Yang kedua tidak adanya BHP. Ini pernah kita layani ada beberapa check up dari ibu-ibu persit, filmya terpakai dan habis sampai ada yang kadaluarsa sampai sekarang belum ada.</i>	<p>Dari 8 informan yang diwawancarai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 orang menyatakan bahwa faktor lain yang memengaruhi pelaksanaan <i>Women Care Centre</i> adalah ketersediaan BHP yang dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pasien ke pelayanan.</li> <li>- 1 orang menyatakan bahwa sistem rujukan memengaruhi jumlah pasien yang datang ke pelayanan.</li> <li>- 3 orang menyatakan bahwa minimnya sosialisasi yang dilakukan ke masyarakat memengaruhi kunjungan pasien ke pelayanan.</li> </ul>	Faktor lain yang memengaruhi pelaksanaan <i>Women Care Centre</i> antara lain ketersediaan BHP yang dipengaruhi oleh jumlah kunjungan, system rujukan, serta minimnya sosialisasi ke masyarakat terkait program <i>Women Care Centre</i> .
		R3	<i>Faktor lainnya itu tidak tersedianya BHP. Ketika ada pasien yang butuh sekali pelayanan tapi ternyata bahannya tidak ada, itu juga menghambat pelayanan.</i>		
		R4	<i>Faktor lainnya itu mungkin karna banyak pasien yang memeriksakan ke rumah sakit lain. Dan BHPnya di sini juga tidak ada. Kemudian karna radiasi alat mammografi tinggi sehingga orang-orang lebih memilih pemeriksaan USG. Dan juga pasien merasa sakit bila diperiksa dengan alat mammografi karna ketika diperiksa payudara perempuan itu dihimpit dengan alatnya. Dan tergantung dari rujukan dari dokter bedah.</i>		
		R6	<i>Hambatan pertama, kurang pasien dan kurang rujukan dari dokter. Yang kedua, bahan habis pakainya yang sudah kadaluarsa. Karna sedikit pasien, otomatis lama tidak terpakai bahan habis pakainya yang maksud saya itu, filmnya. Kadaluarsanya film itu hanya sampai satu tahun. Jadi kalau dalam satu tahun tidak ada pasien, tahun depannya sudah tidak bisa digunakan filmnya karna sudah tidak memungkinkan menghasilkan gambar yang bagus.</i>		
		R1	<i>Kita tidak tau masalahnya dimana. Apakah</i>		



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
			<i>karna jauhnya maka tidak kedengaran atau tingkat kepercayaan masyarakat terhadap layanan pemerintah. Tingkat rujukan saya kira juga punya peranan. Apalagi RSUD Kota Makassar kan merupakan tipe B. jadi tidak serta merta langsung dirujuk ke sini (berjenjang). Jadi banyak sekali pilihan. Setelah berlaku juga sistem itu pasien jadi sedikit sekali. Karna ssstem rujukan online. Otomatis tidak langsung ke sini.banyak hal, mungkin salah satunya itu tadi.</i>		
		R2	<i>Saya kira yang paling urgent adalah masih minim sosialisasi. Pemasaran ke masyarakat luar masih kurang.</i>		
		R5	<i>Mungkin perlu lagi sosialisasi yang lebih luas ke masyarakat. Karna kalau promosinya luas, maka kesadaran masyarkat untuk ke pelayanan juga meningkat. Ini kan preventif seharusnya. Harus lebih digiatkan lagi.</i>		
		R8	<i>Mungkin, cita-citanya bagus tapi promosinya yang kurang. Tapi yang jelas yang utama pasien harus ada pengenalan. Informasi keluar harusnya seperti dengan melakukan baksos atau apapun.</i>		
17.	Hambatan selama <i>Women Care</i>	R9	<i>Hambatannya itu BHPnya tidak ada. Kemudian dari pasiennya juga rata-rata takut untuk memeriksakan dengan mammografi karna radiasi alat ini kan juga cukup besar. Jadi mereka dominan memeriksa ke USG. Tapi kalau kita berikan pengertian dengan baik ke pasien pasti akan mengerti. Tapi percuma juga kalau BHPnya tidak ada.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai: - 4 orang menyatakan bahwa tidak tersedianya BHP menghambat pelayanan <i>Women Care Centre</i> . - 2 orang menyatakan pasien lebih dianjurkan melakukan	Tidak tersedianya BHP dan rujukan pasien ke pemeriksaan USG menghambat pelayanan <i>Women Care Centre</i> .



No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
		R3	<i>Kalau hambatannya itu karna tidak ada BHPnya jadi pasien tidak bisa dilayani dan dianjurkan untuk pemeriksaan USG Mammae dulu.</i>	pemeriksaan mammograf. - 1 orang menyatakan tidak tau kendala yang dialami.	
		R4	<i>Kita terhambat masalah BHPnya. Juga pasien yang datang itu kan tergantung rujukan dari dokter bedah.</i>		
		R1	<i>Sampai saat ini kita tidak tau kendalanya dimana. Sampai teman-teman yang lain tidak mengirim (pasien) ke sini.</i>		
		R2	<i>Untuk BHPnya kita selalu siapkan. Tapi karna tidak ada pasien akhirnya BHPnya expire. Setelah expire baru kita pesan lagi. Pengadaanya kan butuh 1-2 minggu baru masuk lagi bahannya.</i>		
18.	Tantangan selama pelaksanaan Women Care Centre	R9	<i>Tantangannya mungkin lebih ke kurangnya pasien. Itu pun pasien kalau ingin diperiksa ke sini harus ada surat rujukan dari dokter bedah. Dan BHP nya juga tidak ada.</i>	Dari 7 orang informan yang diwawancarai: - 4 orang menyatakan bahwa tantangan yang dialami adalah tingkat kunjungan pasien ke Women Care Centre rendah. - 1 orang menyatakan bahwa radiasi alat mammografi yang cukup tinggi sehingga pasien dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan USG. - 1 orang menyatakan bahwa adanya rumah sakit pesaing yang memiliki alat yang sama. - 2 orang menyatakan bahwa	Tantangan yang dihadapi oleh Women Care Centre antara lain rendahnya tingkat kunjungan pasien ke pelayanan tersebut, radiasi alat yang cukup tinggi, rumah sakit pesaing yang memiliki alat yang sama, dan tidak adanya BHP.
		R3	<i>Tantangannya itu karna kurang pasien dan risiko paparan radiasi dari alat mammograf cukup tinggi.</i>		
		R4	<i>Tantangannya karna alat mammografi ini memiliki radiasi yang cukup tinggi maka pasien biasanya dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan USG dulu.</i>		
		R6	<i>Tantangannya itu pasiennya sedikit.</i>		
		R1	<i>Mungkin karna di tempat lain (alat yang sama) banyak. Di Kota Makassar kan, pelayanan mammografi bukan semata-mata hanya di sini. Di RS Wahidin ada, di RS Siloam ada, dan di center-center yang lain kan ada.</i>		





No	Informasi	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
		R2	<i>Memang kendalanya tingkat kunjungan pasien yang masih rendah ini.</i>	tidak adanya BHP menjadi tantangan dalam pelayanan ini.	
		R8	<i>Tantangannya kalau kita mau beli BHP nya tapi pasiennya yang tidak ada, kan itu bisa nambah hutang.</i>		



### LAMPIRAN 7 DOKUMENTASI KEGIATAN





## LAMPIRAN 8

### SURAT-SURAT

#### SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

*Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, fax (0411) 586013*  
*E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, Website : www.unhas.ac.id/fkm*

#### SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL

Nomor : 1024/UN4.14/KP.05.00/2019

Dari : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
 Untuk : Mereka yang tersebut namanya pada surat penugasan ini dianggap ahli dalam bidangnya untuk bertugas dalam panitia Seminar Proposal mahasiswa FKM- UNHAS  
 Isi : 1. Menilai Mahasiswa Seminar dengan susunan Tim Penilai:

No	Nama Dosen	Jabatan/ Peminatan
1.	Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH	Pembimbing I
2.	Nur Arifah, SKM.,MA	Pembimbing II
3.	Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes	Penguji / I
4.	Rini Anggraeni, SKM.,M.Kes	Penguji / II
5.	Nasrah, SKM.,M.Kes	Penguji /III

2. Mahasiswa FKM-UH yang akan menempuh Seminar Proposal:

Nama : Indasari  
 Nim : K111 15 066  
 Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
 Judul : Gambaran Implementasi Penatalaksanaan Program *Women Care Center* dengan Pendekatan Realist Evaluation di RSUD Kota Makassar

3. Waktu Pelaksanaan Seminar Proposal :

Hari/ Tanggal : Kamis/ 7 Februari 2019  
 Jam : 09.00 Wita – 10.30 Wita  
 Tempat : Ruang K-225. Lt II FKM Unhas

4. Agar surat penugasan ini dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab  
 5. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan berubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penugasan ini.

Makassar, 6 Februari 2019

Dekan FKM Unhas,

**Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed**  
 Nip. 19670617 199903 1 001



nbusan :  
 Wakil Dekan FKM Unhas Sebagai Laporan  
 Bagian Akademik FKM-UNHAS  
 Bagian Keuangan FKM-UNHAS  
 Pengelola Seminar Departemen MRS FKM-UNHAS

**SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN DARI FAKULTAS**



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, Fax 0411 - 586013  
 E-mail : fkmuh@unhas.ac.id, website: www.fkm.unhas.ac.id

Nomor : 2514/UN4.14.1/PL.00.00/2019  
 Hal : Izin Penelitian

14 Maret 2019

**Yang Terhormat**  
**Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan**  
**Cq. Kepala UPT P2T-BKPM**  
**Provinsi Sulawesi Selatan**  
**di – Makassar**

Kami ajukan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang bermaksud untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.

Untuk melaksanakan penelitian ini, kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan izin kepada :

Nama : Indasari  
 Nim : K11115066  
 Program Studi : Manajemen Rumah Sakit  
 Departemen : Kesehatan Masyarakat  
 Judul Tugas Akhir : **Evaluasi Progra, Women Care Center dengan Pendekatan Realist Evaluation di RSUD Kota Makassar.**  
 Lokasi Penelitian : RSUD Kota Makassar  
 Pembimbing : 1. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH.  
 2. Nur Arifah, SKM., MA.

Atas bantuan dan kerjasama yang baik, kami sampaikan banyak terima kasih.



**Ansariadi, SKM, MScPH, Ph.D**  
**NIP. 197201091997031004**

Tembusan :

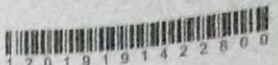
1. Dekan FKM Unhas  
 Pembimbing Skripsi Mahasiswa ybs



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## SURAT PENELITIAN DARI BKPM



  
1 2 0 1 9 1 9 1 4 2 2 8 0 0

**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
**BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN**

---

Nomor : 12587/S.01/PTSP/2019  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,  
Walikota Makassar

di-  
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 2514/UN4.14.1/PL.00.00/2019 tanggal 14 Maret 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **INDASARI**  
Nomor Pokok : K11115066  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :  
" **EVALUASI PROGRA, WOMEN CARE CENTER DENGAN PENDEKATAN REALIST EVALUATION DI RSUD KOTA MAKASSAR** "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **20 Maret s/d 20 April 2019**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar  
Pada tanggal : 15 Maret 2019

**A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN**  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU**  
**PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

  
**A.M. YAMIN SE., MS.**  
Pangkat : Pembina Utama Madya  
Nip : 19610513 199002 1 002

Kepada Yth,  
Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar di Makassar,  
Tanggal



## SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR**  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 ☎ 0411-513127 – 510016 Fax. 0411 – 587256 Makassar

Makassar, 23 Mei 2019

### SURAT KETERANGAN

No : 07 /YM-RSUD-MKS/V/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama	: Dra. Asriati, M.M
NIP	: 19660907 199401 2 003
Pangkat/Gol	: Pembina
Jabatan	: Kabag Pelayanan Masyarakat
Unit Kerja	: RSUD Kota Makassar

Dengan ini menerangkan :

Nama	: Indasari
NIM	: K11115066
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat
Asal Perg. Tinggi	: UNHAS
Alamat	: Jl Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Telah melaksanakan Penelitian di RSUD Kota Makassar sejak 20 Maret sampai dengan 20 April 2019 dengan judul *Skripsi* “**EVALUASI PROGRAM, WOMEN CARE CENTER DENGAN PENDEKATAN REALIST EVALUATION DI RSUD KOTA MAKASSAR**”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

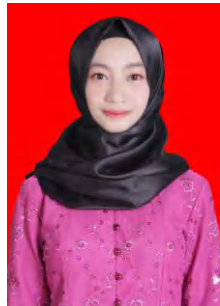
Kabag Pelayanan Masyarakat

**Dra. Asriati, M.M**  
 Pangkat/Gol : Pembina/IV.a  
 Nip. 19660907 199401 2 003



## LAMPIRAN 9

### RIWAYAT HIDUP



Nama : Indasari  
NIM : K111 150 66  
TTL : Ujung Pandang, 29 Desember 1997  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Rajawali 1 Lr. 13 A, No. 42 E  
No. Hp : 085399390377  
Email : indasari007@gmail.com

#### Riwayat Pendidikan :

1. TK Kartika Wirabuana XXI Makassar
2. SDN Tunas Karya Makassar
3. SMPN 01 Makassar
4. SMA Kartika Wirabuana XXI Makassar
5. Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Rumah Sakit

#### Riwayat Organisasi:

1. Yayasan Buddha Tzu Ching Makassar
2. *Hospital Management Student Community* (HMSC) FKM Unhas

