

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini perkembangan penduduk terjadi di seluruh dunia, terutama perkembangan dalam bidang kesehatan. Tetapi masalah kesehatan merupakan ancaman bagi negara-negara yang sedang berkembang sehingga masalah kesehatan menjadi tidak terkontrol. Salah satu penyakit yang mengalami peningkatan adalah kanker. Stigma masyarakat yang percaya tentang mitos kanker yang salah satunya bahwa tidak ada yang dapat dilakukan terkait dengan kanker. Hal ini menyebabkan seseorang takut apabila didiagnosis kanker. Penyakit kanker sendiri sebenarnya dapat dicegah, diobati dan disembuhkan jika diketahui lebih dini tanda dan gejala kanker (Depkes RI, 2014).

Penyakit kanker merupakan masalah kesehatan utama baik di dunia maupun di Indonesia. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2013) dalam Depkes RI (2015), insidens kanker pada tahun 2008 sampai 2012 mengalami peningkatan dari 12,7 juta kasus meningkat menjadi 14,2 juta kasus. Kanker menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia setelah penyakit kardiovaskular. Diperkirakan pada tahun 2030 insidens kanker akan meningkat mencapai 26 juta orang dan sebanyak 17 juta orang meninggal akibat kanker. Dan kematian terbanyak yang disebabkan oleh kanker adalah perempuan. Berdasarkan estimasi Globocan, *International Agency for Research on Cancer* (IARC) (2012) dalam Depkes RI (2015), insidens kanker payudara sebesar 40 per 100.000 perempuan.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, angka kejadian kanker payudara di Indonesia diperkirakan terdapat 61.682 orang. Angka kejadian kanker tertinggi di Indonesia terjadi pada perempuan yaitu kanker payudara dan kanker leher Rahim. Resiko kanker payudara meningkat sesuai bertambahnya usia, walaupun di usia muda tidak menjamin aman dari kanker.

Insiden dan mortalitas kanker terus meningkat. Pola hidup yang tidak sehat, seperti kurang olahraga, stres, merokok dan minum minuman keras, serta kebiasaan makan yang tidak sehat dapat membuat seseorang lebih mudah terkena kanker. Pada stadium dini, kanker tumbuh tanpa menimbulkan keluhan ataupun gejala. Hal ini sering menyebabkan orang yang sudah terkena kanker tidak menyadarinya, dan seringkali kanker ditemukan pada stadium yang lanjut. Terdapat stadium kanker I, II, III dan IV. Stadium I dan II disebut stadium dini, sedangkan stadium III disebut juga lokal lanjut, dan stadium IV disebut juga stadium lanjut atau telah mengalami metastasis. Ketika pasien didiagnosis menderita kanker dapat mengalami reaksi psikologis yang kompleks, salah satunya adalah berupa kecemasan atau ansietas.

Ansietas merupakan reaksi umum terhadap penyakit karena penyakit dirasakan sebagai suatu ancaman; ancaman umum terhadap kehidupan, kesehatan dan keutuhan tubuh; kebingungan dan ketidakpastian tentang masa kini dan masa depan. Sisi negatif dari ansietas atau sisi yang membahayakan ialah rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata atau potensial. Hal ini menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut dan menghambat pasien melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal, situasi kerja dan situasi sosial. Terkena kanker ibarat memasuki jalur kematian perlahan-lahan yang penuh duka dan derita.

Setiap pasien kanker dapat mengalami reaksi psikologis berat. Angka harapan hidup pasien kanker hanya 60% dibandingkan dengan bukan pasien. Tidak banyak penyakit yang menyebabkan rasa cemas yang lebih berat daripada kanker. Gejala yang timbul adalah kecapekan, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, mudah marah dan gelisah, susah tidur atau pola tidur tidak teratur, mudah merasa panik, jantung berdebar-debar dan ketegangan pada otot. Gangguan semacam ini terjadi pada 10 persen dari pasien kanker (Miller, 2008). Reaksi pertama yang muncul pada pasien ketika diagnosa diberikan adalah kaget, takut, bingung, menolak diagnosis, tidak terima mendapat diagnosis kanker dan sekaligus putus asa.

Kanker merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di dunia maupun di Indonesia. Kanker cenderung meningkat dari waktu ke waktu. (WHO, 2012) memperkirakan tahun 2030 akan ada 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta diantaranya diperkirakan akan meninggal. Di Indonesia prevalensi kanker tercatat 1,4 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013). Jumlah pasien kanker di Kota Surabaya tiap tahun mengalami peningkatan, seperti dijelaskan pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Jumlah Pasien Kanker dan Jumlah Pasien Kanker yang diberi Pelayanan Paliatif dari Tahun 2013 – 2015 di Kota Surabaya.

No	Uraian	2013	2014	2015
1.	Jumlah pasien kanker	1768	1977	1982
2.	Jumlah pasien paliatif	306	328	341
3.	Persentase	18%	17%	17%

Sumber : Data Dinas Kesehatan Kota Surabaya Pelayanan Kesehatan Khusus

Berdasarkan tabel 1.1 dapat diketahui bahwa jumlah pasien kanker yang diberi pelayanan paliatif pada tahun 2013 hingga tahun 2015 mengalami penurunan dengan persentase 18% menjadi 17%.

Tabel 1.2 Target Jumlah Pasien Kanker yang diberi Pelayanan Paliatif dari Tahun 2013 – 2015 di Kota Surabaya.

No	Tahun	Jumlah px kanker	Jumlah Px kanker yg diberi pelayanan paliatif		Target pelayanan paliatif	Selisih hasil dengan target
			Σ	%		
1	2013	1768	306	18	80	62
2	2014	1977	328	17	80	63
3	2015	1982	341	17	80	63

Tabel 1.2 memberikan informasi bahwa pelayanan paliatif pada penderita kanker di Kota Surabaya masih rendah, yaitu rata-rata sebesar 18 %, dibandingkan dengan target yaitu sebesar 80%.

Pasien kanker mengalami suatu reaksi kecemasan pada saat mereka menerima diagnosis kanker seperti putus asa, kaget, takut, bingung dan menyangkal terhadap diagnosis yang diberikan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Wan Desen (2008) dan Gregg Miller (2008), yaitu perasaan atau pikiran yang bisa muncul ketika menerima diagnosis kanker adalah: tidak percaya atau menolak, ansietas dan ketakutan, marah, depresi, menyendiri, rasa bersalah dan menerima kenyataan.

Setelah mengetahui diagnosisnya sebagian besar pasien kanker mengalami kecemasan. Sepanjang hari merasa kuatir, tidak tenang, mudah marah, insomnia, nafsu makan berkurang, takut kehilangan daya kerja dan hidup, dan takut akan kematian yang lamban dan penuh derita (Desen, 2008). Kecemasan berkaitan dengan stress, baik stres fisiologis maupun stres psikologis (Asmadi, 2008). Reaksi emosional akut dan pola respon yang tidak tepat dapat mempengaruhi mekanisme

imun dan sistem hormonal pasien kanker, sehingga mempengaruhi progresi dan pemulihan kanker (Desen, 2008). Stres psikis maupun fisik yang berlangsung terus menerus untuk waktu yang lama dapat berpengaruh buruk terhadap kesehatan, malah dapat juga merusak otak. Salah satu penyebab utama adalah peningkatan kadar *glucocorticoid*, epineprin maupun norepineprin. Gangguan pada berbagai molekul ini akan mengganggu sistem imunitas (Notosoedirdjo, 2005). Hormon yang dihasilkan akan menyebabkan terjadinya penekanan sistem kekebalan yang disebut imunosupresi (Junaidi, 2008).

Proses dalam menjalani penyakit kanker akan dapat lebih mudah jika kondisi psikologis dari pasien ditunjang dan dijaga dengan baik (Miller, 2008). Ada empat tingkat kecemasan (Peplau, 1952): ringan, sedang, berat dan panik (Videbeck, 2008). Pasien yang mengalami kecemasan akan merasa tidak enak dan merasakan rasa ngeri yang tidak jelas. Intensitas perasaan ini dapat ringan, atau cukup berat sampai menyebabkan kepanikan, dan intensitasnya dapat meningkat atau menghilang tergantung pada kemampuan coping pasien (Smeltzer, 2001). Jika mekanisme coping pasien tidak mampu mengulangi kecemasan maka pasien bisa jatuh pada tingkat kecemasan yang lebih berat. Tingkat kecemasan panik tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian (Stuart, 2006).

Pasien penyakit kanker mengalami berbagai masalah dalam berbagai aspek kehidupannya. Oleh sebab itu, penanganannya diperlukan suatu pendekatan yang menyeluruh/holistik dan terpadu (Junaidi, 2008). Penyediaan informasi dan pendidikan tentang kanker dan perawatannya, yaitu informasi tentang apa yang

masuk akal untuk bisa diharapkan pasien dari perawatan yang diterimanya, sarana-sarana untuk meningkatkan kemampuan pasien sendiri dalam mengatasi keadaannya (Miller, 2008). Peran keluarga dekat atau kerabat lainnya sebagai sumber dukungan juga memiliki efektivitas yang cukup sejauh ini, tapi paling tidak keluarga perlu diberitahukan bahwa bantuan profesional selalu bisa mereka manfaatkan jika memang diperlukan (Miller, 2008). Selain itu peranan iman/spiritual juga berpengaruh. Orang yang memiliki iman akan cenderung untuk lebih mampu menghadapi masalah-masalah dan tantangan-tantangan yang ditimbulkan kanker daripada orang yang tidak memiliki pegangan sama sekali (Miller, 2008). Dalam perawatan penyakit kanker, dana memegang peranan penting. Terbentuknya organisasi-organisasi sosial yang membantu dalam bidang finansial sangat diperlukan mengingat banyaknya pasien yang menderita kanker berasal dari kalangan yang tidak mampu (Mahajudin, 1997).

Palliative Care adalah suatu perawatan kesehatan terpadu yang menyeluruh dengan pendekatan multidisiplin yang terintegrasi. Tujuannya adalah untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, dan juga memberikan *support* kepada keluarganya. Dari definisi tersebut didapatkan bahwasannya salah satu tujuan dasar dari *palliative care* adalah mengurangi penderitaan pasien yang termasuk di dalamnya adalah menghilangkan nyeri yang diderita oleh pasien tersebut.

Terdapat banyak alasan pasien dengan penyakit stadium lanjut tidak mendapatkan perawatan yang memadai, namun semua alasan itu pada akhirnya berakar pada konsep terapi yang eksklusif dalam menyembuhkan penyakit daripada

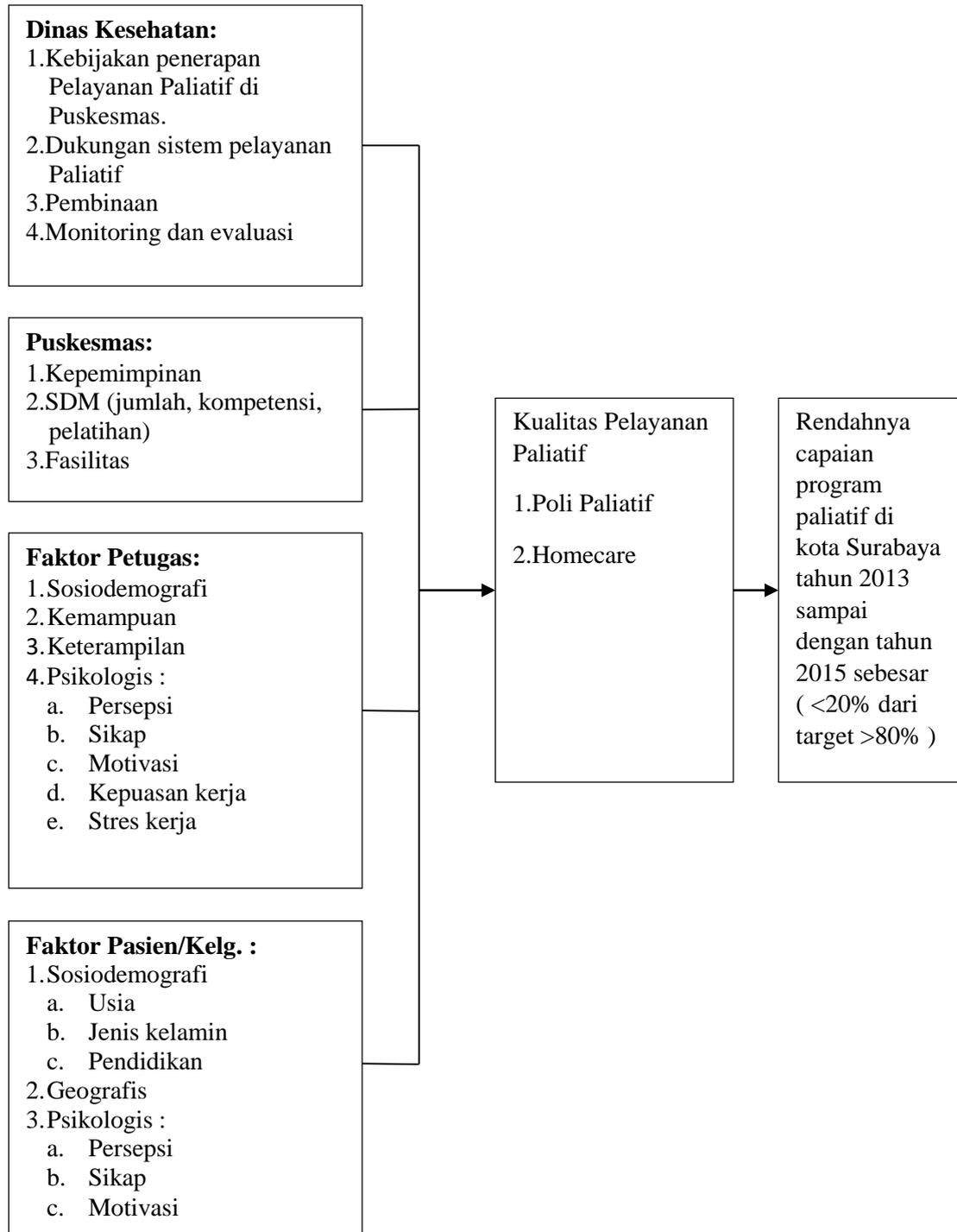
meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi penderitaan. Seringkali keputusan untuk mengambil tindakan paliatif baru dilakukan setelah segala usaha penyembuhan penyakit ternyata tidak efektif. Padahal seharusnya, *palliative care* dilakukan secara integral dengan perawatan kuratif dan rehabilitasi baik pada fase dini maupun lanjut.

Seiring dengan berkembangnya bidang ilmu ini, ruang lingkup dari *palliative care* yang dulunya hanya terfokus pada memberikan kenyamanan bagi penderita, sekarang telah meluas menjadi perawatan holistik yang mencakup aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual. Perubahan perspektif ini dikarenakan semakin hari semakin banyak pasien yang menderita penyakit kronis sehingga tuntutan untuk suatu perkembangan adalah mutlak adanya.

Rendahnya capaian program paliatif tersebut menunjukkan adanya masalah kinerja dari program paliatif di kota Surabaya. Menurut Gibson terjadinya masalah kinerja disebabkan oleh faktor individu, psikologi, dan organisasi. Faktor individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis. Faktor psikologi yang terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, motivasi, kepuasan kerja dan stres kerja. Faktor ketiga adalah organisasi yang terdiri dari kepemimpinan, kompensasi, konflik, kekuasaan, struktur organisasi, desain pekerjaan, desain organisasi, dan karir. Dalam penelitian ini digunakan Teori Kinerja dari Gibson untuk menelaah program pelayanan paliatif.

Berdasarkan data, masalah penelitian yang diajukan adalah rendahnya capaian program paliatif di kota Surabaya tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 sebesar (<20% dari target >80%).

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian Masalah

1.2.1 Faktor Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota berperan dalam menyiapkan sumber daya termasuk juga penentuan besar target kinerja yang harus dicapai. Penetapan target yang tidak disesuaikan dengan ketersediaan dan kemampuan sumber daya, kemungkinan besar menyebabkan target program paliatif tidak bisa tercapai.

1. Kebijakan

Kebijakan adalah suatu dukungan konkret yang diberikan oleh para pimpinan institusi disemua tingkat dan semua sektor dengan tujuan untuk mewujudkan pembangunan disektor kesehatan. Kebijakan mengatur tentang penerapan pelayanan paliatif di Puskesmas, sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

2. Dukungan Sistem Pelayanan Paliatif

Dukungan ini didapat dengan adanya perhatian untuk melakukan pelatihan, pembinaan serta mendata secara berkala.

3. Pembinaan

Pelatihan dilaksanakan dengan modul pelatihan . Penyusunan modul pelatihan dilakukan dengan kerjasama antara para pakar perawatan paliatif dengan Departemen Kesehatan (Badan Pembinaan dan Pengembangan Sumber Daya

Manusia dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik). Modul-modul tersebut terdiri dari modul untuk dokter, modul untuk perawat, modul untuk tenaga kesehatan lainnya, modul untuk tenaga non medis.

4. Monitoring dan Evaluasi

Pengembangan dan implementasi dari rencana pelayanan paliatif perlu dimonitor dan dievaluasi berkala untuk memastikan bahwa tujuan dari program tersebut tercapai. Evaluasi membutuhkan perencanaan dan desain yang cermat dimulai sejak awal proses pemrograman pelaksanaan kegiatan. Sebuah sistem informasi dasar yang perlu diletakkan di tempat sejak dini sehingga data yang diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi dikumpulkan secara teratur.

1.2.2 Faktor Puskesmas

Puskesmas sebagai penyedia pelayanan, bertugas merencanakan kegiatan, menetapkan sasaran, serta melakukan komunikasi dan jejaring lintas sektor/program supaya program paliatif berjalan optimal. Beberapa faktor yang menunjang :

1. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah suatu upaya mempengaruhi kegiatan pengikut melalui proses komunikasi untuk mencapai tujuan tertentu. Definisi ini menunjukkan bahwa kepemimpinan melibatkan penggunaan pengaruh dan karena nya semua hubungan dapat merupakan upaya kepemimpinan.

2. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat penting dan tidak dapat dipisahkan dengan organisasi baik institusi maupun perusahaan. pada

hakikatnya SDM merupakan manusia yang dipekerjakan di suatu organisasi sebagai penggerak, pemikir dan perencana dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Ketersediaan tenaga baik dalam kualitas maupun kuantitas sangat berpengaruh bagi kinerja organisasi dan keberhasilan suatu program. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap capaian pelayanan paliatif yaitu SDM kesehatan atau petugas kesehatan.

3. Fasilitas

Menurut Peraturan Menteri Pendidikan Nasional No. 24 tahun 2007 sarana adalah perlengkapan yang dapat dipindah-pindah dan prasarana adalah fasilitas dasar yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsi suatu kegiatan.

1.2.3 Faktor Petugas

1.Sosiodemografi

a. Usia

Usia adalah sesuatu yang dapat diukur dari masa atau waktu ke waktu. Usia pun dapat berpengaruh terhadap pelayanan dari individu.

b. Jenis Kelamin

Menurut Huntu (2007) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat

dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada semua ras.

c. Pendidikan

Pengertian pendidikan adalah proses perubahan atau pendewasaan manusia, berawal dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak biasa menjadi biasa, dari tidak paham menjadi paham dan sebagainya.

2.Kemampuan

Kemampuan adalah kecakapan atau potensi dalam diri petugas Puskesmas untuk menguasai keahlian dalam melakukan pelayanan program paliatif.

3.Keterampilan

Keterampilan dalam melaksanakan pelayanan program paliatif harus terus diasah, karena manajemen adalah ilmu dan seni maka diperlukan keterampilan dalam pelaksanaan manajemen pelayanan program paliatif. Keterampilan yaitu kemampuan untuk menggunakan akal, pikiran, ide dan kreatifitas dalam mengerjakan, mengubah ataupun membuat sesuatu menjadi lebih baik sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut.

4.Psikologis :

a. Persepsi

Persepsi merupakan kemampuan otak manusia dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk kedalam indera. Persepsi manusia dapat berbeda, ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau positif maupun negatif terhadap suatu objek yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata (Sugihartono;

Fathiyah, Kartika N; Setiawati, Farida A; Harahap, Farida; Nurhayati, Siti R, 2007)

b. Sikap

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku dan masih merupakan reaksi tertutup, Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek. Sikap sering diperoleh dari orang lain atau orang yang dekat dengannya. Sikap akan membuat seseorang mendekati ataupun menjauhi seseorang atau suatu objek (Notoatmodjo, 2012).

c. Motivasi

Menurut Sutrisno (2013) motivasi merupakan faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu aktivitas. Motivasi juga sering disebut sebagai pendorong sesuatu untuk berperilaku.

d. Kepuasan kerja

Kepuasan kerja adalah tingkat kesenangan yang dirasakan oleh seseorang atas peranan atau pekerjaannya dalam organisasi. Kepuasan kerja adalah tingkat rasa puas individu bahwa mereka dapat imbalan yang setimpal dari bermacam-macam aspek situasi pekerjaan dari organisasi tempat mereka bekerja. Jadi kepuasan kerja menyangkut psikologis individu didalam organisasi, yang diakibatkan oleh keadaan yang ia rasakan dari lingkungannya. Kepuasan kerja merupakan evaluasi yang menggambarkan seseorang atas perasaan sikapnya, senang atau tidak senang, puas, atau tidak puas dalam bekerja (Rivai, 2005).

e. Stres kerja

Sesuatu kondisi ketegangan yang menciptakan adanya ketidakseimbangan fisik dan psikis yang mempengaruhi emosi, proses berpikir, dan kondisi seorang karyawan (Rivai, 2005). Menurut Sarafino (2011), stres merupakan situasi di mana tuntutan mengarahkan seseorang untuk mempersepsikan ketidaksesuaian antara tuntutan fisik dan psikologis dengan sumber daya yang dimiliki. Hampir semua orang mengalami stres yang berhubungan dengan pekerjaan mereka yang disebut sebagai stres kerja (Sarafino, 2011).

1.2.4 Faktor Pasien / Keluarga**1. Sosiodemografi****a. Usia**

Usia adalah sesuatu yang dapat diukur dari masa atau waktu ke waktu. Usia pun dapat berpengaruh terhadap pelayanan dari individu.

b. Jenis kelamin

Menurut Hungu (2007) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada semua ras.

c. Pendidikan

Pengertian pendidikan adalah proses perubahan atau pendewasaan manusia, berawal dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak biasa menjadi biasa, dari tidak paham menjadi paham dan sebagainya.

2. Geografis

Letak atau jarak, waktu tempuh, akses ke tempat pelayanan.

3. Motivasi

Menurut Sutrisno (2013) motivasi merupakan faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu aktivitas. Motivasi juga sering disebut sebagai pendorong sesuatu untuk berperilaku.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana karakteristik faktor Puskesmas (Kepemimpinan, SDM, dan Fasilitas) terhadap kualitas pelayanan paliatif?
2. Bagaimana karakteristik faktor petugas (Kemampuan, Keterampilan, Psikologis) terhadap kualitas pelayanan paliatif?
3. Apakah ada pengaruh faktor Puskesmas (Kepemimpinan, SDM, Fasilitas) terhadap kualitas pelayanan paliatif ?
4. Apakah ada pengaruh faktor petugas (Kemampuan, Keterampilan, Psikologis) terhadap kualitas pelayanan paliatif ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menyusun upaya peningkatan pelayanan program paliatif di Puskesmas kota Surabaya

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengidentifikasi faktor Puskesmas (Kepemimpinan, SDM, dan Fasilitas)
- 2 Mengidentifikasi faktor petugas (Kemampuan, Psikologis)
- 3 Menganalisis pengaruh faktor Puskesmas (Kepemimpinan, SDM dan Fasilitas) terhadap capaian program paliatif .
- 4 Menganalisis pengaruh faktor petugas (Sosiodemografi, Kemampuan, Keterampilan, Psikologis) terhadap capaian program paliatif.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi peneliti

Sebagai sarana menerapkan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti Pendidikan minat Manajemen Kesehatan Program Studi Administrasi kebijakan kesehatan Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

1.5.2 Manfaat bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota

Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai bahan masukan untuk perbaikan kinerja pelayanan paliatif di Puskesmas Kota Surabaya.

1.5.3 Manfaat Bagi program studi AKK Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

Sebagai bahan referensi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.