

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Manusia merupakan makhluk sosial yang selama hidupnya akan selalu membutuhkan bantuan dari manusia lain. Oleh karena itu seluruh manusia di penjuru dunia ini akan cenderung mengalami kesulitan apabila menjalani hidupnya seorang diri dan akan lebih memilih untuk hidup saling berdampingan dengan manusia lainnya, hal ini dilakukan untuk mempermudah dalam melakukan interaksi yang akan terjadi di sepanjang masa hidup masing-masing manusia. Dengan dilakukannya interaksi, masing-masing manusia akan saling mengenal dan memiliki kepedulian satu sama lain untuk memberikan bantuan apabila terjadi suatu masalah yang sulit dipecahkan oleh tiap individu. Kumpulan manusia yang hidup saling berdampingan di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu disebut dengan masyarakat.

Di dalam kehidupan masyarakat sering kali muncul berbagai macam permasalahan, yang mana definisi suatu masalah menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia sendiri yakni suatu kondisi yang tidak diharapkan untuk terjadi. Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa permasalahan publik merupakan suatu kondisi atau situasi yang akan menimbulkan ketidakpuasan terhadap sebagian orang yang mengharapkan suatu perbaikan, yang mana hal tersebut akan berdampak luas dan menimbulkan konsekuensi bagi orang-orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung. Permasalahan yang terjadi di masyarakat dapat timbul karena terdapat banyak perbedaan dalam suatu lingkungan hidup. Perbedaan tersebut meliputi ras, agama, gaya hidup, status sosial yang dimiliki oleh setiap individu, hal-hal tersebut yang kadang menimbulkan potensi konflik dalam aktivitas sehari-hari yang dikarenakan terdapat ketidaksesuaian di lingkungan hidupnya. Permasalahan masyarakat yang mencakup berbagai bidang tersebut akan menimbulkan dampak yang beragam pula, dengan kondisi yang berbeda-beda di tiap daerahnya.

Jika suatu permasalahan terus terjadi atau bahkan bertambah maka akan menimbulkan dampak negatif yang nantinya akan merugikan masyarakat dan diikuti dengan terancamnya kesejahteraan kehidupan masyarakat. Oleh karena itu berbagai permasalahan yang terjadi harus segera ditangani, hal ini dilakukan untuk menjaga kesejahteraan masyarakat, baik yang terjadi di suatu daerah, negara maupun dunia. Maka dari itu di taraf internasional dibentuklah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang merupakan suatu organisasi yang didirikan untuk mendorong kerjasama antar negara-negara yang ada di dunia, yang mana kerjasama yang terjalin ini diharapkan akan menumbuhkan rasa persaudaraan dan meminimalisir potensi timbulnya suatu permasalahan. Cakupan ruang lingkup mengenai peran PBB yaitu dalam menjaga perdamaian, mencegah terjadinya konflik dan mendukung bantuan kemanusiaan. Hal ini dilakukan untuk mencapai tujuan dan sebagai wujud upaya koordinasi untuk menciptakan dunia yang lebih aman untuk ini dan generasi mendatang.

Sebagai upaya untuk menyelesaikan isu-isu yang terkait dengan permasalahan masyarakat di dunia, pada tahun 2000 dibentuklah *Millenium Development Goals (MDGs)* yang merupakan pandangan pembangunan global yang diprakarsai oleh 189 Negara yang merupakan anggota dari PBB. *MDGs* terdiri dari 8 *goals* yang dituangkan dalam 18 target dan mengandung 67 indikator. *MDGs* memiliki target yakni memusnahkan kemiskinan dan kelaparan, mencegah penyakit mematikan dan memperluas kesempatan bagi anak-anak untuk mengakses pendidikan. Dengan diberlakukannya *MDGs* terdapat beberapa kemajuan yang cukup dirasakan yaitu penanganan masalah pendapatan rendah, akses sumber air, keikutsertaan dalam pendidikan dasar dan angka kematian anak-anak¹.

MDGs berakhir pada tahun 2015 dengan segala keterbatasannya, yang mana pada saat itu banyak pihak yang menilai bahwa masih banyak harapan dari *MDGs* yang belum tercapai. Beberapa tujuan *MDGs* yang belum tercapai yakni mencakup angka kematian ibu saat melahirkan, angka penderita HIV, kelestarian

¹UNDP Indonesia. 2015. Agenda pembangunan berkelanjutan yang baru. Diakses pada tanggal 2 Februari 2020. <https://www.id.undp.org/content/indonesia/id/home1/post-2015.html>

lingkungan hidup, akses air minum dan sanitasi yang layak bagi masyarakat. Penyebab dari keterbatasan tersebut dikarenakan kurang baiknya komunikasi dan koordinasi antar pemangku kepentingan, komitmen, tujuan, target dan perumusan indikator *MDGs* yang belum inklusif. Dengan berakhirnya *MDGs*, 193 negara yang tergabung dalam PBB memutuskan untuk melanjutkan program pengembangan dalam agenda *Sustainable Development Goals (SDGs)*.

SDGs terdiri dari empat pilar yaitu sosial, ekonomi, lingkungan dan pembangunan hukum dan tata kelola, keempat pilar tersebut memuat 17 tujuan. Yang mana dalam pilar sosial memiliki salah satu tujuan yakni mewujudkan kehidupan sehat dan sejahtera, poin tersebut membahas mengenai upaya untuk menangani kematian dan penyakit dengan tujuan untuk memastikan hidup sehat dan menggalakkan kesejahteraan bagi semua orang pada segala usia. Poin tersebut membuktikan bahwa permasalahan kesehatan masih menjadi pembahasan hangat yang selalu menjadi urgensi global karena kesehatan yang baik dianggap penting dalam pembangunan berkelanjutan dan agenda 2030. Dengan mempertimbangkan kesenjangan ekonomi dan sosial, urbanisasi, ancaman iklim dan lingkungan, beban HIV dan penyakit menular serta tantangan kesehatan lain seperti munculnya penyakit yang tidak menular.

Area kerja utama PBB dalam bidang kesehatan diantaranya mencakup sistem kesehatan, kesehatan melalui perjalanan hidup, penyakit menular dan tidak menular. Berbagai upaya tersebut merupakan wujud usaha untuk mencapai tujuan kesehatan dengan mendukung kebijakan dan strategi kesehatan nasional. Sebagai upaya untuk menangani permasalahan kesehatan dunia, dibentuklah *World Health Organization (WHO)* yang merupakan suatu badan yang dinaungi oleh PBB yang bergerak di bidang kesehatan umum tingkat internasional untuk memerangi penyakit yang terjadi di dunia. *WHO* merupakan suatu organisasi yang berperan utama untuk mengarahkan dan mengkoordinasikan kesehatan internasional yang bekerja bersama para negara anggotanya.

Menurut *WHO* terdapat berbagai prioritas masalah kesehatan yang terjadi di dunia ini, yang mana ke enam masalah tersebut merupakan agenda *MDGs* yang belum terselesaikan. Berikut ini enam prioritas masalah kesehatan dunia :

Tabel I.1 Prioritas Kesehatan di Dunia Tahun 2015

Urutan	Jenis Prioritas
1	Kesehatan ibu, kesehatan anak, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan
2	Menangani penyakit tidak menular (PTM) dan faktor risikonya
3	Penerapan <i>International Health Regulation (IHR)</i>
4	Menjamin terselenggaranya <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>
5	Jaminan ketersediaan obat dan alat kesehatan yang baik dan bermutu pada seluruh masyarakat di mana pun berada
6	Menangani determinan sosial, ekonomi dan lingkungan yang jelas

Sumber : *World Health Organization*

Tabel I.1 memaparkan aspek-aspek kesehatan di dunia yang diurutkan berdasarkan prioritasnya. Pada urutan prioritas ke 2 tercantum penanganan penyakit tidak menular dan faktor risikonya, pemaparan tersebut membuktikan bahwa di skala dunia pun penyakit tidak menular (PTM) masih merajalela dan menjadi urgensi internasional. Penyakit tidak menular didefinisikan oleh *WHO* sebagai suatu penyakit kronis yang berlangsung lama dan merupakan dampak dari kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Semakin meningkatkan pengidap penyakit tidak menular di dunia akan berdampak pada terhambatnya kemiskinan di dunia terutama negara-negara yang berpenghasilan rendah. Hal ini terjadi disebabkan oleh perbedaan posisi sosial yang mana masyarakat yang kurang beruntung akan lebih rentan terserang penyakit dikarenakan resiko yang lebih besar akan paparan produk berbahaya dan keterbatasan akses pelayanan kesehatan.

Terdapat berbagai jenis penyakit tidak menular yang terjadi di dunia ini, namun ada beberapa jenis penyakit yang dinilai perlu penanganan ekstra. Berikut ini jenis PTM utama yang terjadi di dunia menurut *WHO* :

Tabel I.2 Jenis Penyakit Tidak Menular utama yang terjadi di Dunia Tahun 2018

Jenis Penyakit Tidak Menular	
1	Penyakit Kardiovaskular
2	Kanker
3	Penyakit Pernapasan Kronis
4	Diabetes

Sumber : *World Health Organization*

Berdasarkan pemaparan Tabel I.2 salah satu penyakit tidak menular yang tersebar luas di seluruh dunia yaitu penyakit kanker. Kanker didefinisikan oleh *WHO* sebagai kelompok besar penyakit yang mampu memberikan pengaruh pada setiap bagian tubuh, atau istilah lain untuk kanker adalah tumor ganas atau neoplasma. Penyakit ini timbul diakibatkan oleh berbagai macam hal seperti paparan zat kimia atau radiasi yang berlebihan, virus, hormon maupun gaya hidup. Sehingga beragam penyebab ini akan memicu munculnya jenis kanker yang beragam pula.

Terdapat beberapa jenis kanker yang ada di dunia, berikut ini data jenis kanker dengan angka penderita tertinggi di dunia :

Tabel 1.3 Jenis Kanker dengan Angka Penderita Tertinggi di Dunia Tahun 2018

Jenis Kanker dengan Angka Penderita Tertinggi di Dunia Tahun 2018	
Jenis Kanker	Jumlah Kasus
Paru-paru	11,54%
Payudara	11.49%
Usus besar	9,94%
Prostat	7,18%
Lambung	5,52%

Sumber : *World Health Organization* (data diolah)

Data pada Tabel I.3 membuktikan masih tingginya kasus kanker yang terjadi di dunia, yakni berdasarkan data *Globocan* total penderita kanker di dunia adalah sebanyak 18,1 juta orang. Sebagai salah satu penyakit terus mengalami kenaikan jumlah penderita setiap tahunnya, tentu saja angka kematian akibat penyakit ini pun cukup tinggi. Berikut ini data angka kematian akibat kanker di dunia yang terjadi di tahun 2018 :

Tabel I.4 Angka Kematian akibat Kanker di Dunia Tahun 2018

Kematian Akibat Kanker	
Benua	Populasi
Asia	57,32%
Eropa	20,33%
Amerika Utara	7,30%
Afrika	7,25%
Amerika Latin dan Karibia	7,04%
Oceania	0,73%

Sumber : *Global Cancer Observatory* (data diolah)

Berdasarkan data pada Tabel I.4 pada tahun 2018, sekitar separuh dari jumlah kematian akibat kanker yang ber total 9,5 juta terjadi di benua Asia, yang mana pada benua tersebutlah 60% jumlah manusia di dunia ini tinggal. Data dari *Global Cancer Observatory* (GCO) yang tertera juga didukung oleh data dari *WHO* yang menyebutkan bahwa 5 jenis penyakit kanker yang paling banyak menyebabkan kematian di dunia yaitu kanker paru-paru, kanker usus besar, kanker lambung, kanker prostat dan kanker payudara. Dengan kanker paru-paru sebagai penyebab kematian paling tinggi dengan jumlah kematian sebanyak 1,8 juta jiwa, dan yang terendah adalah kanker payudara dengan jumlah kematian sebanyak 627 ribu jiwa. Realita tersebut membuat penyakit ini dinobatkan oleh *WHO* sebagai penyakit paling mematikan nomor satu di dunia.

Indonesia sendiri menempati urutan ke-144 dari 195 negara di dunia dengan Australia yang menempati kedudukan negara nomor 1 dengan penderita kanker terbanyak, ke-23 dari 48 negara di Asia dan ke-8 dari 11 negara di Asia

Tenggara². Dengan kedudukan tersebut, dapat dikatakan bahwa masalah penyakit kanker yang terjadi di Indonesia adalah salah satu permasalahan masif yang harus ditangani dengan serius. Pernyataan tersebut didukung oleh cukup tingginya kasus kanker yang terjadi di Indonesia, berikut ini merupakan data kasus kanker baru yang terjadi di Indonesia pada Tahun 2018 :

Tabel I.5 Angka Kasus Kanker Baru di Indonesia Tahun 2018

Kasus Kanker Baru Tahun 2018	
Jenis Kanker	Presentase
Payudara	16,7%
Serviks	9,3%
Paru-paru	8,6%
Hati	5,3%
Nasofaring	5,2%

Sumber : *The Global Cancer Observatory* (data diolah)

Tabel I.5 memaparkan data mengenai 5 jenis kanker dengan persentase kasus tertinggi di Indonesia pada tahun 2018. Persentase tersebut dihitung berdasarkan jumlah total 348.809 kasus yang terjadi.

Diantara berbagai jenis kanker yang ada, terdapat beberapa jenis kanker yang mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah karena dianggap menjadi penyebab kematian yang paling tinggi. Diantara berbagai macam jenis kanker, berikut ini adalah 5 jenis kanker yang paling banyak menyebabkan kematian di Indonesia :

²World Health Organization. 2018. *Cancer Today*. Diakses pada tanggal 27 Desember 2019. <https://gco.iarc.fr/today/#:~:text=About%20CANCER%20TODAY,part%20of%20the%20GLOBOCAN%20project.>

Tabel I.6 Jenis Kanker yang paling mematikan di Indonesia Tahun 2018

Angka Kanker di Dunia Tahun 2018	
Jenis Kanker	Jumlah Jiwa
Paru-paru	12,60%
Payudara	10,96%
Serviks	8,83%
Hati	8,76%
Darah	5,46%

Sumber : *The Global Cancer Observatory*(data diolah)

Tabel I.6 memaparkan data yang menjelaskan cukup tingginya kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker yang diderita oleh masyarakat. Persentase kematian tersebut dihitung dari total 207.210 kematian yang disebabkan oleh berbagai jenis penyakit kanker yang terjadi di Indonesia.

Tabel I.7 Angka Kanker di Indonesia Tahun 2018

Ringkasan Statistik 2018	
Populasi	266.794.986
Jumlah kasus kanker baru	0,13%
Risiko terkena kanker sebelum usia 75	14,3%
Angka kematian kanker	0,7%
Angka kematian karena kanker sebelum usia 75	9,1%
Kenaikan kasus dalam 5 tahun	0,29%

Sumber : *The Global Cancer Observatory* (data diolah)

Berdasarkan data pada Tabel I.7 urgensi kanker di Indonesia cukup masif dengan data terbaru *WHO* pada Tahun 2018 tercatat 348 ribu kasus baru dan 207 ribu kematian. Dengan realita yang demikian dapat disimpulkan bahwa angka kanker di Indonesia sudah cukup mengkhawatirkan dan sebisa mungkin harus cepat ditangani. Dengan maraknya kasus kanker di Indonesia, membuktikan bahwa masyarakat Indonesia belum cukup sejahtera apabila dilihat dari aspek kesehatan. Yang mana derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh

faktor lingkungan, faktor perilaku, genetika dan pelayanan kesehatan, dengan persentase tertinggi berasal dari faktor lingkungan³. Tidak dapat dipungkiri bahwa pola hidup seseorang berkaitan langsung dengan lingkungan dimana orang tersebut tinggal yang akan berpengaruh pula bagi kondisi tubuh masing-masing individu.

Tabel I.8 Provinsi dengan Prevalensi Kanker Tertinggi Berdasarkan Diagnosis Dokter

Provinsi dengan Prevalensi Kanker Tertinggi Berdasarkan Diagnosis Dokter			
Tahun 2013		Tahun 2018	
Provinsi	Prevalensi	Provinsi	Prevalensi
D.I. Yogyakarta	0,41%	D.I. Yogyakarta	0,48%
Jawa Tengah	0,21%	Sumatera Barat	0,24%
Bali	0,20%	Gorontalo	0,24%
Bengkulu	0,19%	D.K.I. Jakarta	0,23%
D.K.I. Jakarta	0,19%	Bali	0,22%
Sumatera Barat	0,17%	Sulawesi Tengah	0,22%
Kalimantan Timur	0,17%	Jawa Timur	0,21%
Sulawesi Utara	0,17%	Kalimantan Utara	0,21%
Sulawesi Selatan	0,17%	Kalimantan Selatan	0,21%
Kalimantan Selatan	0,16%	Jawa Tengah	0,21%
Kepulauan Riau	0,16%	Aceh	0,20%
Jawa Timur	0,16%	Kepulauan Riau	0,18%
Jambi	0,15%	Sulawesi Utara	0,17%
Aceh	0,14%	Riau	0,16%
Bangka Belitung	0,13%	Sulawesi Selatan	0,15%

Sumber : Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2013-2018 (data diolah)

Tabel I.8 menunjukkan prevalensi kanker di 10 provinsi di Indonesia dengan kenaikan angka penderita kanker tertinggi berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kemenkes RI pada tahun 2018. Riskesdas

³Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Sehat Negeriku : Derajat Kesehatan 40% dipengaruhi Lingkungan. Diakses pada tanggal 30 Desember 2019.
<http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20190221/3029520/derajat-kesehatan-40-dipengaruhi-lingkungan/>

juga menyatakan bahwa kejadian penyakit kanker di Indonesia mencapai angka 13,62%, dengan prevalensi kanker yang mencapai 0,18%. Yang mana angka tersebut mengalami kenaikan sebanyak 0,04% dari tahun 2013 yang hanya mencapai 0,14% penduduk. Data tersebut mengartikan bahwa dalam lima tahun terakhir terjadi kenaikan angka kanker di Indonesia, permasalahan kesehatan di Indonesia khususnya terhadap penyakit kanker yang tidak bisa dianggap sebagai permasalahan sederhana.

Untuk menanggapi permasalahan kesehatan yang cukup masif di Indonesia, diberlakukannya suatu kebijakan sebagai wujud upaya pembangunan kesehatan. Kebijakan Kesehatan tersebut dituangkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, sebagai pengganti Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992. Kebijakan ini dilatarbelakangi oleh beberapa hal yakni kesehatan adalah hak asasi manusia, gangguan kesehatan masyarakat akan berdampak buruk bagi perekonomian negara serta kesehatan masyarakat adalah salah satu hal yang harus diperhatikan oleh pembangunan nasional. Setiap upaya pembangunan selalu dilandasi dengan wawasan yang sehat, oleh karena itu dilakukan upaya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi untuk mewujudkan kesehatan masyarakat sebagai salah satu bentuk investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi⁴.

Undang-Undang tersebut didukung oleh beberapa peraturan lain yang terkait kesehatan, tidak terkecuali penyakit kanker yang tentu saja mendapat perhatian khusus dari pemerintah yang memberlakukan beberapa kebijakan mengenai penanganan penyakit kanker. Beberapa kebijakan tersebut adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 796/MENKES/SK/VII/2010 tentang Kanker rahim dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara Dan Kanker Leher Rahim. Berbagai kebijakan

⁴ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 3

tersebut diberlakukan sebagai upaya pemerintah untuk menanggapi permasalahan kanker yang terjadi di Indonesia.

Namun dengan diberlakukannya berbagai kebijakan mengenai penanggulangan kanker tersebut, dampak positif terkait penurunan angka kanker di Indonesia kurang bisa dirasakan. Berdasarkan data-data empirik yang telah dibahas, permasalahan mengenai penyakit kanker di Indonesia belum juga dapat dituntaskan, bahkan keadaannya semakin gawat. Karena realita tersebut mulai muncul keraguan masyarakat mengenai kontribusi pemerintah dalam memberlakukan kebijakan tersebut. Berbagai tujuan dari peraturan-peraturan yang kurang maksimal terealisasi ini disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya terkait dengan kapasitas. Kapasitas atau kemampuan pelaku dan pengguna pelayanan merupakan salah satu kunci keberhasilan tercapainya sebuah kebijakan, namun terkait permasalahan penyakit kanker yang ada di Indonesia membuktikan bahwa baik pelaku maupun pengguna pelayanan di Indonesia memiliki kapasitas yang masih terbatas.

Dengan adanya keterbatasan kapasitas tersebut diperlukan upaya pengembangan kapasitas untuk mendukung terciptanya *good governance*, yakni tata pemerintahan yang baik untuk menciptakan kondisi pemerintahan yang memiliki kemampuan dalam menjawab berbagai persoalan dunia. Menurut UNDP pengembangan kapasitas merupakan suatu proses untuk meningkatkan kemampuan individu, kelompok, organisasi, lembaga dan masyarakat agar dapat melaksanakan fungsi-fungsi esensial, memecahkan masalah, mencapai tujuan dan menangani kebutuhan dalam pengembangan diri dalam suatu lingkungan secara berkelanjutan⁵. Dalam permasalahan penanganan penyakit kanker di Indonesia persoalan mengenai kapasitas ditinjau dari 3 aspek yaitu kapasitas individu, sistem dan organisasi.

Aspek pengembangan kapasitas yang pertama adalah pengembangan kapasitas individu, yakni pengembangan kapasitas yang berkaitan dengan

⁵UNDP Indonesia. 2015. *Capacity Development : A UNDP Primer*. Diakses pada tanggal 25 Januari 2020. https://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/capacity-development-a-undp-primer/CDG_PrimerReport_final_web.pdf

keterampilan individu, pengetahuan, tingkah laku, pengelompokan dan motivasi pekerjaan tiap orang yang ada di dalam suatu organisasi. Permasalahan penanganan kanker di Indonesia yang terkait dengan kapasitas individu adalah kenaikan angka pengidap kanker yang semakin lama semakin menanjak. Banyak faktor yang memicu peningkatan pengidap kanker di Indonesia, salah satu penyebabnya yakni gaya hidup masyarakat Indonesia yang bisa dibilang kurang peduli akan kesehatan diri sendiri maupun orang lain. Dari sekian banyak faktor pemicu kanker, berdasarkan data *WHO* yang terbit di tahun 2016 kebiasaan merokok merupakan pemicu kanker yang paling utama di Indonesia, disusul dengan tekanan darah tinggi dan kurangnya aktivitas fisik masyarakat. Pernyataan tersebut didukung realita bahwa Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki angka perokok yang cukup tinggi.

Tabel I.9 Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 tahun, 2015-2018

Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 tahun, 2015-2018	
Tahun	Persentase
2015	30,08%
2016	28,97%
2017	29,25%
2018	32,20%

Sumber : Badan Pusat Statistik (data diolah)

Berdasarkan data pada Tabel I.9, hampir setiap tahunnya Indonesia mengalami kenaikan persentase penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok. Kenaikan perokok yang terus menerus ini membuat Indonesia menjadi negara dengan jumlah perokok terbanyak di Asia Tenggara di tahun 2016, yakni sejumlah 65,19 juta orang atau setara dengan 34% total penduduknya⁶. Tingginya perokok di Indonesia merupakan faktor terbesar yang menimbulkan dampak tingginya angka pengidap kanker di Indonesia, terutama kanker paru-paru.

⁶Katadata. 2019. Indonesia, Negara dengan Jumlah Perokok Terbanyak di Asean. Diakses pada tanggal 22 Januari 2020. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/05/31/indonesia-negara-dengan-jumlah-perokok-terbanyak-di-asean>

Berdasarkan data dari Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), dalam 15 tahun terakhir terjadi peningkatan angka kunjungan pasien kanker paru di pusat rujukan respirasi nasional sebesar hampir 10 kali lipat, selain itu 52% pengidap kanker paru-paru di Indonesia didiagnosa terkena kanker tipe *Small Cell Lung Cancer* (SCLC) yang mana berdasarkan pernyataan dari Sita Laksmi Andarini selaku Dokter Spesialis Paru kanker tipe ini disebabkan oleh kebiasaan merokok, selain itu kanker tipe SCLC merupakan tipe kanker agresif karena pada stadium lanjut akan lebih cepat menyebar ke bagian tubuh lain⁷.

Bukan rahasia lagi bahwa Indonesia merupakan negara yang mengalami permasalahan polusi yang cukup pelik, polusi udara termasuk dalam permasalahan lingkungan yang cukup berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat di Indonesia. Salah satu yang turut menyumbang dampak polusi adalah asap rokok, walau bukan faktor terbesar yang mengakibatkan polusi udara namun asap rokok tidak bisa dianggap sebagai faktor yang sepele. Pembakaran rokok menghasilkan salah satu zat kimia berbahaya yaitu TAR yang mengandung senyawa karsinogenik yang dapat memicu timbulnya penyakit kanker pada manusia apabila terpapar dalam jangka waktu yang panjang.

Selain menimbulkan dampak buruk bagi diri sendiri, seorang perokok aktif juga menyumbangkan bahaya kesehatan bagi orang lain yang berada disekitarnya atau biasa disebut dengan perokok pasif. Berdasarkan pernyataan dari Agus Dwi Susanto selaku Ketua PDPI, asap rokok yang ditimbulkan oleh perokok aktif dapat menimbulkan penurunan fungsi paru dan kanker paru bagi perokok pasif dengan tingkat resiko yang bisa mencapai dua hingga tiga kali lipat dibanding orang yang tidak merokok⁸. Hal ini marak terjadi di Indonesia karena tidak banyak perokok yang memiliki kesadaran untuk merokok ditempat yang disediakan khusus untuk merokok atau setidaknya jauh dari jangkauan orang lain yang bukan perokok, sehingga masih banyak ditemukan orang-orang yang

⁷Merdeka. 2019. Jenis Kanker Paru yang Paling Banyak Diidap Orang Indonesia Disebabkan Karena Merokok. Diakses pada tanggal 22 Januari 2020. <https://www.merdeka.com/sehat/jenis-kanker-paru-yang-paling-banyak-diidap-orang-indonesia-disebabkan-karena-merokok.html>

⁸Merdeka. 2019. Risiko Kanker Paru-Paru Perokok Pasif 2 Kali Lipat Dibanding yang tak Terpapar Rokok. Diakses pada tanggal 22 Januari 2020. <https://www.merdeka.com/sehat/risiko-kanker-paruparu-perokok-pasif-2-kali-lipat-dibanding-yang-tak-terpapar-rokok.html>

merokok di sembarang tempat dan menimbulkan potensi bahaya kesehatan untuk orang lain.

Kemudian aspek pengembangan kapasitas yang kedua adalah pengembangan kapasitas sistem yang terkait dengan kerangka kerja berhubungan dengan peraturan, kebijakan dan kondisi dasar yang dapat mendukung pencapaian obyektivitas kebijakan tertentu. Pada aspek ini pengembangan kapasitas dilakukan dengan mengembangkan kebijakan dan peraturan agar suatu sistem yang ada dapat dijalankan dengan efektif dan efisien. Permasalahan penanganan kanker di Indonesia yang terkait dengan kapasitas sistem dibuktikan dengan diberlakukannya kebijakan yang mengatur tentang kenaikan iuran BPJS Kesehatan bagi peserta. Peraturan yang dimaksud yakni Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (JKN). Yang mana kebijakan tersebut diberlakukan atas saran Sri Mulyani selaku Menteri Keuangan Rakyat Indonesia dan persetujuan pihak BPJS untuk mengatasi defisit anggaran BPJS.

Pada realitanya Program JKN terus mengalami defisit sejak tahun 2014, walau Pemerintah telah melakukan intervensi namun defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) belum cukup tertutupi, oleh karena itu kenaikan iuran merupakan langkah tepat yang merupakan solusi untuk mengatasi defisit DJS Kesehatan⁹.Diberlakukannya kebijakan mengenai kenaikan iuran tersebut menuai ketidaksetujuan dari Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). Hal ini ditunjukkan melalui sikap DPR yang bersikeras meminta pemerintah mencabut Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019, sikap yang demikian dilakukan karena pihak DPR menilai kebijakan tersebut sangat memberatkan masyarakat dan isi Perpres tersebut tidak sesuai dengan hasil rapat gabungan Pemerintah dan DPR yang digelar pada 2 September 2019¹⁰. Kebijakan tersebut juga menuai kritik karena belum mengandung aturan spesifik mengenai sanksi keterlambatan pembayaran iuran,

⁹Kementerian Keuangan Republik Indonesia. 2019. Iuran BPJS : Kenapa Iuran Bpjs Harus Naik?. Diakses pada tanggal 24 Januari 2020. <https://www.kemenkeu.go.id/publikasi/berita/mengapa-iuran-bpjs-naik/>

¹⁰Katadata. 2019. DPR Ngotot Minta Pemerintah Batalkan Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan. Diakses pada tanggal 24 Januari 2020. <https://katadata.co.id/berita/2019/12/12/dpr-ngotot-minta-pemerintah-batalkan-kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan>

sehingga dorongan masyarakat untuk membayar iuran dirasa kurang kuat dan hasilnya berupa ketidaktertiban masyarakat dalam membayar iuran masih banyak terjadi.

Dan yang ketiga yakni pengembangan kapasitas organisasi, aspek ini terkait dengan struktur organisasi, pengambilan keputusan dalam organisasi, hubungan dan jaringan organisasi, prosedur dan mekanisme pekerjaan serta pengaturan sarana dan prasarana. Pada aspek ini pengembangan kapasitas dilakukan dengan mengembangkan aturan main suatu organisasi, kepemimpinan, manajemen, pengembangan sumber daya manusia dan pengembangan jaringan organisasi. Permasalahan penanganan kanker di Indonesia yang terkait dengan kapasitas organisasi dibuktikan dengan ketidaktertiban pembayaran iuran yang dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan.

Kejadian ini terjadi berkaitan dengan kebijakan kenaikan iuran yang belum mengandung aturan spesifik mengenai sanksi keterlambatan pembayaran iuran, sehingga dorongan masyarakat untuk membayar iuran dirasa kurang kuat dan hasilnya berupa ketidaktertiban masyarakat dalam membayar iuran masih banyak terjadi. Akibatnya masyarakat masih banyak yang tidak tertib bayar dan malah mengeluhkan kenaikan biaya dan banyak kalangan menganggap peraturan tersebut memberatkan karena seharusnya pelayanan kesehatan itu merata untuk semua rakyat termasuk rakyat miskin. Persoalan yang demikian diperburuk dengan penilaian masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang masih belum mengalami perubahan, oleh karena itu masyarakat akan lebih menghargai apabila kenaikan iuran diberlakukan apabila kualitas juga lebih dimaksimalkan.

Untuk menanggapi permasalahan tersebut pihak BPJS mengambil langkah tegas dengan langsung mendatangi rumah peserta BPJS Kesehatan yang menunggak iuran, metode ini disebut dengan *door to door*. Cara ini diambil karena pihak BPJS merasa bahwa menagih iuran dengan cara sebelumnya yaitu *self collecting* yang merupakan sistem penagihan melalui SMS, Whatsapp dan email dirasa kurang efektif. Selain itu sebagai bentuk respon BPJS terhadap permasalahan tersebut, BPJS akan melakukan investigasi kepesertaan, menambahkan akses untuk membayar iuran, mengupayakan peserta tidak mampu

untuk masuk dalam PBI APBN atau APBD, serta mengadvokasi Rumah Sakit untuk memberikan hak pelayanan.

Penyebaran kanker yang cukup pesat ini membuat pemerintah sebagai pemegang kebijakan negara memutar otak untuk memberikan respon atas masalah kesehatan yang makin serius ini. Sehingga ditetapkanlah peningkatan anggaran kesehatan untuk menunjang upaya penanganan kesehatan masyarakat di Indonesia yang setiap tahunnya selalu mengalami kenaikan seiring dengan naiknya angka kanker di Indonesia. Hal ini dilakukan sebagai upaya pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia yang setiap harinya semakin mengalami darurat kesehatan.

Tabel I.10 Kenaikan Anggaran Kesehatan APBN Tahun 2015-2019

Anggaran Kesehatan APBN		
Tahun	Anggaran (dalam Triliun)	Prevalensi
2015	65,9	-
2016	92,3	40,06%
2017	104,9	13,65%
2018	111,0	5,81%
2019	123,1	10,9%

Sumber : Kementerian Keuangan Republik Indonesia (data diolah)

Berdasarkan data yang ditampilkan dalam Tabel I.10 anggaran kesehatan APBN terus mengalami peningkatan selama lima tahun. Yang mana terjadi peningkatan yang amat drastis pada tahun 2016 yakni sebesar 40,6%. Pada tahun 2019 pun dapat dikatakan bahwa terjadi peningkatan yang cukup drastis yaitu sebesar 10,9%, dengan total alokasi dana sebesar 123,1 Triliun, angka ini terpaut 1,2 Triliun lebih tinggi dari RAPBN 2019. Selain APBN, kenaikan anggaran juga dialami oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang mana dengan kenaikan angka kanker di Indonesia yang cukup drastis maka akan membawa pengaruh yang signifikan pada anggaran BPJS yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Namun dengan bertambahnya anggaran kesehatan pun, nyatanya penanganan kanker belum juga bisa berjalan dengan lancar. Bahkan muncul berbagai permasalahan lain yang dinilai dapat menghambat usaha penanganan penyakit kanker yang terjadi di lingkungan masyarakat. Walau telah mengalami kenaikan dalam segi anggaran, pelayanan kesehatan di Indonesia rupanya masih menuai kritik yang dikarenakan harapan untuk menaikkan kualitas pelayanan kesehatan belum cukup dirasakan oleh masyarakat. Masyarakat masih merasakan beberapa kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan dikarenakan fasilitas yang kurang baik atau bahkan belum cukup memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Alih-alih diiringi perbaikan kualitas, penambahan anggaran kesehatan membawa dampak buruk dengan bertambahnya defisit anggaran BPJS Kesehatan.

Tabel 1.11 Pertambahan Defisit Anggaran BPJS Tahun 2015-2019

Defisit Anggaran BPJS		
Tahun	Anggaran (dalam Triliun)	Prevalensi
2015	5,7	-
2016	9,7	70,17%
2017	9,8	1,03%
2018	9,1	-7,6%
2019	32,8	260,43%

Sumber : BPJS Kesehatan (data diolah)

Tabel 1.11 yang berisi data pertambahan defisit anggaran BPJS cukup menjelaskan kondisi kesehatan masyarakat Indonesia yang masih darurat yang mana hal tersebut membuktikan bahwa permasalahan kesehatan juga menjadi momok dalam anggaran negara, dapat dilihat bahwa dalam lima tahun terakhir hampir setiap tahunnya anggaran BPJS selalu mengalami defisit yang terus menerus bertambah. Kenaikan defisit terbesar terjadi dari peralihan tahun 2018 ke 2019 yang mencapai lebih dari 3 kali lipat. Yang mana berdasarkan data BPJS Kesehatan penyerapan biaya terbesar dalam program JKN-Kartu Indonesia Sehat adalah pengobatan untuk penyakit kanker yang mencapai angka 13,3 Triliun atau

sebesar 17% dari total biaya pengobatan penyakit katastropik sejumlah 78,3 Triliun¹¹.

Menurut Sri Mulyani selaku Menteri Keuangan, penambahan defisit ini disebabkan oleh beberapa hal yang diantaranya adalah struktur iuran BPJS yang masih *underpriced*, tingkat keaktifan yang rendah namun tingkat utilisasi sangat tinggi, beban biaya kesehatan yang besar untuk penyakit katastropik dan masalah Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) yang tidak tertib membayar iuran¹². Permasalahan terkait pembayaran iuran yang tidak tertib dijalankan oleh peserta BPJS setelah menjalani pengobatan disebabkan oleh rendahnya kesadaran peserta BPJS untuk melakukan gotong royong dalam BPJS lewat Jaminan Kesehatan Nasional dengan melakukan registrasi Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Berdasarkan data BPJS pada tahun 2018 sedikitnya 12 juta peserta JKN-KIS menunggak pembayaran iuran kepesertaan, jumlah tersebut sekitar 6% dari jumlah total peserta yang mencapai 196 juta peserta¹³. Ketidaktertiban pembayaran iuran BPJS yang dilakukan oleh sebagian masyarakat Indonesia ini menimbulkan ketimpangan penerimaan dan pengeluaran pada program JKN, yang mana hal ini akan menimbulkan dampak buruk bagi organisasi yang menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat. Seperti yang terjadi di Kota Semarang, berdasarkan pernyataan dari Istianti Taurina selaku Kepala Bidang Penjamin Manfaat Rujukan BPJS Kota Semarang, akibat banyaknya warga anggota BPJS Kesehatan yang tidak tertib dalam membayar iuran, BPJS Kesehatan Kota Semarang memiliki utang di 28 Rumah Sakit¹⁴. Karena hal tersebut, beberapa

¹¹Berita Satu. 2019. Penyakit Kanker Habiskan Anggaran BPJS Rp 13,3 Triliun. Diakses pada tanggal 21 Januari 2020. <https://www.beritasatu.com/kesehatan/573419/penyakit-kanker-habiskan-anggaran-bpjs-rp-133-triliun>

¹²Katadata. 2019. Sri Mulyani Beberkan Empat Penyebab Defisit BPJS Keuangan. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://katadata.co.id/berita/2019/08/21/sri-mulyani-beberkan-empat-penyebab-defisit-bpjs-keuangan>

¹³CNN Indonesia. 2018. Ada 12 Juta Peserta BPJS Kesehatan Menunggak Bayar Iuran. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20180418164203-78-291771/ada-12-juta-peserta-bpjs-kesehatan-menunggak-bayar-iuran>

¹⁴Suara Merdeka. 2019. Banyak Warga Belum Tertib Bayar Iuran BPJS. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://www.suaramerdeka.com/index.php/smcetak/baca/209233/banyak-warga-belum-tertib-bayar-iuran-bpjs>

rumah sakit terpaksa meminjam uang pada Bank untuk menutup biaya operasional.

Beberapa alasan yang menyebabkan masyarakat kurang puas terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu perbandingan jumlah Rumah Sakit dan pasien yang belum seimbang. Dengan jumlah pasien yang cukup tinggi, jumlah Rumah Sakit yang telah ada di Indonesia sampai saat ini dinilai kurang mencukupi kebutuhan layanan kesehatan. Merujuk pada data Kemenkes RI, hingga akhir tahun 2018 tercatat jumlah Rumah Sakit yang ada di Indonesia yakni sejumlah 2.813 unit yang terdiri dari 2.269 Rumah Sakit Umum dan 544 Rumah Sakit Khusus¹⁵. Sedangkan salah satu Provinsi yang memiliki jumlah Rumah Sakit terbanyak adalah Provinsi Jawa Timur, dengan jumlah total 381 unit Rumah Sakit yang terdiri dari 293 Rumah Sakit Umum dan 88 Rumah Sakit Khusus. Lain halnya dengan provinsi-provinsi baru seperti Gorontalo, Sulawesi Barat, Kalimantan Utara dan Papua Barat yang hanya memiliki Rumah Sakit dengan jumlah kurang dari 20 unit.

Selain ketidakseimbangan jumlah Rumah Sakit, keberadaan Rumah Sakit pun cenderung terpusat di beberapa wilayah saja. Yang mana kebanyakan Rumah Sakit berada di pulau Jawa, sedangkan di wilayah yang lain kurang tersebar secara merata. Sehingga para pasien yang tinggal di beberapa daerah merasa terbebani karena harus meluangkan waktu dan uang yang lebih karena harus dirujuk ke Rumah Sakit pusat. Selain itu banyaknya jumlah pasien yang dirujuk ke Rumah sakit pusat menyebabkan antrian yang panjang sehingga menimbulkan antrian panjang yang mana hal tersebut cukup menghambat akses masyarakat untuk mendapatkan penanganan yang diberikan Rumah Sakit.

Begitu pula dengan Rumah Sakit yang khusus menangani penyakit kanker, terdapat ketidakseimbangan antara jumlah pasien dan unit Rumah Sakit Khusus kanker di Indonesia yang menyebabkan layanan kesehatan yakni penanganan kanker masih dirasa sulit diakses oleh masyarakat. Bahkan di Indonesia Rumah

¹⁵Databoks. 2019. Berapa Jumlah Rumah Sakit di Indonesia?. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/10/berapa-jumlah-rumah-sakit-di-indonesia>

Sakit yang bisa menangani penyakit kanker hanya berjumlah 15 unit yang lagi-lagi hanya berpusat di Pulau Jawa¹⁶. Oleh karena itu banyak pasien pengidap kanker yang dirujuk ke Rumah Sakit yang bisa menangani kanker, yang mana hal tersebut tentunya mempersulit pasien pengidap kanker yang bertempat tinggal di daerah-daerah tertentu.

Selain unit Rumah Sakit, jumlah tenaga medis yang menangani kanker yakni dokter onkologi juga masih sedikit dan masih terbatas di kota-kota besar dikarenakan para dokter kurang bersedia untuk ditempatkan di daerah-daerah¹⁷. Adalah sebuah fakta bahwa di Indonesia masih kekurangan dokter yang menguasai mengenai ilmu yang dibutuhkan untuk menangani penyakit kanker, berdasarkan data dari *Profesional Society* ketersediaan spesialis radio onkologi di Indonesia hanya sejumlah 93 dokter yang mana menurut Soeharti selaku Ketua Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) jumlah ideal dokter radio onkologis di Indonesia adalah 200 dokter¹⁸. Hal ini selaras dengan pernyataan Adityawati Ganggaiswari selaku Direktur MRCC Siloam Hospital bahwa penanganan kanker di Indonesia mengalami tantangan Sumber Daya Manusia yakni pengembangan keahlian khusus mengenai tindakan spesifik penanganan kanker yang dapat dilakukan melalui pelatihan khusus¹⁹.

Dengan segala keterbatasan pelayanan kesehatan yang ada, banyak masyarakat Indonesia yang termasuk dalam penyandang kanker lebih memilih untuk melakukan pengobatan di luar negeri. Yang mana hal ini merupakan tantangan baru bagi pelayanan dan anggaran negara Indonesia, dengan kondisi seperti ini beban financial negara semakin bertambah. Berdasarkan pernyataan Ronald A. Hukom selaku ahli Penyakit Dalam dan Onkologi Medik, Indonesia

¹⁶Media Indonesia. 2018. Indonesia Kekurangan Dokter dan RS Kanker. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://mediaindonesia.com/read/detail/145506-indonesia-kekurangan-dokter-dan-rs-kanker>

¹⁷Harnas. 2018. Persebaran Dokter Kanker belum Merata. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <http://www.harnas.co/2018/10/16/persebaran-dokter-kanker-belum-merata>

¹⁸Detik Health. 2019. Kasus Kanker Tinggi, RI Masih Kekurangan Ahli Radio Onkologi. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4410286/kasus-kanker-tinggi-ri-masih-kekurangan-ahli-radio-onkologi>

¹⁹Indozone. 2019. Indonesia Masih Kekurangan RS Khusus Kanker. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://www.indozone.id/health/Yvs4rO/indonesia-masih-kekurangan-rs-khusus-kanker>

setiap tahunnya mengalami kerugian sebesar US\$48 miliar atau setara dengan 672 Triliun yang diakibatkan oleh pasien yang memilih untuk berobat ke luar negeri, termasuk pasien pengidap kanker²⁰.

Untuk menyikapi permasalahan yang semakin lama akan semakin meluas ini dibutuhkan peran dari pihak-pihak yang memiliki hak dan kewajiban untuk menyelesaikannya. Yang mana pihak-pihak yang dimaksud dapat berasal dari pemerintah maupun non-pemerintah yang memiliki kaitan dengan bidang tertentu, yang mana dalam kasus ini adalah permasalahan di bidang kesehatan. Pemerintah merupakan aktor utama dalam proses penetapan kebijakan publik yang memiliki andil dan tanggung jawab dalam menangani berbagai permasalahan yang terjadi di masyarakat. Penanganan kanker di Indonesia tentunya harus dibenahi, menurut Aru Wisaksono Sudoyo selaku Ketua Umum Yayasan Kanker Indonesia (YKI) terdapat berbagai tantangan yang harus dihadapi yaitu berkaitan dengan luas wilayah Indonesia, kurangnya jumlah ahli onkologi, kurangnya fasilitas kesehatan dan daya beli masyarakat Indonesia²¹.

Dengan realita permasalahan yang masif ini membutuhkan peran pihak-pihak yang memiliki fokus dalam penanganan kanker untuk mengembangkan program untuk mengoptimalkan upaya pencegahan dan pengendalian kanker di Indonesia. Namun untuk menangani kanker di Indonesia bukanlah hal yang mudah untuk dilakukan, terdapat berbagai tantangan yang harus dihadapi. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Anung Sugihantono selaku Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kemenkes bahwasanya upaya untuk menurunkan prevalensi kanker membutuhkan minimal lima tahun dan harus dilakukan secara konsisten²². Oleh karena itu penanganan kanker tidak hanya diupayakan oleh pemerintah semata, namun pemerintah juga menggandeng pihak-

²⁰Marketeets. 2019. Beban Penyakit Kanker Bisa Gerogoti Ekonomi Negara. Diakses pada tanggal 23 Januari 2020. <https://marketeers.com/beban-penyakit-kanker-bisa-gerogoti-ekonomi-negara/>

²¹Kompas. 2019. 4 Tantangan Indonesia Lawan Kanker, Kurang Ahli hingga Minim Fasilitas. diakses pada tanggal 7 Januari 2019. <https://sains.kompas.com/read/2019/10/10/101300823/4-tantangan-indonesia-lawan-kanker-kurang-ahli-hingga-minim-fasilitas?page=all>

²²Warta Ekonomi. 2019. Waspada, Penderita Kanker di Indonesia Terus Meningkat. diakses pada tanggal 5 Januari 2019. <https://www.wartaekonomi.co.id/read238345/waspada-penderita-kanker-di-indonesia-terus-meningkat>

pihak non-pemerintahan untuk bergerak. Salah satu pihak non-pemerintahan yang turut andil dalam penanganan kanker yakni Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). LSM didefinisikan sebagai sebuah organisasi yang didirikan oleh perorangan ataupun sekelompok orang yang bersedia memberikan pelayanan bagi masyarakat dengan sukarela sebagai wujud partisipasi masyarakat dalam mencapai kesejahteraan dengan pengabdian tanpa bermaksud untuk memperoleh keuntungan dari kegiatan yang dilakukan²³. Peran LSM dalam masyarakat yakni menumbuhkan kesediaan masyarakat untuk menghapuskan penindasan yang ada di dunia serta menggerakkan masyarakat untuk menuju dunia yang manusiawi dan demokratis²⁴. Dalam penelitian ini, LSM penanganan kanker yang dikaji adalah Yayasan Kanker Indonesia (YKI).

Yayasan Kanker Indonesia (YKI) adalah organisasi di bidang kesehatan dalam upaya penanggulangan kanker non-profit yang bersifat sosial dan kemanusiaan. YKI memiliki tujuan untuk melakukan upaya penanggulangan kanker dengan cara menyelenggarakan berbagai kegiatan di bidang promotif, preventif dan suportif. YKI melakukan berbagai kegiatannya dengan membangun kerjasama dengan banyak pihak, baik pemerintah, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, swasta dan dunia usaha yang berada di dalam negeri maupun di luar negeri. Hal ini dilakukan sebagai upaya pencapaian tujuan YKI Cabang Jawa Timur yakni mencapai tujuan di bidang sosial dan kemanusiaan, khususnya dalam upaya penanggulangan kanker, bermitra dengan pemerintah dan masyarakat untuk membangun manusia Indonesia seutuhnya guna mencapai kesejahteraan lahir dan batin dengan memelihara dan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

YKI memiliki banyak cabang yang tersebar di seluruh Indonesia yakni dengan total 110 cabang. Diantara banyak cabang tersebut, terdapat beberapa cabang yang merupakan cabang kordinator, salah satu cabang kordinator yang tersorot adalah cabang yang ada di Jawa Timur. YKI cabang Jawa Timur

²³Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 8 Tahun 1990. Tentang Pembinaan Lembaga Swadaya Masyarakat.

²⁴Saragih, Sebastian. 1993. Membedah Perut LSM. Jakarta : Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara .Hal.15.

merupakan cabang koordinator yang memegang kendali atas 8 cabang YKI yang ada di Kabupaten dan Kota di Jawa Timur, yakni :

Tabel I.12 Cabang YKI yang ada di Kabupaten dan Kota di Jawa Timur

Cabang YKI yang ada di Kabupaten dan Kota di Jawa Timur	
1.	Lamongan
2.	Tulungagung
3.	Jember
4.	Situbondo
5.	Madiun
6.	Kediri
7.	Ngawi
8.	Jombang

Sumber : Profil Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur

Dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, terdapat beberapa bagian yang bertugas untuk menjalankan berbagai kegiatan program promotif, preventif dan suportif. Beberapa bagian pengurus tersebut yaitu :

1. Bidang Organisasi

Bidang Organisasi YKI Cabang Jawa Timur memiliki fungsi untuk mengembangkan internal organisasi di pusat dan cabang, selain itu bidang organisasi juga bertugas untuk meningkatkan hubungan eksternal dengan mitra yang bergerak di bidang sejenis baik di dalam negeri maupun luar negeri dan mengembangkan MoU dengan lembaga lain yang berkaitan dengan program.

2. Bidang Pelayanan Sosial

Bidang Pelayanan Sosial YKI Cabang Jawa Timur memiliki fungsi untuk mengembangkan berbagai pelayanan yang merupakan bagian dari upaya penanggulangan kanker. Beberapa pelayanan yang diberikan YKI Cabang Jawa Timur sebagai upaya penanggulangan kanker adalah sebagai berikut :

- 1) Pelayanan deteksi dini kanker
- 2) Pelayanan Rumah Singgah bagi pasien penderita kanker
- 3) Penyaluran obat Nexavatar dan Sitostatika

3. Bidang Pendidikan dan Penyuluhan

Bidang Pendidikan dan Penyuluhan YKI Cabang Jawa Timur memiliki fungsi untuk meningkatkan kapasitas YKI Cabang Kabupaten atau Kota dalam hal

pelatihan dan penyuluhan. Hal ini dilakukan dengan melaksanakan pelatihan tenaga penyuluh kanker, pengembangan kegiatan dan materi KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), dan lokakarya paliatif bagi relawan. Selain itu Bidang Pendidikan dan Penyuluhan juga bertugas untuk melakukan penyuluhan kepada masyarakat mengenai *cancer awarness* dengan bekerjasama dengan instansi pemerintah dan komunitas.

4. Bidang Registrasi dan Penelitian

Bidang Registrasi dan Penelitian YKI Cabang Jawa Timur memiliki fungsi untuk menguatkan *East Java Cancer Network* dan meningkatkan pendataan mengenai pendataan jenis kanker. Selain itu Registrasi dan Penelitian juga bertugas untuk melakukan penelitian berbasis komunitas, angka kematian, stadium serta biaya penderita kanker.

5. Umum

Bidang Umum YKI Cabang Jawa Timur memiliki fungsi untuk melakukan penggalangan dana, pemeliharaan Gedung dan barang-barang inventaris YKI Cabang Jawa timur serta merencanakan permintaan bantuan CSR sesuai dengan program YKI.

6. Sekretariat

Bagian Sekretariat YKI Cabang Jawa Timur memiliki tugas untuk melaksanakan berbagai program yang telah dirancang oleh bidang tertentu. Yang mana program tersebut akan di breakdown menjadi berbagai macam kegiatan yang melibatkan pihak lain diluar YKI untuk mendapatkan dukungan dalam bentuk kerjasama maupun bantuan personel pelaksanaan kegiatan tertentu. Walaupun tidak termasuk ke dalam bidang pengurus YKI Cabang Jawa Timur, bagian sekretariat memegang peran yang cukup penting terutama dalam operasional Rumah Singgah yang merupakan keunggulan dari YKI Cabang Jawa Timur.

Sebagai salah satu cabang koordinator, pengurus YKI Cabang Jawa Timur memiliki tugas, wewenang dan tanggung jawab berikut ini :

- 1) Melanjutkan usulan pembentukan YKI Cabang baru dan perpanjangan masa bakti pengurus YKI Cabang di wilayahnya untuk diterbitkan surat keputusan pengukuhan oleh Pengurus Pusat YKI.

- 2) Melantik pengurus baru YKI Cabang di wilayahnya atas permintaan tertulis dari YKI Pusat.
- 3) Melaksanakan koordinasi kegiatan cabang dan melaporkan serta mengajukan pembekuan YKI Cabang yang tidak aktif di wilayahnya.
- 4) Mengumpulkan laporan YKI Cabang di wilayahnya ke YKI Pusat paling lambat akhir Januari.

mengirimkan semua laporan YKI Cabang di wilayahnya ke YKI Pusat paling lambat akhir Februari.

Untuk mencapai maksud dan tujuan yang telah ditetapkan, YKI menjalankan program di beberapa bidang yakni promotif, preventif dan suportif. Beberapa program tersebut dilaksanakan di semua cabang YKI yang tersebar di wilayah Indonesia, tidak terkecuali YKI Cabang Jawa Timur.

1. Program Promotif

Program promotif adalah program yang dilakukan oleh YKI Cabang Jawa Timur yang bersifat promosi/pengenalan. Program ini dilaksanakan dengan malakukan upaya informatif dengan memberikan informasi mengenai YKI sebagai salah satu alternatif lembaga yang bergerak dalam penanganan kanker, informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kanker dan data-data yang berkaitan dengan penanggulangan kanker. Berikut ini merupakan berbagai kegiatan yang merupakan wujud dari program promotif :

- 1) Sosialisasi mengenai YKI dan Kanker oleh YKI Cabang Jawa Timur yang dilakukan di Sekolah Menengah Atas/ sederajat dan Universitas.
- 2) Penyuluhan mengenai YKI dan Kanker ke beberapa Kota di Provinsi Jawa Timur.
- 3) Workshop Paliatif untuk relawan kanker untuk mendampingi pasien kanker yang memasuki masa kritis di Rumah Singgah.
- 4) Penguatan jejaring penanggulangan kanker di Jawa Timur dengan mengundang 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur.

2. Program Preventif

Program preventif adalah program yang dilakukan oleh YKI Cabang Jawa Timur yang bersifat pencegahan. Program ini dilaksanakan dengan membangun

kesadaran masyarakat mengenai ciri-ciri dan bahaya kanker, sehingga masyarakat mengalami peningkatan taraf hidup dan kanker yang di derita masyarakat dapat ditangani sedini mungkin. Berikut ini merupakan berbagai kegiatan yang merupakan wujud dari program preventif :

- 1) Deteksi dini yang dilakukan oleh YKI Cabang Jawa Timur ke beberapa Kabupaten/Kota di Jawa Timur melalui IVA test dan Pap Smear.
- 2) Bekerjasama dengan komunitas, LSM, dan Instansi untuk membuat suatu event dengan fokus deteksi dini kanker.

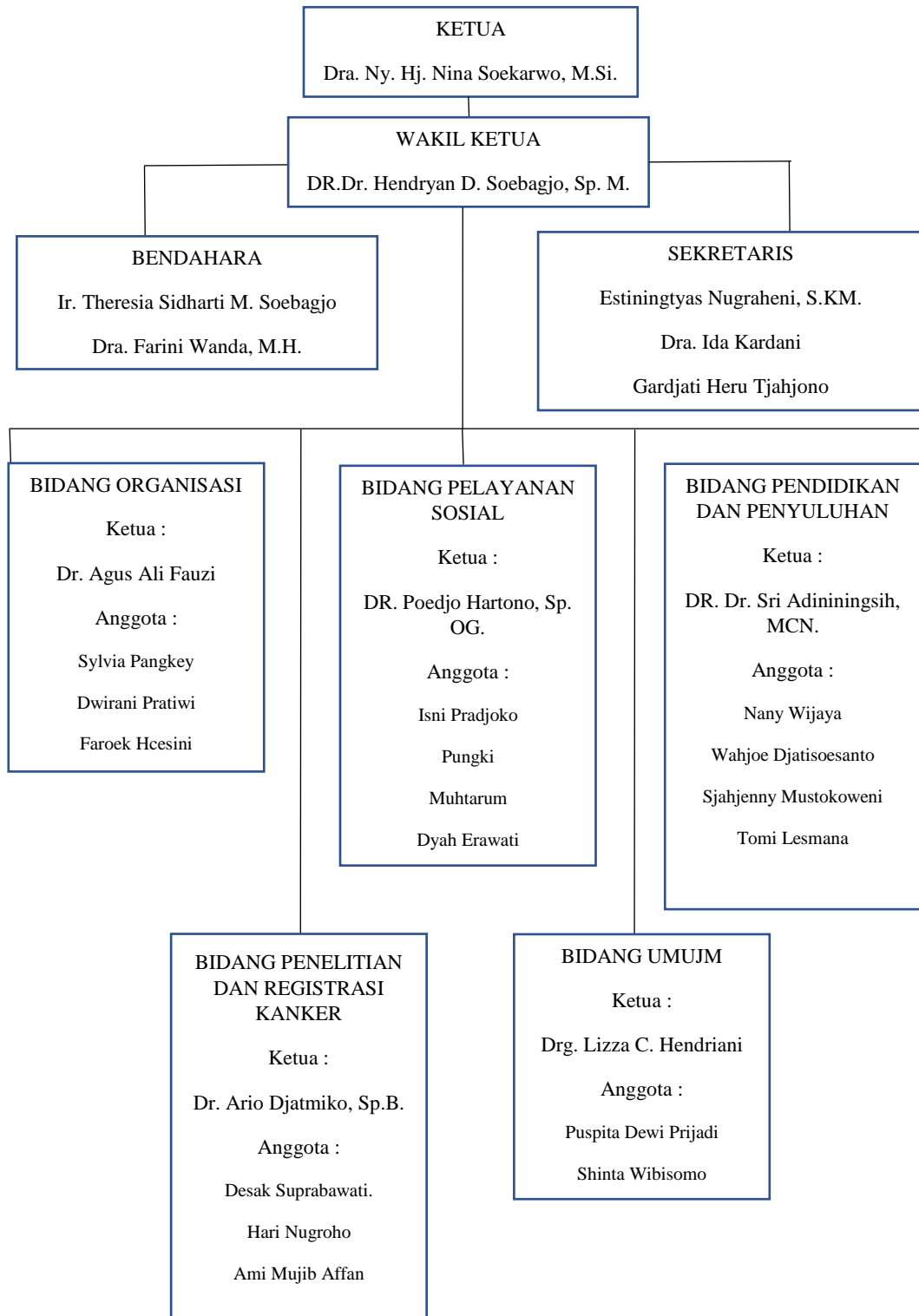
3. Program Suportif

Program suportif adalah program yang dilakukan oleh YKI Cabang Jawa Timur yang bersifat dukungan. Program ini dilaksanakan dengan menyediakan beberapa fasilitas yang dibutuhkan YKI untuk menjalankan program promotif dan preventif yang mana dengan fasilitas tersebut akan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh YKI Cabang Jawa Timur terhadap pasien yang membutuhkan penanganan kanker. Berikut ini merupakan berbagai kegiatan yang merupakan wujud dari program suportif :

- 1) Rumah Singgah YKI Cabang Jawa Timur dengan fasilitas tempat tinggal bagi pasien dan kerabat pasien.
- 2) Kendaraan untuk mengantar dan menjemput pasien kanker yang menempuh pengobatan.
- 3) Ruang pertemuan atau aula untuk mendukung upaya promotif dan preventif YKI Cabang Jawa Timur.

Pengurus adalah orang perseorangan yang mampu melakukan perbuatan hukum yang diangkat oleh Pembina berdasarkan keputusan Rapat Pembina. Pengurus YKI dibagi menjadi dua, yakni Pengurus cabang YKI yang merupakan perseorangan yang telah dikukuhkan pengangkatannya oleh Pengurus Pusat YKI untuk menjalankan kegiatan YKI di Cabang. Dan yang ke dua adalah Pengurus YKI cabang Koordinator yang merupakan YKI Cabang yang berkedudukan di Ibukota Provinsi dan ditetapkan dengan Surat Keputusan YKI Pusat. Berikut ini adalah bagan kepengurusan YKI Cabang Jawa Timur :

Bagan I.2 Struktur Kepengurusan YKI Cabang Jawa Timur



Sumber : Profil YKI Cabang Jawa Timur

Penelitian ini menaruh fokus pada pengembangan kapasitas yang dilakukan oleh Yayasan Kanker Indonesia dalam melakukan penanganan kanker

sebagai upaya mengurangi angka kanker di Jawa Timur. Penelitian serupa dilakukan oleh Annisa Mustika Rachmawati yang ditulis pada tahun 2017 dengan judul “*Capacity Building* Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya”. Penelitian yang berupa skripsi tersebut memiliki perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan, yakni pada penelitian yang dilakukan oleh Mustika Rachmawati menaruh fokus pada dua tingkatan Pengembangan Kapasitas yakni organisasi dan individu dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Pucang Sewu. Dari hasil penelitian tersebut Pengembangan Kapasitas pada puskesmas di tingkatan individu yakni aspek pengetahuan yang dinilai cukup baik. Begitupula Pengembangan Kapasitas pada Puskesmas di tingkatan organisasi yakni aspek visi, misi dan strategi serta kepemimpinan dijalankan cukup baik, namun dari aspek manajemen dan struktur organisasi masih dinilai lemah dan perlu diperbaiki. Sedangkan penelitian ini akan menaruh fokus pada satu tingkatan saja, yakni tingkat organisasi yang dilakukan oleh YKI dalam upaya penanganan kanker di Jawa Timur. Selain perbedaan, juga terdapat persamaan antara penelitian yang dilakukan oleh Mustika Rachmawati dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu sama-sama membahas mengenai pengembangan kapasitas yang terkait dengan bidang kesehatan²⁵.

Terdapat pula penelitian yang dilakukan oleh Erna Setijaningrum yang ditulis pada tahun 2017 yang berjudul “Penguatan Aspek Sistem : Pengembangan Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa Sebagai Upaya Pengentasan Penduduk Rentan Miskin”. Penelitian tersebut menaruh fokus pada aspek sistem sebagai upaya penguatan fungsi Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa (LPMD) di Jawa Timur dalam rangka pengentasan kemiskinan serta mengetahui faktor-faktor yang menghambat fungsi LPMD Jawa Timur. Dari hasil penelitian tersebut disimpulkan bahwa LPMD sebagai penggerak pembangunan desa tidak bekerja dengan optimal karena masih mengalami hambatan sistem yang disebabkan oleh kurangnya komitmen kepala desa dan tidak ada regulasi khusus mengenai beberapa persoalan.. Berbeda dengan penelitian ini yang akan menaruh

²⁵Rachmawati, A. M. 2017. *Capacity Building* Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya. Surabaya : Universitas Airlangga.

fokus pada tingkatan organisasi yang dilakukan oleh YKI dalam penanganan kanker di Jawa Timur²⁶.

Kemudian terdapat pula penelitian yang dilakukan oleh Novi Risca Amalia yang ditulis pada tahun 2014 dengan judul “Pengembangan Kapasitas Masyarakat Terdampak Penutupan Lokalisasi Jarak-Dolly Oleh Pemerintah Kota Surabaya”. Penelitian tersebut memfokuskan pada pengembangan kapasitas tingkat individu yakni masyarakat yang terkena dampak penutupan lokalisasi Jarak-Dolly yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Surabaya serta faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pelaksanaan pengembangan kapasitas tersebut. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan bahwa dari keseluruhan upaya pengembangan kapasitas yang dilakukan, masih terjadi kendala pada tahap *engage stakeholders* dan tahap *implement* yang disebabkan oleh kurangnya partisipasi dan penerapan pemasaran.. Berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti yang berfokus pada organisasi, yakni YKI cabang Jawa Timur. Namun terdapat persamaan antara penelitian tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan yakni membahas mengenai pengembangan kapasitas yang harus dilakukan karena terdapat suatu permasalahan di masyarakat²⁷.

Penelitian berikutnya yakni penelitian yang dilakukan oleh Rina Ariska pada Tahun 2017 berjudul “Pengembangan Kapasitas Pemerintah : Studi Perpustakaan Umum Daerah “Rumah Baca Hafrita Dara” Kabupaten Siak Tahun 2015-2016”. Penelitian tersebut memiliki fokus pada pengembangan kapasitas sistem yakni mengenai kebijakan Kantor Perpustakaan dan Arsip dalam pengelolaan perpustakaan umum daerah Kabupaten Siak. Dari hasil penelitian tersebut dijelaskan bahwa saat terakreditasi perpustakaan Kabupaten Siak masih mengacu pada kebijakan pusat dan belum memiliki payung hukum. Hubungan erat antara kantor perpustakaan dengan Bupati dan DPRD dalam pembuatan kebijakan sangat mendukung proses pencapaian akreditasi A yang disandang oleh

²⁶Setijaningrum, E. 2017. Penguatan Aspek Sistem : Pengembangan Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa Sebagai Upaya Pengentasan Penduduk Rentan Miskin. Jurnal Cakrawala : Vol. 11 No.2, Hal. 137-144.DOI : 10.32781/cakrawala.v11i2.14

²⁷Amalia, N. R. 2014. Pengembangan Kapasitas Masyarakat Terdampak Penutupan Lokalisasi Jarak-Dolly Oleh Pemerintah Kota Surabaya. Surabaya : Universitas Airlangga.

Perpustakaan Kabupaten Siak²⁸. Perbedaan antara penelitian tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian ini akan berfokus untuk membahas pengembangan kapasitas organisasi yakni YKI Jawa Timur dalam penanganan kanker di Jawa Timur.

Dan yang terakhir terdapat penelitian yang dilakukan oleh Gracia Fenta Agustina pada tahun 2016 dengan judul “Audit Mini Program Penyuluhan dan Motivasi Kanker Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur”. Penelitian tersebut dilakukan untuk melihat calon masalah yang akan timbul pada program penyuluhan dan motivasi kanker yang dilaksanakan oleh YKI cabang Jawa Timur. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan bahwa terdapat kekurangan dari program penyuluhan dan motivasi kanker YKI cabang Jawa Timur yaitu tidak dilakukannya evaluasi program, yang mana evaluasi sangat berguna untuk mengurangi krisis dan kesalahan yang terjadi pada suatu kegiatan. Perbedaan pada penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian tersebut yakni pada penelitian tersebut menaruh fokus pada program penyuluhan dan motivasi kanker yang dilaksanakan oleh YKI cabang Jawa Timur yang ditinjau dari ranah ilmu komunikasi. Persamaan yang dimiliki oleh penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah keduanya membahas mengenai upaya penanganan kanker dan berlokasi di YKI cabang Jawa Timur²⁹.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dan masalah-masalah yang terdapat di beberapa penelitian terdahulu maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian karena beberapa penelitian terdahulu tersebut memiliki persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan yakni mengenai pengembangan kapasitas. Namun, yang menjadi pembeda antara penelitian ini dengan penelitian terdahulu yang telah dibahas adalah apabila beberapa penelitian terdahulu tersebut membahas mengenai pengembangan kapasitas di tingkatan yang berbeda-beda, penelitian dahulu yang dibahas diatas membahas mengenai pengembangan kapasitas di tingkatan individu dan sistem. Terdapat pula penelitian terdahulu yang membahas

²⁸ Ariska, R . 2017. Pengembangan Kapasitas Pemerintah : Studi Perpustakaan Umum Daerah “Rumah Baca Hafrita Dara” Kabupaten Siak Tahun 2015-2016. Pekanbaru : Universitas Riau.

²⁹ Agustina, G. F. 2016. Audit Mini Program Penyuluhan dan Motivasi Kanker Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur. Surabaya : Universitas Airlangga.

mengenai pengembangan kapasitas yang fokus pada dua macam tingkatan yakni individu dan organisasi. Selain kedua hal tersebut juga terdapat beberapa penelitian yang membahas mengenai pengembangan kapasitas yang disertai dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pengembangan kapasitas serta dibahas juga penelitian yang sama-sama dilakukan di YKI cabang Jawa Timur namun penelitian tersebut mengarah pada bidang komunikasi.

Sedangkan penelitian ini akan hanya berfokus pada pengembangan kapasitas pada satu tingkatan saja yaitu pada tingkatan organisasi. Peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai pengembangan kapasitas pada tingkat organisasi yang dilakukan oleh Yayasan Kanker Indonesia (YKI) dalam penanganan kanker di Jawa Timur. Alasan peneliti memilih YKI cabang Jawa Timur karena dari sekian banyak cabang YKI yang ada di Indonesia, YKI cabang Jawa Timur dinilai memiliki keunggulan. Salah satu keunggulan tersebut berasal dari beberapa program yang dimiliki oleh YKI cabang Jatim belum diterapkan di YKI cabang lain maupun YKI pusat sekalipun. Salah satu program tersebut yakni pelibatan relawan paliatif dan mahasiswa sebagai tenaga bantu, yang mana berdasarkan pernyataan dari Murniati Widodo selaku Ketua YKI pusat program yang diterapkan di YKI cabang Jawa Timur ini akan dicontoh dan dicoba untuk diterapkan di YKI pusat³⁰.

I.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah sebuah rumusan pertanyaan mengenai suatu fenomena yang berkaitan dengan penelitian. Berdasarkan uraian penjelasan yang tercantum di dalam latar belakang masalah, maka rumusan masalah yang didapatkan adalah “Bagaimana pengembangan kapasitas organisasi Yayasan Kanker Indonesia dalam upaya penanganan kanker di Jawa Timur?”.

³⁰Jawapos. 2017. YKI Pusat Contoh Program di Jatim. Diakses pada tanggal 24 Januari 2020. <https://www.jawapos.com/kesehatan/05/04/2017/yki-pusat-contoh-program-di-jatim/>

I.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah rumusan kalimat menunjukkan sesuatu yang akan dicapai dalam sebuah penelitian setelah penelitian selesai dilakukan. Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan maka tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan pengembangan kapasitas organisasi Yayasan Kanker Indonesia dalam upaya penanganan kanker di Jawa Timur.

I.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian adalah dampak dari pencapaian tujuan penelitian, yang mana apabila tujuan penelitian telah tercapai dan rumusan masalah dapat dipecahkan, maka suatu penelitian akan memiliki manfaat akademis dan praktis.

I.4.1 Manfaat Akademis

Secara akademis, penelitian ini diharapkan dapat menjawab dan memberi penjelasan mengenai rumusan masalah yang telah dipaparkan dalam penelitian serta memberikan wawasan yang lebih luas dalam kajian Ilmu Administrasi Negara yang terkait dengan Pengembangan Kapasitas di tingkatan organisasi yang diterapkan oleh Yayasan Kanker Indonesia. Selain itu, secara metodologis diharapkan penelitian ini juga dapat menjadi referensi bagi pihak-pihak lain yang terkait dengan kajian pengembangan kapasitas organisasi sehingga mampu memberikan kontribusi yang lebih baik di masa yang akan datang.

I.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi masyarakat mengenai pengembangan kapasitas organisasi dan juga dalam menyadari pentingnya penanganan penyakit kanker, memantik inovasi bagi organisasi lain untuk memperbaiki maupun memperbarui program di masa mendatang, dan dapat menghasilkan kebijakan alternatif yang lebih efektif dan efisien mengenai pengembangan kapasitas sehingga tercipta sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik bagi Provinsi Jawa Timur maupun bagi Negara Indonesia untuk mengurangi angka kanker.

I.5 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah kemampuan peneliti untuk mengaplikasikan pola berpikir untuk menyusun berbagai teori secara sistematis untuk mendukung suatu penelitian. Teori didefinisikan sebagai himpunan konsep, definisi dan proposisi yang mengandung pandangan sistematis mengenai suatu fenomena dengan menjabarkan kaitan berbagai variabel untuk digunakan sebagai pedoman pengembangan informasi untuk menjelaskan fenomena tersebut³¹. Dalam penelitian ini terdapat beberapa teori yang berkaitan, yaitu :

I.5.1 Pengembangan Kapasitas

I.5.1.1 Pengertian dan Tujuan Pengembangan Kapasitas

Pengembangan Kapasitas merupakan salah satu konsep yang mengalami perkembangan yang cukup pesat di awal tahun 1990-an. Perkembangan konsep pengembangan kapasitas ini berjalan beriringan dengan penurunan daya dukung yang berupa inefisiensi pembangunan, inefektifitas pembangunan dan kemerosotan lingkungan. Terdapat berbagai macam definisi pengembangan kapasitas yang menunjukkan bias atau orientasi tertentu. Beberapa menggambarkan pengembangan kapasitas sebagai suatu pendekatan atau proses terhadap pengurangan kemiskinan, ada pula yang menyebutkan bahwa pengembangan kapasitas merupakan tujuan pembangunan, misalnya menargetkan pada pengembangan individu atau kapasitas organisasi.

Menurut *Canadian International Development Agency (CIDA)* bahwa pengembangan kapasitas merupakan kemampuan, keterampilan, pemahaman sikap, nilai-nilai, hubungan, perilaku, motivasi, sumber daya dan kondisi yang memungkinkan individu, organisasi dan sistem sosial yang lebih luas untuk menjalankan fungsi untuk mencapai perkembangannya tujuan dari waktu ke waktu. Terlihat bahwa pengembangan kapasitas mengacu pada pendekatan, strategi dan metodologi yang digunakan dengan cara mengupayakan pengembangan negara dan atau pemangku kepentingan eksternal yang dilakukan

³¹Asep Kartiwa. 2015. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: CV. Pustaka Setia. Hal. 58.

untuk meningkatkan kinerja para individu, organisasi, jaringan atau sistem yang lebih luas³².

Berikut ini merupakan pernyataan mengenai definisi pengembangan kapasitas yang dipaparkan oleh Grindle (1997)³³ :

“Capacity building is intended to encompass a variety of strategies that have to do with increasing the efficiency, effectiveness, and responsiveness of government performance”

Yang artinya pengembangan kapasitas merupakan cakupan dari berbagai strategi yang memiliki kaitan dengan peningkatan efisiensi, efektivitas dan responsivitas kerja pemerintah.

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan Rosalyn Rubenstein dalam Haryono mengenai pengertian pengembangan kapasitas, yaitu³⁴ :

“Capacity Building has been defined as both capabilities (Connolly and Lukas, 2002) and action (Blumenthal, 2004) to strengthen an organization’s ability to achieve its vision and to sustain itself. The end result of capacity building is improved organizational health and overall effectiveness, resulting in increased impacts and outcomes (Linnell, 2003 : Newborn, 2008).”

Yang artinya pembangunan kapasitas didefinisikan sebagai gabungan kemampuan (Connolly dan Lukas, 2002) dan tindakan (Blumenthal, 2004) untuk menguatkan kemampuan organisasi untuk mencapai suatu visi serta membentuk topangan untuk organisasi tersebut. Hasil akhir dari pengembangan kapasitas adalah kesehatan organisasi yang meningkat dan efektifitas yang menyeluruh, yang kemudian memperlihatkan hasil dan dampak.

Pendapat mengenai pengertian dari pengembangan kapasitas juga dikemukakan oleh Keban (1995) yang mengatakan bahwa pengembangan kapasitas merupakan suatu rangkaian strategi yang dilakukan sebagai usaha peningkatan efisiensi, efektivitas dan responsivitas kerja³⁵.

Dari beberapa penjelasan yang telah dipaparkan, dapat dipahami bahwa pengembangan kapasitas merupakan suatu program yang dibuat mengacu pada

³²Canadian International Development Agency. 2000. *Capacity Development : Why, What and How*. Vol:1. Hal. 3

³³Grindle, Merilee S. 1997. *Getting Good Government Capacity Building in The. Public Sectors of Developing Countries*. Harvard University Press. Hal. 6-22.

³⁴Haryono, Bambang Santoso dkk, 2012. *Capacity Building*. Malang :Universitas Brawijaya Press. Hal. 40-41.

³⁵Grindle, Merilee S. *Op.Cit*. Hal. 75.

pendekatan, metodologi dan strategi untuk meningkatkan kemampuan individu, organisasi dan sistem pengembangan suatu negara. Dengan dilakukannya upaya pengembangan kapasitas, pihak-pihak yang terlibat diharapkan dapat melakukan evaluasi dalam pemilihan kebijakan dan mengimplementasikan suatu kebijakan yang telah ditetapkan dengan efektif.

Berbagai program pengembangan kapasitas dilakukan tentu saja untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi yang mana tujuan tersebut berkaitan dengan individu yang ada di dalamnya maupun organisasi itu sendiri. Berikut ini merupakan pendapat mengenai tujuan dilakukannya pengembangan kapasitas yang disampaikan oleh Daniel Rickett dalam Hardjanto (2006) mengutarakan pernyataan mengenai tujuan utama dari pengembangan kapasitas adalah untuk menguatkan kemampuan organisasi untuk mencapai tujuan dan misi organisasi³⁶.

Kemudian pendapat berikutnya yang disampaikan oleh Morison (2001) mengenai tujuan pengembangan kapasitas yakni pengembangan kapasitas merupakan suatu rangkaian strategi yang ditujukan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas dan responsivitas kinerja. Hal ini dilakukan untuk mengurangi ketidaktahuan dan ketidakpastian serta mengembangkan kemampuan untuk beradaptasi dalam menghadapi perubahan³⁷.

Selain itu CIDA (2000) memaparkan bahwa tujuan dilakukannya pengembangan kapasitas yaitu untuk meningkatkan efektifitas manfaat, keterampilan, kemampuan dan sumber daya, memperkuat pemahaman dan hubungan, serta mengatasi masalah nilai, sikap, motivasi dan kondisi untuk mendukung pengembangan berkelanjutan³⁸.

Terdapat pula pernyataan mengenai tujuan dilakukannya pengembangan kapasitas yang disampaikan oleh UNDP (2006) yaitu³⁹ :

“Capacity development as the process through which individuals, organizations and societies obtain, strengthen and maintain the

³⁶Hardjanto, Imam, (2006) *Pembangunan Kapasitas Lokal (Local Capacity Building)*. Malang: Program Pascasarjana Universitas Brawijaya. Hal. 67.

³⁷Morrison, T. 2001. *Actionable Learning – A Handbook for Capacity Building Through Case Based Learning*, ADB Institute. Hal. 23

³⁸Canadian International Development Agency. *Op.Cit.* Hal. 2

³⁹UNDP. 2009. *Supporting Capacity Development : The UNDP Approach*. Hal.14.

capabilities to set and achieve their own development objectives over time.”

Yang artinya pengembangan kapasitas dilakukan untuk memecahkan masalah yang dimiliki oleh individu, organisasi dan masyarakat dalam melaksanakan fungsi serta menetapkan suatu tujuan.

Dari beberapa pemaparan tujuan pengembangan kapasitas yang telah disampaikan oleh berbagai pihak, dapat disimpulkan bahwa tujuan dari dilakukannya suatu pengembangan kapasitas yakni untuk menyelesaikan suatu permasalahan yang berkaitan dengan individu, organisasi dan masyarakat mengenai kemampuan untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan oleh suatu organisasi dengan efektif dan efisien.

I.5.1.2 Tingkatan Pengembangan Kapasitas

Upaya pengembangan kapasitas dilaksanakan di beberapa tingkatan yang mencakup bermacam-macam aspek. Menurut Soeprapto (2010) terdapat berbagai macam tingkatan pengembangan kapasitas, yaitu⁴⁰ :

1. Tingkatan Sistem

Kerangka kerja yang berhubungan dengan pengaturan, kebijakan dan kondisi dasar yang dapat mendukung tercapainya objektivitas suatu kebijakan. Pengembangan kapasitas di tingkat sistem dilakukan dengan melakukan pengembangan peraturan yang diharapkan akan mendukung berjalannya sistem yang efektif dan efisien untuk menjamin tercapainya tujuan organisasi serta individu yang ada di dalamnya.

2. Tingkatan Individu

Mencakup berbagai keterampilan yang dimiliki oleh setiap individu seperti pengetahuan, motivasi, tingkah laku dan pengelompokan pekerjaan orang-orang yang tergabung dalam suatu organisasi. Pengembangan di tingkat individu dilakukan dengan melakukan upaya pembelajaran yang meluas kepada tiap

⁴⁰Soeprapto. Riyadi, 2010. *The Capacity Building For Local Government Toward Good Governance, Word bank*. Hal. 14.

individu yang ada di dalam suatu kelompok. Selain pembelajaran melalui pendidikan formal, pendidikan nonformal juga harus diupayakan melalui pengadaan pelatihan, sosialisasi, megang, atau kursus.

3. Tingkatan Organisasi

Segala sesuatu yang berkaitan dengan struktur organisasi, pengambilan keputusan dalam organisasi, prosedur pekerjaan, sarana dan prasarana serta hubungan dan jaringan organisasi. Pengembangan kapasitas di tingkat organisasi dilakukan dengan membenahan sistem kepemimpinan, manajemen, pengembangan jaringan organisasi serta pengembangan sumber daya manusia yang ada di dalam organisasi tersebut.

Pendapat mengenai tingkatan pengembangan kapasitas juga disampaikan oleh Milen (2006) bahwa dalam upaya pencapaian penguatan kapasitas kelembagaan maka harus difokuskan pada 3 (tiga) tingkatan yaitu⁴¹ :

1. Tingkatan Individual

Mengenai potensi, keterampilan individu, pengelompokan pekerjaan dan motivasi pekerjaan individu dalam suatu organisasi.

2. Tingkatan Organisasi

Mengenai struktur organisasi, prosedur dan mekanisme pekerjaan, pengambilan keputusan dalam organisasi, pengaturan sarana dan prasarana, serta hubungan dan jaringan organisasi.

3. Tingkatan Sistem

Mengenai kerangka kerja yang mencakup peraturan, kebijakan dan kondisi dasar yang mendukung pencapaian objektivitas suatu kebijakan.

Selain itu, pendapat serupa juga disampaikan oleh Mowbray (2005) yang mengemukakan tiga tingkatan atau dimensi pengembangan kapasitas, yaitu⁴² :

⁴¹Milen. 2006. *Capacity Building* : Meningkatkan Kinerja Sektor Publik. Yogyakarta : Pembaruan. Hal. 22.

1. Dimensi pengembangan kapasitas individu

Tingkatan pengembangan kapasitas yang menekankan pada pembelajaran bagi individu untuk menghasilkan sumber daya manusia yang berkualitas melalui peningkatan keterampilan yang ada dalam diri individu masing-masing, peningkatan pengetahuan dan teknologi yang sedang berkembang, peningkatan perilaku untuk memberikan motivasi dan teladan bagi individu lain.

2. Dimensi pengembangan kapasitas kelembagaan

Tingkatan pengembangan kapasitas yang menekankan pada peningkatan sumber daya organisasi yang berkualitas, manajemen tata laksana yang baik, struktur organisasi, budaya organisasi yang positif dan sistem pengambilan keputusan yang inklusif.

3. Dimensi pengembangan kapasitas sistem

Tingkatan pengembangan kapasitas yang meliputi keseluruhan elemen baik individu maupun organisasi didalamnya. Tingkatan ini berkaitan dengan pengaturan, kebijakan dan kondisi yang menunjang pencapaian objektivitas dari kebijakan tertentu

Dari beberapa pemaparan mengenai tingkatan pengembangan kapasitas yang disampaikan, berikut merupakan kesimpulan mengenai beberapa tingkatan pengembangan kapasitas :

1. Tingkatan Sistem

Tingkatan pada pengembangan kapasitas yang menaruh penekanan pada peraturan, kebijakan serta suatu kondisi yang dapat digunakan untuk mendukung upaya pencapaian kebijakan yang obyektif.

2. Tingkatan Individu

Tingkatan pada pengembangan kapasitas yang menaruh penekapan pada pengetahuan dan keterampilan setiap individu yang ada di dalam suatu organisasi,

⁴²Mowbray, M. 2005. *Community Capacity Building or State Opportunism?.* *Community Development Journal*. Vol.. 40. Hal. 255-264. DOI : 10.1093/cdj/bsi040

dengan didukung upaya peningkatan motivasi pada setiap individu dalam melakukan pekerjaannya masing-masing yang mana hal ini dilakukan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang berkualitas

3. Tingkatan Organisasi

Tingkatan pada pengembangan kapasitas yang menaruh penekanan pada segala hal yang memiliki kaitan dengan tata laksana, struktur dan budaya organisasi, pengambilan keputusan, prosedur pekerjaan, sarana dan prasarana serta jaringan organisasi untuk mendukung pengambilan keputusan yang inklusif.

Penelitian ini akan berfokus pada pengembangan kapasitas di tingkatan organisasi, yakni mengenai pengembangan kapasitas organisasi Yayasan Kanker Indonesia dalam penanganan kanker di Jawa Timur.

I.5.1.3 Pengembangan Kapasitas Organisasi

Seperti yang telah disimpulkan sebelumnya bahwa pengertian pengembangan kapasitas organisasi dipahami sebagai pengembangan kapasitas yang menaruh penekanan pada segala hal yang memiliki kaitan dengan tata laksana, struktur dan budaya organisasi, pengambilan keputusan, prosedur pekerjaan, sarana dan prasarana serta jaringan organisasi untuk mendukung pengambilan keputusan yang inklusif.

Stroh (2002) juga memaparkan tujuan dalam kinerja di dalam organisasi melalui pernyataan sebagai berikut⁴³ :

“In work organizations, formal roles are specified by job descriptions. Job descriptions are written documents that specify what duties individuals must perform, to WHO individuals must report, and what goals individuals must attain—in short, their role in the organization. Job descriptions are very useful because they decrease an individual's uncertainty about what to do to fulfill the group's needs and expectations.”

Yang artinya dalam kinerja organisasi setiap individu melakukan tugas yang sesuai dengan dokumen tertulis yang berupa uraian tugas yang berguna untuk mengurangi ketidakpastian individu tentang apa yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan kelompok.

⁴³Stroh, Linda K dkk. 2002. *Organizational Behavior : A management Challenge*. London : Lawrence Erlbaum Associates. Hal. 160.

Pernyataan yang selaras mengenai tujuan organisasi disampaikan oleh Djatmiko (2016) yang memaparkan berpendapat mengenai tujuan pengembangan kapasitas yakni bahwa program pengembangan kapasitas yang disusun harus menggunakan metode yang bertujuan untuk mengubah pengetahuan, keahlian, sikap dan perilaku⁴⁴. Dari pemaparan tersebut terindikasi bahwa pengembangan kapasitas organisasi menaruh penekanan pada upaya untuk mengubah individu yang ada di dalam organisasi sehingga akan terjadi perubahan organisasi dengan didukung oleh sumber daya lain yang ada di dalam organisasi.

Menurut Horton (2003) terdapat 2 tipe pengembangan yang terdiri dari 5 aspek yang merupakan cakupan pengembangan kapasitas organisasi⁴⁵ :

1. Sumber Daya

Sumber daya merupakan hal-hal yang secara tradisional dianggap sebagai kapasitas keras. Seperti infrastruktur, teknologi, keuangan, dan kepegawaian. Sumber daya organisasi mencakup personel, fasilitas, kendaraan, peralatan, dan pendanaan yang siap digunakan.

a) Sumber Daya Manusia

Personel atau aspek kepegawaian merupakan salah satu aspek yang penting dalam upaya pengembangan organisasi. Kebutuhan akan pelatihan adalah prioritas tinggi bagi sebagian besar organisasi, oleh karena itu di setiap organisasi akan melakukan upaya pengembangan sumber daya manusia demi melancarkan upaya pencapaian tujuan yang telah ditentukan.

b) Infrastruktur, Teknologi dan Sumber Daya Keuangan

Sumber daya infrastruktur, teknologi dan keuangan merupakan hal-hal yang secara tradisional dianggap sebagai kapasitas keras bagi sebuah organisasi. Hal-hal tersebut merupakan aspek pendukung yang akan terus membutuhkan pengembangan yang selaras dengan pengembangan sumber daya manusia, yang mana hal ini dilakukan demi tercapainya tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi.

2. Manajemen

⁴⁴Djatmiko, Riswan. 2016. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Yogyakarta : Deepublish. Hal. 106.

⁴⁵Horton, Douglas dkk. 2003. *Evaluating Capacity Development : Experiences from Research and Development Organizations around the World*. Canada : International Development Research Centre (IDRC). Hal. 21-25.

Manajemen berfokus untuk menciptakan kondisi menetapkan suatu tujuan yang tepat dan cara mencapainya. Kegiatan manajerial meliputi perencanaan, penetapan tujuan, penentuan tanggung jawab, pemimpin, mengalokasikan sumber daya, memotivasi dan mengawasi anggota staf, dan menjaga hubungan dengan pemangku kepentingan. Berbagai kegiatan ini dapat dikelompokkan dalam tiga aspek, yakni kepemimpinan strategis, manajemen program dan proses, dan jaringan dan hubungan.

c) Kepemimpinan Strategis

Kepemimpinan strategis adalah kapasitas untuk menilai dan menafsirkan kebutuhan dan peluang di luar organisasi, untuk menetapkan arah, mempengaruhi dan menyelaraskan orang lain menuju tujuan bersama, memotivasi mereka dan berkomitmen untuk bertindak, dan membuat mereka bertanggung jawab atas kinerja mereka. Hal ini dikarenakan kualitas kepemimpinan organisasi memiliki pengaruh yang kuat atas arah, motivasi staff, dan keseluruhan kinerja staf.

d) Program dan Proses Manajemen

Manajemen program berkaitan langsung dengan produksi dan pemberian layanan untuk sasaran. Karena alasan ini, keputusan manajemen program memiliki dampak langsung pada kinerja organisasi. Keterampilan dan prosedur manajemen program, seperti manajemen siklus proyek, formulasi program, dan tinjauan teknis, muncul sebagai kapasitas penting dalam semua studi bersama dengan lebih banyak lagi keterampilan manajemen umum.

e) Jejaring Kerja Sama dan Hubungan dengan Pihak Lain

Jaringan dan hubungan menjadi aspek penting karena organisasi akan semakin beroperasi dalam jaringan hubungan yang kompleks dan berkembang. Dahulu, ada kecenderungan bagi individu untuk bekerja sendiri atau dalam unit kecil dalam organisasi mereka sendiri. Tetapi saat ini, organisasi dan staf mereka sering terkait erat dengan organisasi dan individu lain. Para pemangku kepentingan dan mitra yang semakin beragam semakin mendesak organisasi untuk melibatkan mereka dalam semua aspek pekerjaan mereka, mulai dari penetapan prioritas dan penggalangan dana hingga

pengiriman program dan evaluasi hasil. Oleh karena itu manajemen harus semakin peduli dengan jaringan dan hubungan.

Keban (1999) dalam Alam (2015) juga memaparkan pendapatnya mengenai dimensi-dimensi dari pengembangan organisasi yang meliputi⁴⁶ :

1. Dimensi Kebijakan

Pengembangan dimensi kebijakan mencakup perencanaan strategik dan analisis kebijakan publik. Yang mana perencanaan strategik merupakan proses merangkai strategi yang berdasar pada isu-isu strategis yang akan digunakan sebagai arahan kebijakan pembangunan dan pelayanan publik. Sementara analisis kebijakan publik merupakan proses penentuan kebijakan yang dinilai terbaik dari sekian alternatif kebijakan yang ada untuk dituangkan dalam berbagai program dan proyek pembangunan dan pelayanan publik yang berpedoman pada rencana strategis dan kondisi masyarakat.

2. Dimensi Desain Organisasi

Pengembangan dimensi desain organisasi mencakup berbagai upaya dalam penyusunan struktur dan proses kelembagaan yang berdasar pada rencana strategis, kebijakan pembangunan dan kebutuhan pelayanan publik. Yang mana pengembangan dimensi ini menitik beratkan pada prinsip diferensiasi, formalisasi dan dispersi otoritas.

3. Dimensi Manajemen

Pengembangan dimensi manajemen mencakup upaya-upaya untuk mencapai tujuan dari kebijakan pembangunan dan pelayanan publik yang dengan melakukan realisasi keterampilan manajerial dan penerapan pola kepemimpinan efektif.

4. Dimensi Akuntabilitas

Pengembangan dimensi akuntabilitas merupakan upaya prioritas terhadap tanggung jawab atas masyarakat di dalam proses penentuan rencana strategis, perumusan kebijakan, desain organisasi dan manajemen.

5. Dimensi Moral dan Etos Kerja

⁴⁶Alam, A. 2015. Pengembangan Kapasitas Organisasi dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Dinas Kehutanan dan Perkebunan Kabupaten Bone. *Government: Jurnal Ilmu Pemerintahan*. Vol. 8. Hal. 98-99. ISSN : 1979-5645

Pengembangan dimensi moral dan etos kerja merupakan upaya yang berdasar pada nilai-nilai kemanusiaan yang mencakup keadilan, kebebasan dan kesamaan dalam menentukan rencana strategis, alternatif kebijakan, desain organisasi, manajemen dan etos kerja.

Sedangkan terdapat pula penjelasan mengenai fokus pengembangan kapasitas kelembagaan berdasarkan PP No.59 Tahun 2012 Tentang Kerangka Nasional Pengembangan Kapasitas Pemerintah Daerah Pasal 6 Ayat 1 dan 2, yakni⁴⁷ :

1) Struktur Organisasi

Peningkatan kapasitas struktur organisasi bertujuan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi, rasionalitas dan proporsionalitas. Dilakukan dengan melaksanakan analisis dan evaluasi terhadap unit-unit kerja sehingga didapatkan ukuran dan fungsi yang tepat.

2) Mekanisme Kerja

Peningkatan kapasitas mekanisme kerja bertujuan untuk membentuk penyelenggaraan fungsi dan tugas pokok setiap unit kerja yang teratur. Dilakukan dengan melakukan pembenahan terhadap metode dan mekanisme kerja antar unit organisasi dengan pihak lainnya.

3) Budaya Organisasi

Peningkatan kapasitas budaya organisasi bertujuan untuk membentuk budaya kerja organisasi yang positif dan produktif yang berdasar pada nilai-nilai luhur. Dilakukan dengan melakukan perumusan terhadap nilai-nilai luhur yang digunakan sebagai dasar penanaman budaya organisasi pada setiap individu di dalamnya.

4) Sistem Anggaran atau Nilai

Peningkatan kapasitas anggaran atau nilai bertujuan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas pembangunan. Dilakukan dengan menggunakan metode alokasi anggaran yang sesuai dengan visi, misi dan sasaran penyelenggaraan pemerintahan dan pengembangan sumber penerimaan daerah.

⁴⁷Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2012 Tentang Kerangka Nasional Pengembangan Kapasitas Pemerintahan Daerah. Pasal 6. Ayat 1-2.

5) Sarana dan Prasarana

Peningkatan kapasitas sarana dan prasarana bertujuan untuk menyesuaikan kebutuhan dan tuntutan kerja yang telah ditetapkan. Dilakukan dengan menyediakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

6) Prosedur Kerja

Peningkatan kapasitas prosedur kerja bertujuan untuk menyesuaikan kebutuhan pelayanan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan umum pemerintahan daerah. Dilakukan dengan menetapkan standar prosedur operasi dan menetapkan metode kerja yang berdasar pada ilmu pengetahuan dan teknologi dalam penyelenggaraan pemerintahan.

Dari beberapa pemaparan mengenai aspek maupun dimensi dari pengembangan kapasitas organisasi yang disampaikan oleh beberapa ahli, peneliti akan menaruh fokus pada pandangan Horton (2003) mengenai 5 aspek yang membahas mengenai cakupan pengembangan kapasitas organisasi. Alasan peneliti memilih untuk membahas mengenai 5 aspek pengembangan kapasitas yang disampaikan oleh Horton (2003) yakni karena penelitian ini berkaitan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang mana diketahui bahwa LSM bukan merupakan lembaga pemerintahan yang bersifat birokratis pemerintahan, melainkan lembaga non-profit yang bersifat informal. Selain itu penelitian yang akan dilakukan lebih berfokus pada upaya penanganan yang dilakukan oleh organisasi, bukan mengarah pada pemerintahan dan pelayanan publik semata.

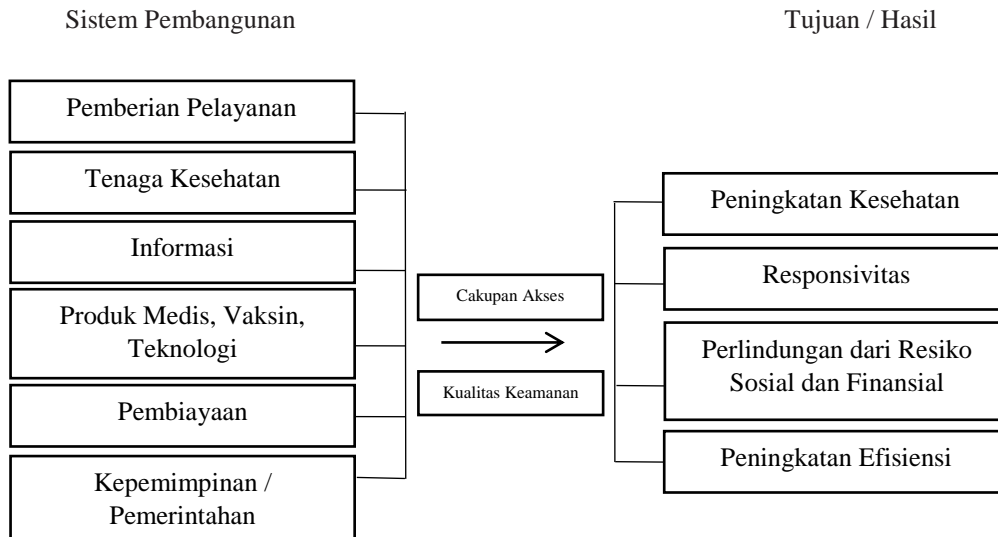
I.5.2 Pelayanan Kesehatan

I.5.2.1 Pengertian dan Tujuan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari kerangka kerja sistem kesehatan yang disusun oleh *WHO*, yang mana menurut *WHO* (2007) sistem kesehatan didefinisikan sebagai segala macam kegiatan yang dilakukan oleh

seseorang dan organisasi yang bertujuan untuk mempromosikan, memulihkan dan memelihara kesehatan⁴⁸

Bagam 1.2 Kerangka Kerja Sistem Kesehatan WHO



Sumber : *World Health Organization*

Terdapat beberapa pemahaman mengenai pengertian pelayanan kesehatan yang disampaikan oleh para ahli, salah satunya yakni menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (1994) yang menyampaikan pemahaman mengenai pelayanan kesehatan yang diartikan sebagai upaya dalam melakukan pemeliharaan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan masyarakat yang dilakukan oleh suatu organisasi secara mandiri maupun bersama-sama⁴⁹.

Pemahaman serupa disampaikan oleh Departemen Kesehatan Rakyat Indonesia (Depkes RI) (2009) yang memaparkan pengertian pelayanan kesehatan yakni upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama di dalam organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, menyembuhkan dan mencegah penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat⁵⁰.

⁴⁸World Health Organization. 2007. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Hal. 2.

⁴⁹Azwar, Azrul., 1994. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga, Ciputat, Tangerang : Binarupa Aksara. Hal.42.

⁵⁰Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.

Berikutnya terdapat pula pemahaman mengenai pelayanan kesehatan yang berikutnya disampaikan oleh Notoatmodjo (2015) yang berpendapat bahwa pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan yang memiliki tujuan utama untuk memberikan pelayanan pencegahan dan peningkatan kesehatan yang sasarannya adalah masyarakat⁵¹.

Dari beberapa pemaparan mengenai pelayanan kesehatan, dapat dipahami bahwa pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan yang merupakan wujud upaya yang dilakukan suatu organisasi secara mandiri maupun bersama-sama. Tujuan diselenggarakannya pelayanan kesehatan adalah untuk mencegah dan menyembuhkan penyakit, memelihara dan meningkatkan kesehatan serta memulihkan kesehatan masyarakat.

I.5.2.2 Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan

Secara umum pelayanan kesehatan terbagi dalam dua jenis, yakni *Medical Service* dan *Public Health Service*. Yang mana penjelasan dan perbedaan antara kedua jenis pelayanan kesehatan tersebut menurut pendapat yang disampaikan oleh Hodgetts dan Casio dalam Azwar (1994), yakni⁵² :

1. Pelayanan Kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*Medical Service*)

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh organisasi yang mampu berdiri sendiri atau bersama-sama dalam satu organisasi. Yang mana pelayanan kesehatan yang diberikan oleh organisasi tersebut bertujuan untuk memulihkan kesehatan dan menyembuhkan penyakit. Sasarannya adalah perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*Public Health Service*)

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh organisasi yang terbentuk dari individu atau kelompok yang bergabung menjadi suatu organisasi. Yang mana pelayanan kesehatan yang diberikan oleh organisasi tersebut bertujuan untuk

⁵¹Notoatmodjo, S. 2008. Kesehatan dan Pembangunan Sumber Daya Manusia. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. Vol. 2. Hal. 197. DOI : 10.21109/kesmas.v2i5.249

⁵²Azwar, Azrul. *Op. Cit.* Hal. 43.

meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Sasarannya adalah kelompok dan masyarakat.

Pendapat serupa disampaikan oleh Somer dan Somers (1974) dalam Azwar (1994) yang menyebutkan bahwa terdapat dua macam pelayanan kesehatan, yaitu⁵³ :

1. Pelayanan kesehatan dengan menerapkan pendekatan menyeluruh

Pelayanan kesehatan yang juga menaruh perhatian pada keadaan psikologi, ekonomi dan sosial budaya. Bukan hanya menaruh perhatian pada kesehatan penderita.

2. Pelayanan kesehatan yang memadukan berbagai upaya kesehatan di masyarakat

Pelayanan kesehatan yang merupakan perpaduan dari berbagai macam upaya kesehatan yang ada di masyarakat. Berbagai upaya tersebut mencakup pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Dalam penelitian ini pelayanan kesehatan yang diberikan oleh YKI kepada penderita kanker termasuk dalam jenis pelayanan kesehatan masyarakat (*Public Health Service*) yang memiliki sasaran yakni masyarakat Indonesia yang menderita kanker. Yang mana pelayanan kesehatan yang diberikan yakni mencakup pemeliharaan kesehatan pasien kanker, peningkatan kesehatan penderita kanker, pencegahan penyakit kanker, penyembuhan penyakit kanker dan pemulihan kesehatan penderita kanker.

I.5.2.3 Penanganan Penyakit

Penanganan penyakit dipahami sebagai perbuatan untuk menangani suatu penyakit yang bertujuan untuk mengobati, menyembuhkan dan mencegah suatu penyakit yang sedang atau akan dialami oleh makhluk hidup yang akan

⁵³*Ibid.*

berdampak buruk bagi tubuh sehingga menyebabkan keterbatasan aktifitas dan bahkan beresiko mengancam nyawa.

Penyakit memiliki definisi yang tidak tunggal. Yang mana pengertian penyakit disampaikan oleh beberapa ahli, yang pertama yakni Dudiarto (2001) yang mengartikan penyakit sebagai kegagalan proses adaptasi makhluk hidup untuk bereaksi dengan tepat terhadap suatu rangsangan sehingga muncul suatu gangguan pada fungsi sistem tubuh⁵⁴. Berikutnya terdapat pula pendapat yang disampaikan oleh Timmreck (2004) yang mengartikan penyakit sebagai suatu gangguan yang terjadi pada bentuk dan fungsi tubuh yang mengakibatkan timbulnya keadaan yang tidak normal⁵⁵. Selain itu, pemahaman penyakit juga didapatkan dari pengertian kesehatan yang disampaikan oleh *WHO* (1947) sebagai suatu keadaan yang berkaitan dengan kesehatan badan, mental, sosial dan ekonomi, yakni keadaan yang bebas dari kecacatan dan kelemahan. Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa pengertian penyakit menurut *WHO* adalah suatu kondisi dimana seseorang terkena dampak dari kecacatan dan kelemahan⁵⁶.

Dari berbagai pengertian penyakit yang telah disampaikan, dapat dipahami bahwa penyakit adalah suatu kondisi dimana makhluk hidup mengalami gangguan pada fungsi sistem tubuh yang mengakibatkan timbulnya keadaan yang tidak normal seperti kelemahan dan kecacatan. Dari pemahaman tersebut, diketahui bahwa kesehatan bukanlah kondisi yang statis, namun dinamis, progresif dan kontinu maka diperlukan pengembangan terhadap pelayanan kesehatan, hal ini didasari oleh *WHO* sehingga dilakukan perumusan kembali mengenai kesehatan pada tahun 1988.

Tren kesehatan baru muncul sebagai respon atas tuntutan pelayanan kesehatan yang harus bersifat dinamis. Pelayanan kesehatan masyarakat yang baru berkembang dengan menggunakan promosi kesehatan untuk mengatasi masalah di

⁵⁴Dudiarto Eko, & Anggraeni, Dewi. (2001). Pengantar Epidemiologi, Edisi 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal. 11-12.

⁵⁵Timmreck, Thomas C. 2004. Epidemiologi: Suatu Pengantar. Edisi kedua. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal. 9.

⁵⁶*World Health Organization*. 2016. *WHO : WHO*. Diakses pada 11 April 2020. <https://www.WHO.int/>

mana gaya hidup dan kondisi sosial merupakan faktor risiko utama. Kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat baru tidak hanya didasarkan pada tanggung jawab dan akuntabilitas pemerintah nasional, regional, dan lokal untuk kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, tetapi juga melibatkan perawatan diri oleh individu dan masyarakat.

Menurut Awofeso (2004) terdapat enam era dalam evolusi kesehatan masyarakat, yaitu⁵⁷ :

1. Perlindungan Kesehatan (Kuno - 1830-an)

Paradigma yang dominan adalah penyakit dapat dicegah dengan regulasi yang ditegakkan melalui mediasi struktur sosial masyarakat. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah penyebaran aturan agama dan budaya oleh elit sebagai perlindungan kesehatan individu dan kelompok. Kerangka aksi yang dilakukan yakni penegakan praktik spiritual, kebiasaan dan karantina

2. Kontrol Miasma (1840-an - 1870-an)

Paradigma yang dominan adalah mengatasi masalah lingkungan yang tidak bersih dapat mencegah penyakit. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah realita kesehatan yang buruk adalah dampak yang berasal dari lingkungan sosial yang buruk. Kerangka aksi yang dilakukan yakni berbagai tindakan untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, undang-undang kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan standar drainase, pembuangan kotoran dan pembuangan

3. Kontrol Penularan (1880-an - 1930-an)

Paradigma yang dominan adalah Teori Kuman : Pendekatan positivis terhadap demonstrasi penularan penyakit. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah demonstrasi kemunculan mikroorganisme penyebab penyakit di media yang terinfeksi, mengisolasi dan melakukan transmisi eksperimental. Kerangka aksi yang dilakukan yakni transmisi penyakit melalui peningkatan penyaringan air, vaksinasi dan standar langkah-langkah pengendalian wabah

⁵⁷Awofeso, Niyi. 2004. *What's New about "New Public Health"?. The American Journal of Public Health*. Vol. 94. No.5. Hal. 706. DOI : 10.2105/AJPH.94.5.705

4. Obat Pencegahan (1940-an - 1960-an)

Paradigma yang dominan adalah perbaikan kesehatan masyarakat melalui fokus pada pencegahan dan penyembuhan penyakit di Indonesia. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah definisi dan interferensi yang ditujukan untuk penularan penyakit. Dominasi medis yang difokuskan untuk pengobatan penyakit menular dan perawatan primer bagi populasi khusus (misalnya wanita hamil dan pekerja pabrik). Kerangka aksi yang dilakukan yakni intervensi lingkungan diarahkan pada vektor penyakit tertentu, identifikasi dan penggunaan mikroba yang berguna, peningkatan perawatan medis, yayasan patologi klinis modern

5. Perawatan Kesehatan Utama (1970-an - 1980-an)

Paradigma yang dominan adalah kesehatan untuk semua : perawatan kesehatan yang efektif diarahkan pada masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah perawatan kesehatan yang sangat preventif yang didukung oleh kesetaraan, partisipasi masyarakat, aksesibilitas layanan dan penentu kesehatan sosial. Kerangka aksi yang dilakukan yakni penekanan pada kerjasama global, menyesuaikan pelayanan kesehatan pada kebutuhan masyarakat, keterkaitan perawatan kesehatan dan perkembangan sosial ekonomi, kerjasama sektoral dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, kesetaraan dalam pelayanan kesehatan

6. Promosi Kesehatan (1990 - Sekarang)

Paradigma yang dominan adalah advokasi untuk kesehatan memungkinkan individu dan komunitas untuk mencapai kesehatan optimal. Pendekatan analitik yang diberlakukan adalah individu dan kelompok mendapatkan dukungan dari bidang pendidikan, ekonomi dan politik untuk meningkatkan kontrol kesehatan melalui perilaku, sosial dan perubahan lingkungan. Kerangka aksi yang dilakukan yakni menetapkan kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat partisipasi masyarakat, mengembangkan keterampilan individu dan reorientasi pelayanan kesehatan

Evolusi pada pelayanan kesehatan di dukung oleh Notoatmodjo (2008) melalui pendapatnya yang menyebutkan bahwa agar relevansi antara pelayanan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan bangsa tetap terjaga, dibutuhkanlah kebijakan pelayanan kesehatan yang baru. Hal ini mengharuskan adanya pengembangan paradigma pelayanan kesehatan konvensional menuju paradigma pelayanan kesehatan yang baru, yang mana pengembangan paradigma yang terjadi pada pelayanan kesehatan ini akan selaras dengan terciptanya pengembangan sumber daya manusia⁵⁸.

Pelayanan kesehatan konvensional merupakan pelayanan kesehatan yang diterapkan sebelum terciptanya paradigma kesehatan baru, yang mana pelayanan kesehatan ini dianggap sudah tidak relevan dengan kebutuhan kesehatan yang ada pada masa sekarang. Berikut ini merupakan karakteristik pelayanan kesehatan konvensional :

- 1) Sehat dan sakit dipandang sebagai dikotomi.
- 2) Makna pelayanan kesehatan adalah menyembuhkan dan mengobati.
- 3) Pelayanan kesehatan identik dengan Rumah sakit dan Poliklinik.
- 4) Pelayanan kesehatan bertujuan untuk meringankan penderitaan atau menunda komplikasi dan kematian.
- 5) Tenaga pelayanan kesehatan utama adalah dokter.
- 6) Sasaran pelayanan kesehatan adalah orang yang sakit.

Karakteristik pelayanan kesehatan konvensional sudah dianggap tidak relevan dengan kondisi kesehatan masyarakat masa sekarang dikarenakan sifat dari kesehatan yang dinamis, oleh karena itu dibutuhkan paradigma baru yang memiliki relevansi dengan kebutuhan kesehatan masyarakat di masa sekarang. Dwiprahasto (1987) menyatakan bahwa terdapat banyak dokter yang tertarik pada bidang kedokteran karena memiliki keinginan untuk menyembuhkan penyakit yang diderita masyarakat, sedangkan sesungguhnya masyarakat lebih memilih

⁵⁸Notoatmodjo. *Op.Cit.* Hal. 197.

untuk tidak menderita suatu penyakit, atau jika terkena suatu penyakit masyarakat akan memilih untuk mendapatkan pelayanan secepat mungkin agar terhindar dari dampak penyakit yang lebih berbahaya. Sehingga diciptakanlah Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan yang merupakan hasil pengembangan dari paradigma pelayanan kesehatan konvensional :

1. Sehat dan sakit bukan merupakan suatu dikotomi.
2. Pelayanan kesehatan bukan sekedar menyembuhkan dan mengobati, namun juga mencakup promotif dan preventif.
3. Pelayanan kesehatan bukan hanya diberikan oleh Rumah sakit dan Poliklinik.
4. Pelayanan kesehatan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit.
5. Tenaga pelayanan kesehatan yang utama adalah masyarakat.
6. Sasaran pelayanan kesehatan yang utama adalah masyarakat yang sehat.

Perbedaan antara paradigma pelayanan kesehatan konvensional dengan paradigma kesehatan baru yakni pada pelayanan kesehatan konvensional lebih menaruh fokus pada upaya penyembuhan penyakit dengan sasaran masyarakat yang telah terdampak suatu penyakit, sedangkan pada paradigma pelayanan kesehatan baru lebih menitikberatkan pada upaya pencegahan penyakit dengan sasaran masyarakat yang belum terdampak penyakit untuk tetap dijaga kesehatannya.

Upaya pencegahan pada pelayanan kesehatan ini selaras dengan pernyataan Andreas Ullrich selaku ahli kanker *WHO* yang berpendapat bahwa dengan melakukan diagnosis dini, maka potensi untuk memperoleh hasil pengobatan akan lebih baik, terutama berkaitan dengan penyakit kardiovaskular dan beberapa kanker⁵⁹. Pernyataan tersebut mendapat dukungan dari Dan Gaita selaku Presiden dari *Romanian Heart Foundation* yang mengeluarkan pernyataan

⁵⁹*World Health Organization*. 2011. *Bulletin of the World Health Organization : Past Issues*. Volume 89. Hal. 241.

bahwa dahulu dokter diajarkan untuk mengobati penyakit, bukan untuk mencegahnya, namun sekarang adalah saatnya untuk fokus pada pencegahan⁶⁰.

I.6 Definisi konsep

Berdasarkan beberapa teori yang telah dipaparkan, berikut ini merupakan beberapa definisi konsep yang relevan :

1) Pengembangan Kapasitas

Pengembangan kapasitas adalah suatu program yang dibuat mengacu pada pendekatan, metodologi dan strategi untuk meningkatkan kemampuan individu, organisasi dan sistem pengembangan suatu negara.

2) Pengembangan Kapasitas Organisasi

Pengembangan kapasitas organisasi adalah tingkatan pengembangan kapasitas yang menaruh penekanan pada beberapa aspek yakni sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi dan sumber daya keuangan, kepemimpinan strategis, program dan proses manajemen serta jejaring kerjasama dan hubungan dengan pihak lain.

3) Pengembangan Kapasitas Organisasi Yayasan Kanker Indonesia

Pengembangan kapasitas organisasi Yayasan Kanker Indonesia adalah pengembangan kapasitas yang berkaitan dengan pelayanan penyakit kanker yg meliputi aspek sumber daya manusia yang ada di dalam YKI, infrastruktur, teknologi dan sumber daya keuangan yang dimiliki oleh YKI untuk mendukung upaya penanganan kanker, kepemimpinan strategis YKI dalam upaya penanganan kanker, program dan proses yang dijalankan oleh YKI dalam penanganan kanker serta jejaring dan kerja sama hubungan YKI dengan pihak lain.

⁶⁰*World Health Organization. Op.Cit. Hal. 316.*

4) Pelayanan Kesehatan Yayasan Kanker Indonesia

Pelayanan kesehatan Yayasan Kanker Indonesia adalah upaya penanganan kanker yang dilakukan oleh YKI untuk menyebarkan informasi yang berkaitan dengan penyakit kanker (promotif), mencegah terjadinya penyakit kanker (preventif), dan meningkatkan kesehatan pengidap kanker di Indonesia (suportif) yang mencakup tata laksana penanganan penyakit kanker, struktur dan budaya organisasi YKI, pengambilan keputusan, prosedur penanganan kanker, sarana dan prasarana yang mendukung penanganan kanker serta jaringan organisasi YKI untuk mendukung pengambilan keputusan.

I.7 Metode Penelitian

Metode penelitian adalah suatu cara atau proses ilmiah yang berfungsi sebagai acuan dasar dalam melakukan suatu penelitian dan bertujuan untuk memperoleh data yang memiliki kegunaan dan tujuan tertentu. Menurut Creswell (2013) terdapat tiga jenis metode yang digunakan dalam penelitian, yakni⁶¹ :

1. Penelitian Kuantitatif

Suatu metode untuk menguji teori tertentu yang berkaitan dengan suatu fenomena sosial menggunakan instrumen penelitian yang akan menghasilkan data berupa angka dan dianalisis menggunakan statistik.

2. Penelitian Kualitatif

Suatu metode untuk mengeksplorasi individu atau kelompok yang berkaitan dengan suatu fenomena sosial yang dapat digunakan untuk menginterpretasi dan memahami aspek-aspek mengenai perilaku manusia.

3. Penelitian Campuran Kuantitatif dengan Kualitatif

⁶¹Creswell W. John. 2013. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. Los Angeles : SAGE Publications. Hal. 139-215.

Suatu metode untuk menganalisis, mengumpulkan dan melakukan pencampuran metode kuantitatif dan kualitatif dalam suatu penelitian yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman mengenai suatu fenomena sosial.

Dalam penelitian ini metode penelitian yang akan digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Alasan peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dalam penelitian ini adalah karena peneliti berusaha untuk menjelaskan pengembangan kapasitas organisasi yang dilakukan oleh Yayasan Kanker Indonesia dalam upaya penanganan kanker di Jawa Timur, yang mana membutuhkan pemahaman mengenai data penelitian. Selain itu data yang akan diperoleh berupa hasil wawancara dan pernyataan, bukan berupa data statistik yang diwakili oleh angka. Oleh karena itu peneliti memahami bahwa dalam penelitian ini lebih cocok menggunakan metode penelitian kualitatif untuk mengolah data-data yang diperoleh.

Sebagaimana diartikan oleh Moleong (2004) penelitian kualitatif didefinisikan sebagai penelitian yang dimaksudkan untuk mendapat pemahaman mengenai suatu fenomena yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya persepsi, perilaku, tindakan dan motivasi secara menyeluruh⁶².

Dari beberapa penjelasan mengenai definisi penelitian kualitatif, dapat dipahami bahwa penelitian kualitatif adalah metode yang dimaksudkan untuk memperoleh pemahaman mengenai suatu fenomena sosial yang tidak akan bisa digambarkan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif.

I.7.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian deskriptif karena batasan dalam penelitian adalah gambaran dari suatu fenomena sosial dan keadaan secara objektif untuk mengungkap fakta-fakta yang berkaitan dengan keadaan yang sebenarnya tanpa ada intervensi terhadap keaslian obyek penelitian. Sebagaimana pendapat yang disampaikan oleh Creswell (2016) bahwa tipe penelitian deskriptif merupakan tipe penelitian yang berusaha untuk menjelaskan makna yang

⁶²Moleong, Lexy. 2004. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya. Hal. 6.

dipahami oleh individu atau kelompok yang berkaitan dengan suatu masalah sosial⁶³.

Berdasarkan penjelasan mengenai pengertian dan tujuan dari penelitian deskriptif, penelitian ini akan memberikan gambaran suatu fenomena sosial yang merujuk pada rumusan masalah dan tujuan penelitian yaitu mengenai realita pengembangan kapasitas organisasi Yayasan Kanker Indonesia dalam upaya penanganan kanker di Jawa Timur.

I.7.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat peneliti akan melakukan suatu penelitian untuk mengumpulkan data-data akurat yang berkaitan dengan suatu fenomena sosial. Menurut Moleong (2004) dalam menentukan lokasi penelitian, seorang peneliti sebaiknya melakukan pertimbangan teori substantif dan menjajaki lapangan untuk menemukan kesesuaian dengan kondisi lapangan yang sesungguhnya⁶⁴.

Dalam penelitian ini lokasi yang dituju adalah Yayasan Kanker Indonesia cabang Jawa Timur yang beralamat di Jalan Mulyorejo Indah I No.8, Kota Surabaya. Alasan peneliti memilih untuk melakukan penelitian di lokasi tersebut adalah karena dari sekian banyak cabang YKI yang ada di Indonesia, YKI cabang Jawa Timur dinilai memiliki keunggulan dalam penanganan kanker. Salah satu keunggulan tersebut berasal dari beberapa program yang dimiliki oleh YKI cabang Jatim belum diterapkan di YKI cabang lain maupun YKI pusat sekalipun

I.7.3 Teknik Penentuan Informan

Informan diartikan oleh Moleong (2004) sebagai orang yang dapat memberikan informasi yang terkait dengan situasi dan kondisi penelitian yang pengetahuannya bermanfaat untuk menjelaskan fenomena mengenai penelitian⁶⁵. Pada penelitian kualitatif, informan berguna untuk memahami kejadian sosial yang sedang diteliti secara lebih dalam. Dari penjelasan mengenai pengertian informan tersebut dapat dipahami bahwa informan adalah subyek yang berasal

⁶³Creswell W. John. *Op.Cit.* Hal. 203.

⁶⁴Moleong, Lexy. *Op.Cit.* Hal. 127.

⁶⁵Moleong, Lexy. *Op.Cit.* Hal. 132.

dari suatu populasi yang dipilih oleh peneliti berdasarkan pemahaman mengenai subyek penelitian untuk memperdalam pemahaman mengenai subyek yang sedang diteliti.

Pada penelitian ini digunakan *purposive sampling*, yang mana teknik purposive umum digunakan untuk penelitian dalam menentukan informan akan diwawancarai sebagai upaya untuk menggali informasi. Seseorang dipilih sebagai informan karena peneliti memiliki anggapan bahwa orang tersebut memiliki informasi yang dapat berupa pengetahuan, pengalaman atau pemahaman mengenai suatu masalah sehingga dibutuhkan dalam penelitian.

Dalam penelitian ini, informan dari YKI cabang Jawa Timur yang berkaitan dengan penelitian antara lain Bidang Pendidikan dan Penyuluhan YKI Cabang Jawa Timur, Bidang Pelayanan Sosial YKI Cabang Jawa Timur dan Sekretariat YKI Cabang Jawa Timur. Kemudian terdapat pula informan yang merupakan pihak yang bekerjasama dengan YKI cabang Jawa Timur dalam penanganan kanker. Selain itu, untuk sumber informasi juga diperoleh dari pelaksanaan wawancara dengan beberapa pasien kanker yang ada di YKI Cabang Jawa Timur.

Kemudian untuk mendapatkan informan pendukung, dilakukan teknik *snowball sampling* yakni teknik yang dilakukan untuk mendapatkan informan lanjutan yang berdasar pada informasi yang diperoleh dari sampel yang telah diperoleh sebelumnya sehingga akan didapatkan data yang lebih valid. Dalam penelitian ini informan lanjutan yang berkaitan dengan penelitian adalah Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia (YKAKI) dan Himpunan Peduli Masyarakat ELGEKA

Berikut ini adalah daftar informan yang terlibat dalam penelitian mengenai pengembangan kapasitas Yayasan Kanker Indonesia dalam penanganan kanker di Jawa Timur :

- 1) Bidang Pendidikan dan Penyuluhan YKI Cabang Jawa Timur
- 2) Bidang Pelayanan Sosial YKI Cabang Jawa Timur
- 3) Sekretariat YKI Cabang Jawa Timur
- 4) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- 5) RSUD Dr. Soetomo

- 6) Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia (YKAKI)
- 7) Himpunan Peduli Masyarakat ELGEKA
- 8) Pasien di Rumah Singgah YKI Cabang Jawa Timur

Pada penelitian ini informan yang terlibat berasal dari beberapa lapisan yakni pengurus YKI Cabang Jawa Timur, pasien yang tinggal di YKI cabang Jawa Timur, Dinas Pemerintahan, Komunitas pasien kanker dan LSM penanganan kanker. Namun, seiring berjalannya proses pengumpulan data ditemukan beberapa kendala dalam pengumpulan data yang didapatkan dari pelaksanaan wawancara dengan informan yang telah ditentukan. Hal ini terjadi karena pandemi COVID-19 yang menyebabkan keterbatasan interaksi antara peneliti dan informan yang telah ditentukan. Selain itu beberapa informan yang terkait dengan penelitian juga memiliki jadwal kegiatan yang sangat padat karena beberapa informan merupakan pihak tenaga kesehatan yang turut menjalankan operasional Rumah Sakit. Oleh karena itu dilakukan beberapa perubahan skenario penentuan informan untuk mengatasi keterbatasan informasi yang tidak bisa didapatkan dari informan yang telah ditentukan sebelumnya.

Dalam penelitian ini informan yang telah ditentukan namun tidak bisa turut terlibat yakni Bidang Penyuluhan Sosial YKI Cabang Jawa Timur, RSUD Dr. Soetomo. Untuk mengisi kekosongan informasi tersebut, dilakukan penambahan informan yang dianggap berkaitan dengan penelitian. Selain itu dilakukan pula pengalihan pertanyaan wawancara terhadap beberapa informan dan juga dilakukan penambahan poin pertanyaan wawancara untuk menggali informasi lebih dalam. Dengan kondisi yang demikian, berikut ini daftar informan yang terlibat dalam penelitian ini :

1. Ibu Sri Adiningsih selaku Ketua Bidang Pendidikan dan Penyuluhan Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur
2. Bapak Khairun Sani selaku Kepala Sekretariat Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur
3. Bapak Adi Kurniawan selaku Staff Pelaksana Kesekretariatan Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur

4. Bapak Bambang Purwanto selaku Kepala Seksi P2PTM dan Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
5. Ibu Betty Indrasari selaku Sekretaris Himpunan Peduli ELGEKA
6. Ibu Anisah Mahsunah selaku Ketua Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia
7. Bapak Bambang selaku Koordinator Operasional Ruang Pasien.
8. Ibu Supriati selaku pasien yang tinggal di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur
9. Ibu Juwariyah selaku pasien yang tinggal di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur

I.7.4 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Yin (2011) terdapat enam macam sumber yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data, yaitu dokumentasi, rekaman arsip, wawancara, pengamatan langsung, observasi dan perangkat-perangkat fisik⁶⁶. Sumber data primer yang dibutuhkan dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan yang akan direkam dan ditulis untuk kemudian berbagai informasi yang didapatkan akan dipilah sesuai dengan kebutuhan penelitian. Untuk data sekunder akan didapatkan melalui dokumen-dokumen yang tersedia, yang mana pada dokumen-dokumen tersebut akan dipilih untuk mendapatkan data sekunder yang berfungsi untuk melengkapi data primer yang telah didapatkan.

Sesuai dengan pendapat Moleong (2004) mengenai karakteristik penelitian metode kualitatif, dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi dokumentasi, wawancara dan observasi. Berikut ini merupakan penjelasan dari beberapa teknik pengumpulan data yang akan digunakan⁶⁷ :

A. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan membangun interaksi sosial antara peneliti dengan subyek penelitian dalam jangka waktu yang ditentukan untuk mendapatkan data lapangan yang sistematis. Dalam penelitian ini observasi dilakukan untuk mengamati keadaan kantor dan

⁶⁶Yin, Robert K. 2011. *Studi Kasus: Desain dan Metode*. Rajagrafindo Persada. Jakarta. Hal.101.

⁶⁷Moleong, Lexy. *Op.Cit.* Hal. 118.

mengamati aktivitas yang dilakukan di YKI Cabang Jawa Timur. Proses observasi pada penelitian ini dilakukan dalam jangka waktu yang terbatas dan selama proses observasi peneliti mematuhi protokol kesehatan seperti selalu menggunakan masker, menjaga kebersihan tangan dengan *handsanitizer* atau mencuci tangan dan melakukan *physical distancing*.

B. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan percakapan dengan tujuan memperdalam pemahaman mengenai suatu fenomena sosial. Wawancara dilakukan dengan teknik terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara agar informan dapat memberikan informasi yang terfokus dengan konteks penelitian dan meminimalisir terjadinya pembicaraan diluar konteks penelitian.

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan dua cara, yakni wawancara secara langsung yang dilakukan dengan bertatap muka dengan informan dan wawancara online. Wawancara secara langsung dilakukan sesuai dengan bertatap muka yang mana peneliti mendatangi lokasi informan untuk melakukan wawancara. Sedangkan wawancara online merupakan alternatif yang dipilih oleh peneliti untuk mempermudah dalam memperoleh data ditengah pandemi COVID-19 yang menyebabkan pengumpulan data menjadi terbatas. Wawancara online dilakukan dengan menggunakan teknik *Computer-Mediated Communication* (CMC). Dengan CMC peneliti dapat memperoleh data berupa obrolan, rekaman atau video yang berasal dari informan penelitian, yang mana data-data tersebut berkaitan dengan penelitian yang sedang dijalankan⁶⁸. Dalam penelitian ini wawancara online dilakukan melalui *whatsapp voice call* dan *zoom meeting*.

C. Dokumentasi

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang bersumber dari bahan tertulis untuk memperkuat data dari pengamatan dan wawancara. Sumber

⁶⁸Salmons, Janet. 2015. *Qualitative Online Interviews Second Edition*. California : SAGE Publications, Inc.Hal. 30.

informasi yang dimaksud berbentuk gambar, tulisan atau karya monumental yang diciptakan oleh seseorang. Dalam penelitian ini, peneliti mendapatkan beberapa file dokumen yang berkaitan dengan penelitian yang dijalankan. Yang mana dokumen tersebut mengandung informasi untuk memperluas pemahaman mengenai penelitian.

I.7.5 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Dalam sebuah penelitian, keakuratan suatu temuan harus diukur berdasarkan validitasnya untuk menentukan apakah temuan tersebut cukup akurat dan layak untuk menjadi data yang akan mendukung suatu penelitian. Menurut Creswell (2013) terdapat beberapa strategi yang dapat digunakan untuk menguji keabsahan data, yaitu :

A. Triangulate

Teknik triangulasi dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap bukti-bukti yang berasal dari sumber-sumber data yang berbeda yang kemudian digunakan untuk membangun justifikasi tema-tema secara koheren.

B. Member Checking

Teknik ini dilakukan untuk mengecek keakuratan laporan yang dimiliki partisipan dengan membawa kembali laporan akhir, deskripsi atau tema spesifik ke hadapan partisipan yang bersangkutan.

C. External Auditor

Teknik ini dilakukan dengan melakukan review terhadap seluruh proyek penelitian dengan mengajak seorang auditor yang tidak akrab dengan peneliti yang diajukan, sehingga kehadiran auditor tersebut akan memberikan penilaian yang objektif.

Dalam penelitian ini, untuk menguji validitas data digunakan teknik Triangulasi Data. Sejalan dengan pendapat yang disampaikan oleh Moleong (2011) bahwa Triangulasi adalah suatu teknik untuk memeriksa keabsahan data

dengan memanfaatkan hal lain di luar data tersebut untuk digunakan sebagai pengecek atau pembandingan data tersebut⁶⁹.

Berdasarkan pendapat Denzin dalam Moleong (2011) terdapat empat macam teknik triangulasi untuk memeriksa data yang ada, yakni dengan menggunakan sumber, metode, penyidik dan teori. Diantara beberapa macam teknik triangulasi yang ada, dalam penelitian ini digunakan triangulasi dengan sumber untuk memenuhi keabsahan data. Menurut Patton dalam Moleong (2011) triangulasi dengan sumber berarti melakukan perbandingan atau pengecekan ulang terhadap derajat kepercayaan suatu informasi yang didapatkan melalui alat dan waktu yang berbeda⁷⁰. Dalam penelitian ini triangulasi dengan sumber dilakukan dengan melakukan perbandingan terhadap hasil wawancara pengurus YKI Cabang Jawa Timur, pasien yang tinggal di Rumah Singgah YKI Cabang Jawa Timur dan pihak lain yang menjalin kerjasama dengan YKI cabang Jawa Timur yang serta isi dokumen yang berkaitan dengan penanganan kanker oleh YKI Cabang Jawa Timur.

I.7.6 Teknik Analisis Data

Dalam penelitian kualitatif, analisis data merupakan proses pencarian dan penyusunan data yang diperoleh dari dokumentasi, observasi dan wawancara secara sistematis. Hal ini dilakukan untuk menghindari ketidakcermatan yang dapat terjadi selama proses pengolahan data, sehingga data yang disajikan akan sistematis dan bermanfaat bagi penelitian. Teknik analisis data dilakukan agar hasil penelitian lebih mudah untuk dipahami oleh orang lain. Berikut ini merupakan langkah-langkah dalam analisis data menurut Miles (2009)⁷¹ :

A. Reduksi Data

Tahap reduksi data adalah tahap untuk memilih, memusatkan, menyederhanakan, mengabstraksi dan mentransformasi data kasar yang didapatkan dari catatan yang berasal dari lapangan. Reduksi data dilakukan

⁶⁹Moleong, Lexy. *Op.Cit.* Hal. 87.

⁷⁰Moleong, Lexy. *Op.Cit.* Hal. 330.

⁷¹Mathew B. Miles dan A. Michael Huberman. 2009. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta : UI Press. Hal. 16-17.

dengan merangkumkan informasi dan pernyataan yang diperlukan dan menghilangkan hal-hal yang tidak diperlukan bagi suatu penelitian.

B. Penyajian Data

Tahap penyajian data adalah tahap untuk menjelaskan semua data melalui pengertian umum mengenai suatu informasi yang dilanjutkan dengan merefleksikan maknanya secara menyeluruh. Pada penyajian data, data yang diperoleh akan diwujudkan lewat deskripsi, gambar dan matriks yang berkaitan sebagai penunjang penelitian. Oleh karena itu pada tahap penyajian data akan didapatkan informasi mengenai fenomena yang telah terjadi di lapangan hingga bagaimana penyajian data akan mengantarkan pada tahap penarikan kesimpulan.

C. Penarikan Kesimpulan

Tahap penarikan kesimpulan adalah tahap dimana seorang peneliti akan menyimpulkan berbagai data yang telah diperoleh selama proses penelitian berlangsung. Kesimpulan yang dibuat oleh peneliti berdasarkan dukungan bukti yang valid dan konsisten merupakan kesimpulan yang memiliki kredibilitas.