

**EVALUASI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI HPV DALAM
PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh

RAFA HABIBA SONO

(2018011100)



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG**

2024

**EVALUASI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI HPV DALAM
PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh

RAFA HABIBA SONO

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2024**

Judul Skripsi : **EVALUASI MANAJEMEN PROGRAM
IMUNISASI HPV DALAM PENCEGAHAN
KANKER SERVIKS DI KOTA BANDAR
LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Rafa Habiba Sono**

No. Pokok Mahasiswa : 2018011100

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



1. Komisi Pembimbing

Pembimbing 1

**Dr. dr. Ratna Dewi Puspita Sari,
Sp. OG.**
NIP 198004152014042001

Pembimbing 2

dr. Rika Lisiswanti, M.Med.Ed.
NIP 198010052008122001

2. Dekan Fakultas Kedokteran

The image shows the official seal of the Faculty of Medicine, Universitas Lampung. It is a circular emblem with a blue border. Inside the border, the text 'KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, DAN KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN INOVASI' is written around the top, and 'UNIVERSITAS LAMPUNG' is written around the bottom. In the center, there is a blue emblem featuring a book and a torch. Overlaid on the seal is a large, black, handwritten signature.

Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP 197601202003122000

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dr. dr. Ratna Dewi Puspita Sari, Sp.OG.

Sekretaris : dr. Rika Lisiswanti, M.Med.Ed.

Penguji Bukan

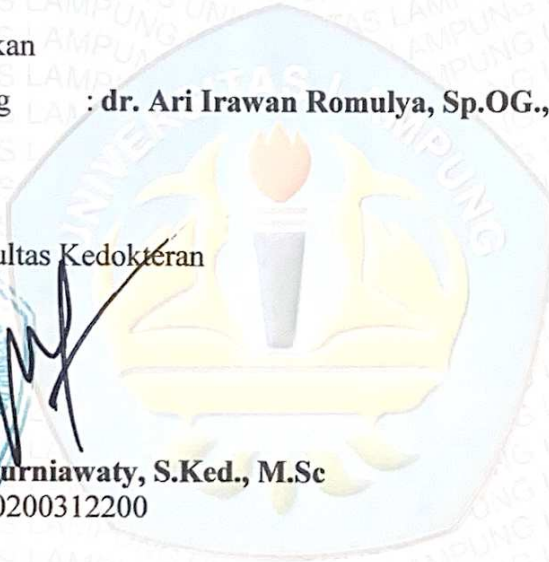
Pembimbing : dr. Ari Irawan Romulya, Sp.OG., M.H.Kes.



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP 19760120200312200



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 13 Februari 2024

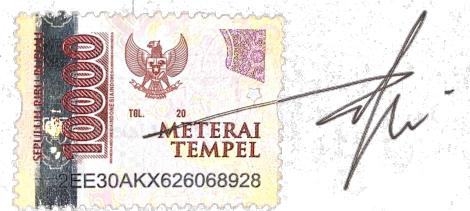
LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa:

1. Skripsi dengan judul **“EVALUASI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI HPV DALAM PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DI KOTA BANDAR LAMPUNG”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan tindakan penjiplakan ataupun pengutipan atas karya penulis lain atau dengan cara yang tidak sesuai dengan tata etika ilmiah penelitian yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut juga sebagai tindakan plagiarisme.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 13 Februari 2024
Penulis,



Rafa Habiba Sono
2018011100

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 30 Desember 2002 dari pasangan Bapak Bagus Taruna Sakti Wibisono dan Ibu Ika Hermeni Novianti dan merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Penulis menyelesaikan pendidikan tingkat dasar di Sekolah Dasar (SD) Islam Binakheir Depok pada tahun 2014, kemudian penulis lanjut menyelesaikan sekolah menengah di Sekolah Menengah Pertama (SMP) Lazuardi Al-Falah Depok pada tahun 2017, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Kharisma Bangsa Tangerang Selatan pada tahun 2020. Penulis memulai perjalanan akademis di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan mengambil Program Studi Pendidikan Dokter.

Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif mengikuti kegiatan organisasi Lampung University Medical Research (LUNAR) FK Unila sebagai anggota divisi Media dan Jurnalistik serta organisasi *Center for Indonesian Medical Students' Activities* (CIMSAs) sebagai *Secretary General* pada tahun 2020–2021 dan *Media and Communication Coordinator* untuk *Standing Committee on Sexual & Reproductive Health and Rights including HIV & AIDS* (SCORAs) pada tahun 2023–2024. Penulis merupakan seorang *Peer Educator Trainer* (PETRA) yang berperan aktif dalam mengadvokasi kesehatan reproduksi kepada kalangan masyarakat hingga mahasiswa, baik di tingkat nasional salah satunya dalam *National Peer Education Workshop* (NPEW) yang dilaksanakan di Solo maupun di tingkat internasional sebagai salah satu representatif dari Indonesia dalam kegiatan *Angels of the Asia Pacific* yang dilaksanakan di Hong Kong.

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٥) إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٦)

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

(QS. Al-Insyirah : 5–6)

Skripsi ini saya persembahkan kepada Ayah, Bunda, seluruh keluarga, dan semua pihak yang turut terlibat. Terima kasih atas dukungan dan bantuan dalam menemani setiap langkah perjalanan saya sampai tahap ini.

SANWACANA

Puji dan syukur kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas berkat rahmat, anugerah, dan karunia-Nya. Sholawat dan salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad Shallallahu 'Alaihi Wasallam, dan semoga kelak kita akan mendapatkan syafa'atnya nanti di yaumul akhir. Skripsi dengan judul "Evaluasi Manajemen Program Imunisasi HPV dalam Pencegahan Kanker Serviks di Kota Bandar Lampung" dapat penulis selesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1) Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam perjalanan penyusunan skripsi ini, penulis merasakan berkah dari doa, bimbingan, serta dukungan tak terhingga yang diberikan oleh berbagai pihak. Dengan kerendahan hati, penulis ingin mengungkapkan rasa terima kasih yang tulus kepada semua yang telah berkontribusi dalam kesuksesan penulisan ini kepada:

1. Allah Subhanahu Wa Ta'ala, yang melalui setiap nama-Nya, tidak hanya memberikan ketenangan namun juga senantiasa mengingatkan dalam setiap proses yang dilalui sebagai tanda nyata kasih sayang-Nya.
2. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Dr. dr. Ratna Dewi Puspita Sari, Sp.OG. selaku Pembimbing Pertama atas kesediaan telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan bantuan dan masukan yang berharga, serta membimbing dengan penuh arahan, kritik, dan saran yang membangun selama proses penyusunan skripsi ini.
5. dr. Rika Lisiswanti, S.Ked., M.Med.Ed. selaku Pembimbing Kedua atas kesediaan telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan bantuan

dan masukan yang berharga, serta membimbing dengan penuh arahan, kritik, dan saran yang membangun selama proses penyusunan skripsi ini.

6. dr. Ari Irawan Romulya, Sp. OG., MH. Kes. selaku Pembahas atas kesediaan telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan bantuan dan masukan yang berharga, serta membimbing dengan penuh arahan, kritik, dan saran yang membangun selama proses penyusunan skripsi ini.
7. Ibu Selvi Marcellia, S.Si., M.Sc. selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan dukungan yang berharga selama proses perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
8. Seluruh dosen, staf, dan civitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu yang bermanfaat serta waktu, tenaga, dan bantuan yang diberikan selama proses pendidikan dan proses penyelesaian skripsi ini.
9. Seluruh pihak dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, Puskesmas Panjang, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Labuhan Ratu, terutama para informan. Terima kasih telah banyak membantu dalam memfasilitasi dalam penyelesaian skripsi ini dengan segala doa dan percakapan ramah tamahnya.
10. Kedua orang tua, Ayah Bagus Taruna Sakti Wibisono dan Bunda Ika Hermeni Novianti, yang menjadi “*one call away*” penulis dan telah mengorbankan banyak hal sampai penulis bisa mencapai titik ini. Terima kasih banyak atas segala doa yang dilantunkan dan dukungan yang tak terhingga hingga saat ini.
11. Saudari juga sahabat penulis, Sabrina Kalila, Nashita Azzahra, Marsha Vania, dan Diandra Amira, yang selalu siap sedia menemani di kala senang maupun sedih dan telah menjadi saksi segala perayaan maupun kegagalan penulis. Terima kasih sudah selalu menjadi pendorong untuk tidak menyerah.
12. Kylo, Rey, dan Loki yang telah menjadi pelipur penulis dari segala kekusutan dengan tingkah laku yang selalu menghibur.
13. Anak “Baik”, Clara Arta, Rizqi Hidayat, Sifa’ Syaharani, Reisyah Dinda, Maulana Irfan, dan Ananda Ilham, terima kasih sudah membuat tahapan kehidupan ini menjadi lebih mudah dan menyenangkan untuk dijalani serta

telah menjadi alasan untuk selalu bersyukur telah dihadirkan teman yang begitu berharga.

14. *Officials* CIMSA FK Unila 2020/2021 “OASIS” dan *National Committee* SCORA CIMSA 2023/2024, yang telah menjadi tempat penulis berkeluh kesah, bersenda gurau, dan belajar serta selalu merasa dihargai.
15. Teman-teman KKN Desa Sri Mulyo, Deria, Rini, Widuri, Bang Aldi, Chris, dan Medi, terima kasih atas semangat yang disalurkan selama penulisan skripsi ini serta menyempatkan untuk memberikan dukungan walaupun di tengah kesibukan masing-masing.
16. Teman-teman seperbimbingan, Anzela, Amari, Maulana, Sulthan, dan Faridi, yang telah menjadi pendamping dan turut bekerjasama selama proses penulisan skripsi ini.
17. Teman-teman angkatan T20MBSOSIT, teman pertama penulis selama di Fakultas Kedokteran DPA T20CHANTER, serta teman kelompok tutorial dan teman kelompok CSL “Cukup Tau”, terima kasih untuk setiap momen, pembelajaran, dan kebersamaan yang telah diberikan selama perjalanan ini.
18. Seluruh pihak yang turut berperan dalam perjalanan pendidikan dan penyusunan skripsi ini, meski tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih yang sebesar-besarnya atas setiap doa, dukungan, saran, dan kritik yang telah diberikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki keterbatasan, namun harapannya adalah agar karya ini dapat memberikan manfaat yang berharga baik bagi pembaca maupun penulisnya.

Bandar Lampung, 13 Februari 2024

Penulis



Rafa Habiba Sono

ABSTRACT

EVALUATION OF HPV IMMUNIZATION PROGRAM MANAGEMENT IN CERVICAL CANCER PREVENTION IN BANDAR LAMPUNG

BY

RAFA HABIBA SONO

Background: The urgency of tackling cervical cancer begins with evaluating the HPV immunization program as a primary prevention intervention. This evaluation is needed to identify potential problems, ensure long-term success, and support strategic improvements to meet government goals and improve immunization services.

Method: This study used a qualitative phenomenological approach. Purposive and maximum variation sampling was used to obtain 10 informants. Data was collected through in-depth interviews and document review.

Results: The implementation of the HPV immunization program Bandar Lampung, with a focus on 5th grade girls in BIAS program, requires a structured medical team with APBN and BOK support, as well as facilities and infrastructure, including information technology. The implementation process involves detailed planning, collaboration with schools, training, and socialization. The program achieves participation rates above 80%, supported by public awareness and positive understanding of the HPV vaccine. Persuasive strategies and monitoring have been implemented to address rejection from parents, skepticism, and lack of understanding. Efforts are ongoing to improve program introduction in the future.

Conclusion: The implementation of the HPV immunization program in Bandar Lampung City was structured, but faced obstacles and challenges due to community resistance and information technology management. However, the use of intensive socialization strategies, positive testimonials, persuasive approaches, and efforts to improve information technology infrastructure successfully increased community participation and awareness of cervical cancer prevention.

Keywords: Cervical cancer, Community Health Center program management, HPV immunization

ABSTRAK

EVALUASI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI HPV DALAM PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DI KOTA BANDAR LAMPUNG

OLEH

RAFA HABIBA SONO

Latar Belakang: Urgensi penanggulangan kanker serviks, dapat dimulai dengan mengevaluasi program imunisasi HPV sebagai langkah pencegahan utama. Evaluasi ini diperlukan untuk mengidentifikasi potensi permasalahan, memastikan kesuksesan jangka panjang, dan mendukung perbaikan strategis guna mencapai target pemerintah serta meningkatkan layanan imunisasi.

Metode: Desain penelitian ini menggunakan metode kualitatif pendekatan fenomenologi. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* dan *maximal variation sampling* sebagai teknik pengambilan informan, dan terdapat 10 informan yang mengikuti penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Hasil: Pelaksanaan program imunisasi HPV di Puskesmas Kota Bandar Lampung dengan fokus pada anak perempuan kelas 5 SD pada BIAS melibatkan tim medis terstruktur dengan dukungan APBN dan BOK, memerlukan sarana dan prasarana termasuk teknologi informasi. Pelaksanaan melalui tahapan perencanaan terinci, kolaborasi dengan sekolah, pelatihan, dan sosialisasi yang berkelanjutan. Capaian program mencapai tingkat partisipasi di atas 80%, didukung oleh kesadaran masyarakat dan pemahaman positif terhadap vaksin HPV. Meskipun menghadapi penolakan seperti penolakan orang tua, sikap skeptis, kurangnya pemahaman, strategi persuasif dan monitoring KIPPI telah diterapkan, dan upaya terus dilakukan untuk meningkatkan pengenalan program di masa mendatang.

Kesimpulan: Implementasi program imunisasi HPV di Kota Bandar Lampung menunjukkan pelaksanaan terstruktur, namun didapatkan kendala dan tantangan dalam menghadapi penolakan masyarakat dan manajemen teknologi informasi. Namun, berbagai strategi berhasil meningkatkan partisipasi masyarakat serta kesadaran terhadap pencegahan kanker serviks.

Kata Kunci: Imunisasi HPV, kanker serviks, manajemen program puskesmas

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat	7
1.4.4 Manfaat Bagi Fasilitas Kesehatan dan Lembaga Terkait.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Kanker Serviks	8
2.1.1 Epidemiologi	8
2.2.2 Etiologi.....	10
2.2.4 Stadium	11
2.2.5 Gejala Klinis	13
2.2.4 Faktor Risiko	14
2.2.5 Pencegahan.....	16
2.2 Program Kesehatan Masyarakat.....	18
2.2.1 Pengertian.....	18
2.2.2 Program Prioritas Nasional	19
2.2.3 Layanan Program Kesehatan	20
2.3 Program Puskesmas	22
2.3.1 Pengertian.....	22
2.3.2 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)	23
2.3.3 Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)	24
2.4 Vaksin HPV	24
2.4.1 Pengertian.....	24
2.4.2 Kebijakan Kesehatan Terkait Imunisasi HPV	25
2.4.3 Efek Perlindungan	27
2.4.4 Dosis Vaksin HPV	28
2.4.5 Sasaran dan Waktu Pelaksanaan Vaksin HPV	29
2.4.6 Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Vaksin HPV	30

2.5 Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat	31
2.4.1 Pengertian.....	31
2.4.2 Tujuan	32
2.4.3 Manfaat	34
2.4.4 Model-Model Evaluasi Program	36
2.6 Model Evaluasi CIPP	41
2.7 Kerangka Teori	45
2.8 Kerangka Konsep.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	47
3.1 Rancangan Penelitian	47
3.2 Tempat dan Waktu	47
3.3 Subjek Penelitian.....	48
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	49
3.4.1 Jenis dan Sumber Data	49
3.4.2 Instrumen Penelitian	49
3.4.2 Teknik Pengumpulan Data	50
3.5 Pengolahan dan Analisis Data	50
3.6 Uji Keabsahan Data	52
3.7 Alur Penelitian.....	53
3.8 Etika Penelitian	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
4.1 Gambaran Umum Penelitian	54
4.2 Hasil Penelitian.....	54
4.2.1 Karakteristik Informan	54
4.2.2 Komponen <i>Context</i>	55
4.2.3 Komponen <i>Input</i>	58
4.2.4 Komponen <i>Process</i>	68
4.2.5 Komponen <i>Product</i>	87
4.3 Pembahasan.....	92
4.3.1 Komponen <i>Context</i>	92
4.3.2 Komponen <i>Input</i>	93
4.3.3 Komponen <i>Process</i>	96
4.3.4 Komponen <i>Product</i>	101
4.4 Keterbatasan Penelitian	103
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	104
5.1 Kesimpulan	104
5.2 Saran	106
DAFTAR PUSTAKA	108

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Laporan Hasil Pelaksanaan BIAS HPV Kota Bandar Lampung Tahun 2023	4
Tabel 2. Stadium Klinis Karsinoma Serviks Uteri	13
Tabel 3. Jadwal Pemberian Imunisasi HPV melalui Kegiatan BIAS	30
Tabel 4. Lokasi Penelitian	48
Tabel 5. Karakteristik Informan	55
Tabel 6. Visualisasi Data Komponen <i>Context</i>	56
Tabel 7. Visualisasi Data Komponen <i>Input</i>	58
Tabel 8. Visualisasi Data Komponen <i>Process</i>	68
Tabel 9. Visualisasi Data Komponen <i>Product</i>	87
Tabel 10. Cakupan Capaian Imunisasi HPV	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	45
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	46
Gambar 3. Bagan Alur Penelitian	53
Gambar 4. SOP dan Petunjuk dan Teknis Pelaksanaan Imunisasi HPV	63
Gambar 5. Tampilan <i>Dashboard</i> Aplikasi ASIK.....	66
Gambar 6. Formulir Microplanning yang Diintegrasikan dengan Dinas Kesehatan	71
Gambar 7. Inventarisasi Siswa yang Sudah Menerima Vaksin HPV	80
Gambar 8. Penggunaan Media Video Sebagai Strategi Penyuluhan	84

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut World Health Organization (WHO), kanker serviks merupakan penyebab utama kematian pada perempuan. Pada tahun 2020, diperkirakan 604.000 perempuan didiagnosis menderita kanker serviks di seluruh dunia dan sekitar 342.000 perempuan meninggal karena penyakit tersebut. Kanker serviks merupakan kanker yang paling sering didiagnosis di 23 negara dan merupakan penyebab utama kematian akibat kanker di 36 negara. Sebagian besar negara-negara ini berada di Afrika sub-Sahara, Melanesia, Amerika Selatan, dan Asia Tenggara. Di negara-negara dengan pendapatan tinggi, program-program telah diterapkan untuk memberikan vaksinasi *Human Papillomavirus* (HPV) kepada anak perempuan serta memungkinkan perempuan menjalani skrining secara berkala dan menerima pengobatan yang memadai. Skrining ini memungkinkan deteksi lesi pra-kanker pada tahap yang dapat diobati dengan efektif. Sementara itu, di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah, akses terhadap tindakan pencegahan tersebut seringkali terbatas, dan kanker serviks sering tidak teridentifikasi hingga mencapai stadium lanjut dan gejala-gejala mulai muncul. Selain itu, ketersediaan pengobatan untuk lesi kanker, seperti pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi, juga dapat terbatas, sehingga meningkatkan tingkat kematian akibat kanker serviks di negara-negara ini

Pada bulan Mei tahun 2019, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direktur Jenderal WHO, mengeluarkan anjuran untuk mengambil langkah-langkah konkrit dalam upaya eliminasi kanker serviks. Strategi global WHO untuk

mempercepat hal sebagai permasalahan kesehatan masyarakat disampaikan dan mendapat dukungan sepenuhnya dari Majelis Kesehatan Dunia ke-73 pada bulan Agustus tahun 2020. Kemudian, WHO secara resmi memperkenalkan Strategi Global untuk mempercepat eliminasi kanker serviks pada tanggal 17 November tahun 2020. Sasaran dari strategi global ini adalah, pada tahun 2030, melakukan vaksinasi pada 90% anak perempuan sepenuhnya mendapat vaksinasi dengan vaksin HPV pada usia 15 tahun, 70% perempuan dilakukan skrining kanker serviks dengan tes presisi tinggi pada usia 35 dan 45 tahun, serta 90% perempuan yang diidentifikasi menderita kanker serviks mendapat penatalaksanaan serta perawatan terhadap penyakitnya.

Data dari WHO pada tahun 2021 mengungkapkan bahwa angka insiden kanker serviks di Indonesia mencapai 27 kasus per 100.000 perempuan. Sayangnya, pada tahun 2020, kurang dari 1 dari 10 anak perempuan dalam kelompok usia target (anak perempuan berusia 11 tahun) telah menerima dosis terakhir vaksinasi HPV sebagai pencegahan primer, dan kurang dari 1 dari 10 perempuan (usia 30–50 tahun) telah menjalani skrining kanker serviks dalam 5 tahun terakhir sebagai tindakan pencegahan sekunder. Penyebab tingginya angka insiden kanker serviks di Indonesia adalah kurangnya cakupan skrining yang masih rendah. Hingga tahun 2021, hanya sekitar 6,83% dari perempuan usia 30–50 tahun yang menjalani pemeriksaan skrining dengan menggunakan metode IVA. Bahkan pada tahun 2023, cakupan skrining kanker serviks di Indonesia hanya mencapai 7,02% dari target yang seharusnya mencapai 70%.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1930/2022 mengenai Program Introduksi Imunisasi Human Papillomavirus Vaccine (HPV) Tahun 2022-2023, dalam menghadapi tantangan ini, Indonesia telah menjalankan serangkaian langkah strategis dalam upaya pencegahan kanker serviks yang mencakup lima pilar utama dalam pelaksanaan secara terpadu oleh lintas program dan lintas sektoral. Kelima pilar ini mencakup transformasi dalam penyediaan layanan primer, perbaikan sistem rujukan, pengaturan sistem pembiayaan kesehatan, peningkatan sumber daya

manusia (SDM) kesehatan, serta integrasi teknologi kesehatan. Keterpaduan lintas program dan lintas sektor terkait diselenggarakan melalui wadah yang sudah ada, yaitu Tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (TP UKS/M). Kelima elemen ini bersinergi untuk mendukung dua strategi utama dalam pencegahan kanker serviks, yaitu pencegahan primer melalui program imunisasi menggunakan vaksin HPV yang ditargetkan pada pelajar perempuan kelas 5 dan 6 sekolah dasar, dengan pemberian dua dosis pada tahap awal.

Pelaksanaan vaksinasi HPV ini dijadwalkan secara bersamaan dengan program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yang diselenggarakan secara berkala setiap bulan Agustus setiap tahun. Introduksi vaksin HPV sudah dimulai secara bertahap sejak tahun 2016 hingga tahun 2021, program ini telah diterapkan di 20 Kabupaten/Kota di Indonesia yaitu di DKI Jakarta (semua kota administrasi), DIY (semua kabkota), Jawa Tengah (Kab Sukoharjo dan Karanganyar), Jawa Timur (Kota Surabaya, Kediri, dan Lamongan), Bali (Kota Denpasar dan Badung), Sulawesi Selatan (Kota Makassar), dan Sulawesi Utara (Kota Manado). Pada tahun 2022, program tersebut diperluas ke 112 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Sulawesi Utara dengan total sasaran 889.813 anak (kelas 5 dan 6) dan target cakupan 95%. Upaya percepatan imunisasi HPV terus ditingkatkan dengan rencana perluasan nasional yang mencakup seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia pada tahun 2023 dengan total sasaran 2.978.132 anak perempuan.

Kota Bandar Lampung menetapkan sebanyak 7.988 anak perempuan mendapat imunisasi HPV, dengan melakukan sosialisasi dan koordinasi dengan guru sekolah. Per Agustus 2023, sudah dilaksanakan imunisasi HPV bersamaan dengan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) dan telah tercapai sebanyak 7.536 atau 94.3%, serta dilakukannya *sweeping* pada minggu pertama September 2023 bagi yang belum mendapatkan imunisasi HPV. Cakupan imunisasi HPV di Bandar Lampung saat ini menunjukkan angka yang tinggi meskipun baru pertama kali diperkenalkan terhadap imunisasi HPV dengan hasil seperti berikut.

Tabel 1. Laporan Hasil Pelaksanaan BIAS HPV Kota Bandar Lampung Tahun 2023

No	Nama Puskesmas	Sasaran (Pusdatin)	Jumlah Capaian (Manual)	
			Abosolut	%
1	Bakung	186	171	91.9
2	Kotakarang	152	150	98.7
3	Sukamaju	196	180	91.8
4	Pasar Ambon	457	457	100.0
5	Sukaraja	336	308	91.7
6	Panjang	548	511	93.2
7	Kampung Sawah	280	267	95.4
8	Satelit	306	289	89.1
9	Kupang Kota	256	228	96.4
10	Sumur Batu	168	162	88.6
11	Simpur	79	70	95.1
12	Palapa	406	386	94.8
13	Kebon Jahe	306	290	91.2
14	Gedong Air	411	375	93.4
15	Susunan Baru	91	85	91.6
16	Kemiling	311	285	96.9
17	Beringin Raya	127	123	100.0
18	Pinang Jaya	125	119	97.3
19	Segalamider	306	306	98.3
20	Kedaton	256	249	95.1
21	Rajabasa Indah	464	456	81.8
22	Way Kandis	431	410	95.3
23	Labuhan Ratu	242	198	81.8
24	Sukarame	278	265	95.3
25	Permata Sukarame	106	100	94.3
26	Korpri	96	93	96.9
27	Sukabumi	204	190	93.1
28	Campang Raya	172	172	100.0
29	Way Laga	138	136	98.6
30	Wah Halim 1	323	295	91.3
31	Way Halim 2	231	210	90.9
Bandar Lampung		7.988	7.536	94.3

(Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2022)

Menurut penelitian Ummah (2017), pelaksanaan program imunisasi dasar lengkap pada puskesmas yang diteliti menghadapi sejumlah permasalahan. Mayoritas petugas imunisasi memiliki keterbatasan pengetahuan terkait program tersebut, termasuk definisi, tujuan, sasaran, dan indikator keberhasilan. Pelatihan teknis terkait imunisasi hanya diikuti oleh koordinator imunisasi, sementara bidan dan perawat yang menjadi petugas imunisasi belum pernah mengikuti pelatihan serupa. Meskipun kualifikasi pelaksana imunisasi sudah sesuai standar, terdapat ketidaksesuaian antara jumlah bayi yang ditentukan oleh Badan Pusat Statistik dan jumlah bayi sesungguhnya di wilayah tersebut.

Perencanaan program imunisasi telah mencakup penetapan sasaran, target cakupan, dan perencanaan kebutuhan vaksin serta alat pendukung lainnya. Namun, kendala muncul dalam persiapan dan penggerakan masyarakat, khususnya kurangnya penyuluhan kepada orangtua bayi tentang imunisasi. Meski pelayanan sudah sesuai standar, masih terdapat kekurangan dalam persiapan dan penggerakan masyarakat, serta validasi pencatatan dan pelaporan yang belum optimal, menimbulkan keterlambatan pelaporan hasil imunisasi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Mustikasari (2023) mengenai pelaksanaan program Bulan Imunisasi Anak Nasional (BIAN) pada puskesmas yang diteliti menghadapi tantangan dalam manajemen Sumber Daya Manusia (SDM), di mana terjadi beban kerja ganda pada petugas, menyebabkan kelelahan. Metode pelaksanaan BIAN menggunakan SOP imunisasi campak rubella dan SOP imunisasi kejar, namun belum memiliki juknis internal dan masih mengandalkan juknis dari Kemenkes. Meskipun ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) dan logistik sudah lengkap, terdapat petugas kesehatan program BIAN yang tidak menggunakan apron selama pelayanan. Perencanaan dan pelayanan program BIAN dilakukan secara langsung baik di puskesmas maupun di luar puskesmas seperti posyandu dan sekolah. Namun, capaian imunisasi BIAN masih rendah dan tidak sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Kemenkes.

Jika tindakan yang efektif tidak segera diambil dalam mengatasi program imunisasi HPV, angka insiden kanker serviks berpotensi terus meningkat, sehingga akan menimbulkan dampak sosio-ekonomi yang signifikan dan penurunan kualitas hidup individu yang berat. Oleh karena itu, penelitian ini dilatarbelakangi oleh kebutuhan untuk mengevaluasi program imunisasi HPV yang saat ini sedang diterapkan di Bandar Lampung. Dengan mengidentifikasi potensi permasalahan dalam pelaksanaan program BIAN, langkah-langkah perbaikan dapat segera dilakukan untuk memastikan bahwa program ini mencapai cakupan standar yang ditetapkan oleh pemerintah, dan menjadi dasar bagi peningkatan pelayanan imunisasi yang lebih baik ke depannya.

1.2 Rumusan Masalah

Sistem pelaksanaan yang diterapkan dalam kegiatan imunisasi HPV akan sangat berpengaruh dalam upaya pencapaian target imunisasi. Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka peneliti merumuskan masalah yaitu bagaimana evaluasi manajemen program imunisasi HPV dalam pencegahan kanker serviks di Kota Bandar Lampung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengeksplorasi secara mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi manajemen program dalam pelaksanaan program imunisasi HPV di puskesmas Kota Bandar Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran imunisasi HPV yang dilaksanakan di Puskesmas Kota Bandar Lampung
2. Mengetahui gambaran faktor *input* yang memengaruhi manajemen program dalam pelaksanaan program imunisasi HPV di Puskesmas Kota Bandar Lampung
3. Mengetahui gambaran faktor *process* yang memengaruhi manajemen program dalam pelaksanaan program imunisasi HPV di Puskesmas Kota Bandar Lampung
4. Mengetahui gambaran faktor *product* yang memengaruhi manajemen program dalam pelaksanaan program imunisasi HPV di Puskesmas Kota Bandar Lampung

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi dalam mengembangkan peningkatan pemahaman terkait program imunisasi HPV dalam mengurangi insiden kanker serviks termasuk faktor-faktor yang memengaruhi implementasinya, serta sebagai proses pengalaman dan pengembangan diri bagi peneliti.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan bisa memberikan informasi terkait evaluasi pengelolaan program imunisasi HPV yang efektif agar dapat mengidentifikasi dan mengatasi masalah potensial yang mungkin muncul selama pelaksanaan program, serta dapat menyediakan masukan berharga untuk perbaikan program imunisasi HPV.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini digunakan sebagai informasi untuk masyarakat dalam meningkatkan pemahaman tentang risiko dan manfaat imunisasi HPV sehingga dapat mencegah penyebaran kanker serviks.

1.4.4 Manfaat Bagi Fasilitas Kesehatan dan Lembaga Terkait

Penelitian ini dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang terinformasi dan strategi perbaikan program untuk meningkatkan cakupan dan efektivitas imunisasi HPV

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Serviks

2.1.1 Epidemiologi

Menurut data yang diterbitkan WHO (2021), terdapat insiden sebanyak 27 kasus kanker serviks kasar per 100.000 perempuan. Insiden ini menurun menjadi 24,4 kasus per 100.000 perempuan jika dihitung berdasarkan kelompok usia. Terdapat risiko kumulatif sebesar 2,7% untuk terkena kanker serviks selama hidup, pada usia 0 hingga 74 tahun. Rasio kematian terhadap kasus kanker serviks adalah sebesar 0,57. Sayangnya, kurang dari 1 dari 10 anak perempuan dalam kelompok target primer (usia 11 tahun) pada tahun 2020 telah menerima dosis terakhir vaksinasi HPV sebagai tindakan pencegahan primer, dan kurang dari 1 dari 10 perempuan (usia 30-50 tahun) telah menjalani skrining kanker serviks dalam 5 tahun terakhir sebagai tindakan pencegahan sekunder.

Menurut laporan yang dikeluarkan oleh Bruni L et al. (2023) dalam ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre), Indonesia memiliki sebanyak 102,5 juta perempuan yang berusia 15 tahun ke atas yang berisiko tinggi terkena kanker serviks. Saat ini, menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat 36.633 perempuan yang mendapatkan diagnosis kanker serviks, dan 21.003 di antaranya meninggal akibat penyakit ini. Kanker serviks saat ini menduduki peringkat kedua dalam daftar jenis kanker yang paling banyak ditemukan pada perempuan di Indonesia, serta peringkat kedua dalam daftar kanker yang paling sering terjadi pada perempuan berusia antara 15 hingga 44

tahun. Sekitar 4,0% dari seluruh populasi perempuan diperkirakan pernah mengalami infeksi HPV-16/18 pada serviks pada suatu waktu, dan sekitar 87,0% kasus kanker serviks invasif disebabkan oleh HPV 16 atau 18.

Berdasarkan data yang dikeluarkan dalam Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2021, kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan dua kanker terbanyak di Indonesia. Kedua jenis kanker ini memiliki angka kematian yang tinggi yang disebabkan terlambatnya deteksi dini. Hampir 70% pasien kanker dideteksi pada stadium lanjut. Hal ini sangat disayangkan, karena kanker leher rahim dapat ditemukan pada tahap sebelum kanker (lesi prakanker) dengan metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) atau papsmear. Sampai dengan tahun 2021, sebanyak 2.827.177 perempuan usia 30–50 tahun atau 6,83% dari sasaran telah menjalani deteksi dini kanker leher rahim dengan metode IVA. Deteksi dini kanker leher rahim memiliki dua kategori hasil yang menjadi landasan untuk menentukan rujukan bagi pasien yang dicurigai memiliki kanker leher rahim, yaitu IVA positif dan curiga kanker leher rahim. Deteksi dini pada Lampung mencapai sebanyak 14,31% dengan didapatkannya 651 hasil IVA positif dan 165 kasus curiga kanker leher rahim dari pemeriksaan yang dilakukan pada 181.650 perempuan.

**REKAPITULASI DETEKSI DINI KANKER SERVIKS (IVA) DAN KANKER PAYUDARA
MENURUT PROVINSI TAHUN 2019-2021**

No	Provinsi	Jumlah WUS 30-50 tahun	Pemeriksaan 2021	Total Pemeriksaan s.d 2021	Cakupan Pemeriksaan 2019 s.d 2021 (%)	Hasil Pemeriksaan 2019 s.d 2021			
						IVA positif	Curiga Ca leher rahim	Benjolan	Curiga Ca Payudara
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	
1	Aceh	769.145	1.206	4.383	0,6	95	1	810	16
2	Sumatera Utara	2.144.204	19.776	150.117	7,0	354	61	405	50
3	Sumatera Barat	756.087	75.496	75.496	10,0	893	179	151	27
4	Riau	877.266	6.914	69.895	8,0	1.040	121	311	25
5	Jambi	546.881	10.388	63.707	11,6	254	26	482	3
6	Sumatera Selatan	1.314.890	153.564	330.769	25,2	426	125	680	142
7	 Bengkulu	199.463	4.333	33.530	16,8	26	1	44	13
8	 Lampung	1.269.785	49.701	181.650	14,3	651	165	1141	245
9	Kep. Bangka Belitung	228.853	20.654	69.200	30,2	63	14	41	15
10	Kepulauan Riau	380.361	6.593	25.850	6,8	304	28	90	9
11	DKI Jakarta	1.877.504	98.422	248.867	13,3	934	159	1007	243
12	Jawa Barat	7.768.504	64.679	285.466	3,7	1.366	814	1574	332
13	Jawa Tengah	4.847.364	29.675	156.350	3,2	7.843	781	3206	373
14	DI Yogyakarta	558.299	2.843	19.131	3,4	2.107	72	1.985	63
15	Jawa Timur	6.000.227	67.617	280.746	4,7	5.849	418	3077	680
16	Banten	2.446.797	29.825	137.198	5,6	409	248	1151	251
17	Bali	549.265	21.300	103.377	18,8	2.246	118	389	39
18	Nusa Tenggara Barat	748.349	142.253	173.789	23,2	777	27	110	33
19	Nusa Tenggara Timur	788.144	17.998	89.132	11,3	1.340	126	196	71
20	Kalimantan Barat	756.914	6.101	27.261	3,6	420	117	309	62
21	Kalimantan Tengah	306.367	5.575	21.700	7,1	0	0	0	0
22	Kalimantan Selatan	591.352	4.353	42.453	7,2	302	97	106	126
23	Kalimantan Timur	853.466	6.211	22.865	2,7	179	81	268	94
24	Kalimantan Utara	489.059	189	7.846	1,6	120	35	179	52
25	Sulawesi Utara	332.147	871	6.572	2,0	224	9	8	0
26	Sulawesi Tengah	414.376	16.722	28.619	6,9	65	3	60	15
27	Sulawesi Selatan	1.422.704	24.732	150.339	10,6	54	26	182	13
28	Sulawesi Tenggara	431.381	1.613	4.652	1,1	28	8	31	0
29	Gorontalo	162.613	138	2.166	1,3	37	0	12	0
30	Sulawesi Barat	208.701	477	2.373	1,1	17	6	99	23
31	Maluku	329.738	599	4.535	1,4	204	20	29	15
32	Maluku Utara	186.108	1.018	6.105	3,3	9	8	16	10
33	Papua Barat	149.545	458	830	0,6	0	0	0	0
34	Papua	665.399	194	208	0,0	1	0	1	0
	Indonesia	41.371.258	816.992	2.827.177	6,8	27.837	3.894	18.150	3.040

Sumber: Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian RI, 2022

Keterangan : Sasaran = perempuan usia 30-50 tahun

Gambar 1. Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Serviks (IVA) dan Kanker Payudara

2.2.2 Etiologi

Mayoritas keganasan serviks adalah karsinoma. Sekitar 80% hingga 85% dari tumor ini adalah karsinoma sel skuamosa, dan 15% hingga 20% adalah adenokarsinoma. Insiden adenokarsinoma telah meningkat di sebagian besar negara berkembang, khususnya di kalangan perempuan muda. Karsinoma serviks berhubungan erat dengan kontak seksual dini dan sering serta infeksi virus serviks, khususnya human papillomavirus (HPV). Infeksi awal biasanya terjadi pada masa remaja atau awal masa dewasa, dengan sebagian besar wanita sembuh dari infeksi dalam waktu 18 hingga 24 bulan, namun, pada 3% hingga 5% wanita, infeksi HPV tetap ada dan berkembang menjadi penyakit pra-invasif yang signifikan, dan dalam waktu kurang dari 10 tahun. 1% dari seluruh wanita menderita kanker invasif.

HPV adalah virus DNA beruntai ganda yang bereplikasi di dalam sel epitel. Hingga saat ini lebih dari 120 tipe HPV telah teridentifikasi, dan sekitar 40 tipe HPV diketahui menginfeksi saluran genital pria dan

wanita. Dari jumlah tersebut, sekitar selusin dianggap tipe risiko tinggi, dengan HPV 16 dan 18 bertanggung jawab atas lebih dari 70% kanker serviks. HPV risiko tinggi menyebabkan perubahan seluler neoplastik ketika DNA virus terintegrasi ke dalam genom sel inang. Jika hal ini terjadi, area penekan tertentu pada genom virus akan hilang. Secara konsisten, hilangnya mekanisme kontrol ini memungkinkan ekspresi gen virus E6 dan E7. Produksi onkoprotein menyebabkan inaktivasi p53 dan penekan tumor retinoblastoma. Perubahan-perubahan ini diyakini menyebabkan imortalitas sel dan proliferasi sel yang cepat, namun, dalam banyak kasus, sel-sel yang ditransformasi dikelola oleh sistem kekebalan individu dan infeksi hilang atau neoplasia intraepitel mengalami kemunduran. Pada beberapa wanita, sel-sel yang ditransformasi akan bereplikasi, dan jika tidak diobati, kanker dapat berkembang setelah beberapa tahun (Gershenson et al., 2022).

2.2.4 Stadium

Kanker serviks invasif menyebar melalui perluasan langsung ke parametrium, vagina, rahim, dan organ di sekitarnya, misalnya kandung kemih dan rektum. Ia juga menyebar sepanjang saluran limfatik ke kelenjar getah bening regional, yaitu obturator, iliaka eksternal, iliaka internal, dan kemudian ke kelenjar iliaka komunis dan para-aorta. Metastasis jauh ke paru-paru, hati, dan tulang melalui jalur hematogen merupakan fenomena yang terlambat.

Serviks adalah organ pertama yang ditetapkan sebagai sistem penentuan stadium klinis untuk kanker oleh International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) pada tahun 1958. Selanjutnya diikuti dengan penentuan stadium patologis (Sistem TNM), yang telah digunakan untuk tujuan mendokumentasikan status penyakit nodal dan metastasis. Pada tahun 2018, Komite Onkologi Ginekologi FIGO merevisi penentuan stadium untuk memungkinkan pilihan temuan klinis, radiologi, atau patologis, jika tersedia, untuk menentukan stadium. Korrigendum

pementasan ini diterbitkan setelahnya, dengan beberapa modifikasi. Pementasan yang direvisi ditunjukkan pada Tabel 2.

Perubahan utamanya adalah:

- a. Dimensi horizontal dari lesi mikroinvasif tidak lagi dipertimbangkan.
- b. Ukuran tumor dikelompokkan lebih lanjut menjadi tiga subkelompok: IB1 ≤ 2 cm, IB2 $>2 - \leq 4$ cm, dan IB3 >4 cm.
- c. Kepositifan kelenjar getah bening, yang berkorelasi dengan hasil onkologis yang lebih buruk, menjadikan kasus ini berada pada Stadium IIIC—kelenjar getah bening pelvis IIIC1 dan kelenjar getah bening para-aorta IIIC2. Mikrometastasis termasuk dalam Tahap IIIC.

Sistem FIGO yang direvisi selaras dengan Sistem TNM terbaru. Tahapan dialokasikan setelah semua laporan pencitraan dan patologi tersedia. Hal ini tidak boleh diubah di kemudian hari, misalnya jika rekuren.

Tabel 2. Stadium Klinis Karsinoma Serviks Uteri

Stadium	Karakteristik
I	Karsinoma hanya terbatas pada serviks (perluasan ke korpus uterus harus diabaikan)
IA	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop, dengan kedalaman invasi maksimum ≤ 5 mm
IA1	Invasi stroma diukur dengan kedalaman ≤ 3 mm
IA2	Invasi stroma diukur dengan kedalaman >3 dan ≤ 5 mm
IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam >5 mm (lebih besar dari Stadium IA); lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diukur dengan diameter tumor maksimum
IB1	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma >5 mm dan dimensi terbesar ≤ 2 cm
IB2	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar >2 dan ≤ 4 cm
IB3	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar >4 cm
II	Karsinoma menyerang melampaui uter, namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau ke dinding pelvis
IIA	Keterlibatan terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa keterlibatan parametrial
IIA1	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar ≤ 4 cm
IIA2	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar >4 cm
IIB	Dengan keterlibatan parametrial tetapi tidak sampai ke dinding pelvis
III	Karsinoma menyerang sepertiga bagian bawah uterus dan/atau meluas ke dinding pelvis dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi dan/atau melibatkan kelenjar getah bening pelvis dan/atau para-aorta
IIIA	Karsinoma menyerang sepertiga bagian bawah uterus, tanpa perluasan ke dinding pelvis
IIIB	Perluasan ke dinding pelvis dan/atau hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui disebabkan oleh sebab lain)
IIIC	Keterlibatan kelenjar getah bening pelvis dan/atau para-aorta (termasuk mikrometastasis), terlepas dari ukuran dan luas tumor (dengan notasi r dan p)
IIIC1	Metastasis kelenjar getah bening pelvis saja
IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening para-aorta
IV	Karsinoma telah meluas melampaui pelvis minor atau telah melibatkan (terbukti biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum. Edema bulosa, dengan demikian, tidak memungkinkan suatu kasus dimasukkan ke Stadium IV
IVA	Penyebaran pertumbuhan ke organ pelvis yang berdekatan
IVB	Menyebar ke organ yang jauh

(Bhatla et al., 2021)

2.2.5 Gejala Klinis

Pasien dengan kanker serviks terutamanya datang dengan pendarahan abnormal atau keluarnya cairan berwarna kecoklatan, sering terlihat setelah melakukan *douching* atau hubungan seksual dan juga terjadi secara spontan di antara periode menstruasi. Pasien-pasien ini seringkali mempunyai riwayat tidak melakukan pemeriksaan sitologi (tes

papsmear) selama bertahun-tahun. Gejala lain, seperti nyeri punggung, kehilangan nafsu makan, dan penurunan berat badan, merupakan manifestasi yang terlambat dan terjadi ketika karsinoma serviks menyebar luas. Para pasien cenderung berusia 40-an hingga 60-an, dengan usia rata-rata 52 tahun. Karsinoma serviks intraepitel preinvasif terutama terjadi pada wanita berusia 20-an dan 30-an dan menjadi lebih umum terjadi pada wanita berusia 20-an, sehingga menyebabkan peningkatan insidensi karsinoma invasif secara bertahap pada pasien yang lebih muda (Gershenson et al., 2022). Sayangnya, banyak perempuan yang tidak menunjukkan gejala sampai penyakitnya mencapai stadium lanjut, terutama perempuan yang saat ini tidak aktif secara seksual (World Health Organization, 2014).

2.2.4 Faktor Risiko

Faktor risiko kanker serviks mencakup faktor perilaku dan infeksi. Kontributor perilaku termasuk aktivitas seksual dan faktor gaya hidup. Kanker serviks disebabkan oleh virus HPV pada orang yang aktif secara seksual. (Johnson et al., 2019).

a. Usia saat pertama kali melakukan hubungan seksual

Usia pertama kali melakukan hubungan seksual meningkatkan risiko kanker serviks, sedangkan hubungan seksual pertama pada usia yang lebih muda atau menjelang menarche meningkatkan risiko. Hubungan seksual sebelum usia 18 tahun berkontribusi terhadap peningkatan risiko terkena kanker serviks sebanyak dua kali lipat jika dibandingkan dengan usia pertama kali melakukan hubungan intim lebih dari 21 tahun.

b. Jumlah pasangan

Dibandingkan dengan satu pasangan, risikonya meningkat dua kali lipat dengan dua pasangan dan tiga kali lipat dengan enam atau lebih pasangan.

c. Jumlah paritas

Usia kurang dari 18 tahun pada kehamilan cukup bulan dan kehamilan ganda (≥ 4 kelahiran normal) telah dikaitkan sebagai faktor risiko infeksi HPV dan/atau kanker serviks.

d. Merokok

Merokok berkontribusi terhadap risiko kanker serviks. Tembakai menghancurkan sel-sel DNA di leher rahim, sehingga berkontribusi terhadap perkembangan kanker serviks, sehingga berpotensi melipatgandakan risiko terjadinya kanker serviks jika dibandingkan dengan bukan perokok. Selain itu, perokok mungkin memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah untuk melawan infeksi HPV, sehingga meningkatkan kemungkinan berkembangnya infeksi HPV menjadi keganasan serviks. Perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risiko berkembangnya HPV sebesar 1,4 kali dibanding dengan yang hidup dengan udara bebas.

e. Koinfeksi

Penyakit menular seksual seperti klamidia dan herpes genital dikaitkan dengan peningkatan risiko infeksi HPV. Koinfeksi dengan infeksi human immunodeficiency virus (HIV) dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh untuk mengendalikan infeksi HPV.

f. Penggunaan kontrasepsi

Penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang selama lebih dari 5 tahun meningkatkan risiko kanker serviks. Risikonya meningkat 1,9 kali untuk setiap 5 tahun penggunaan kontrasepsi oral.

g. Displasia serviks

Wanita yang diobati karena neoplasia intraepitel serviks memiliki peningkatan risiko 2 hingga 3 kali lipat terkena kanker serviks di masa depan.

2.2.5 Pencegahan

Kanker serviks adalah penyakit yang sangat dapat dicegah dan insidennya menurun karena skrining dan vaksinasi yang efektif untuk mencegah jenis HPV yang paling bersifat karsinogenik. Penggunaan kondom dilaporkan sekitar 70% efektif dalam mengurangi penularan HPV (Johnson et al., 2019). Tujuan dalam pencegahan dan pengendalian kanker serviks yang komprehensif adalah untuk mengurangi beban kanker serviks dengan mengurangi infeksi human papillomavirus (HPV), mendeteksi dan mengobati lesi pra-kanker serviks, dan memberikan pengobatan tepat waktu serta perawatan paliatif untuk kanker invasif (World Health Organization, 2014).

a. Pencegahan preventif

Vaksinasi HPV direkomendasikan untuk dimulai pada usia 11 atau 12 tahun tetapi dapat diberikan sejak usia 9 tahun, dan hingga usia 26 tahun jika belum pernah divaksinasi sebelumnya. Vaksin ini dapat diberikan dalam dua dosis kepada individu yang menerimanya dengan selang waktu 6 hingga 12 bulan sebelum mencapai usia 15 mereka, atau dalam tiga dosis untuk individu yang memulai rangkaian vaksin pada usia 15 tahun atau lebih, untuk individu dengan gangguan kekebalan tubuh berusia 9 hingga 26 tahun, atau bagi mereka yang menerima dosis dengan jarak kurang dari 5 bulan.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) menekankan peran edukasi mengenai pencegahan dalam mendukung kesadaran akan HPV, faktor risikonya, dan cara mengurangi risiko. Kampanye

vaksin praremaja memberikan pengetahuan kepada orang tua, pengasuh, dokter, dan dokter anak tentang rekomendasi vaksinasi CDC, termasuk vaksin HPV untuk anak-anak. Disarankan agar penyedia layanan kesehatan mendiskusikan vaksinasi HPV sebagai vaksin pencegahan kanker rutin. Meskipun vaksin tersebut sudah menunjukkan keampuhannya, penggunaannya masih dibatasi oleh persepsi mengenai keamanan, kemanjuran, dan potensi dampak buruknya di masyarakat. Mengingat bahwa vaksinasi dianjurkan dimulai sejak usia 9 tahun hingga usia 26, anak di bawah umur sering kali memerlukan persetujuan orang tua untuk menerima vaksinasi. Salah satu kekhawatiran yang diungkapkan oleh orang tua dan wali adalah keyakinan bahwa vaksinasi akan menghilangkan hambatan yang dirasakan atau mendorong remaja untuk melakukan hubungan seksual lebih awal, yang kejadiannya telah dipelajari secara ekstensif dan tidak ada bukti ilmiah yang mendukung disinhibusi seksual setelah vaksinasi.

Terlepas dari status vaksinasi, skrining kanker serviks yang konsisten dianjurkan dimulai pada usia 21 tahun dengan tujuan menghambat perkembangan dari pra-kanker menjadi kanker invasif. Salah satu bentuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang gejala dan tanda-tanda kanker adalah dilakukannya deteksi dini atau skrining dengan menggunakan Inspeksi Visual dengan aplikasi Asam Asetat (IVA) dan papsmear. Agar dapat mengurangi jumlah perempuan yang tidak mendapat tindak lanjut penatalaksanaan setelah deteksi dini, diupayakan pengobatan segera dengan menggunakan pendekatan “kunjungan sekali”, yaitu mengaitkan IVA dengan pengobatan krioterapi. Krioterapi merupakan metoda rawat jalan untuk menghancurkan jaringan dengan cara membekukan sel-sel menggunakan gas CO₂ atau N₂O cair. Kelebihan krioterapi antara lain sangat efektif untuk mengobati lesi derajat rendah (CIN I) dan derajat tinggi (CIN II-III), mempunyai tingkat komplikasi rendah,

tidak memerlukan anestesi tidak membutuhkan listrik, mudah digunakan, serta tidak mahal.

b. Pencegahan kuratif

Tujuan utama pencegahan kanker serviks adalah untuk menurunkan jumlah kematian akibat kanker serviks. Perawatan paliatif tetap diperlukan meskipun kanker serviks merupakan penyakit yang dapat dicegah dan disembuhkan. Idealnya, sumber daya, pelatihan dan pendidikan yang tepat harus tersedia dan diterapkan untuk mencegah kematian dini dan kematian yang tidak perlu akibat kanker serviks. Sayangnya, masih banyak wanita yang terdiagnosis kanker serviks ketika gejalanya sudah muncul, yang biasanya sudah berada pada stadium lanjut. Selain itu, di wilayah dengan sumber daya terbatas, fasilitas pengobatan kanker serviks mungkin tidak tersedia atau tidak dapat diakses oleh banyak perempuan; akibatnya, beberapa wanita yang menderita kanker yang relatif dini tidak menerima pengobatan yang efektif, sehingga penyakitnya semakin berkembang. Dalam keadaan dan situasi seperti ini, perawatan paliatif harus tersedia sebagai pengobatan yang paling efektif. Sehingga memberikan rujukan dari penyedia layanan kesehatan primer ke fasilitas yang menawarkan diagnosis dan pengobatan kanker dan mendiagnosis kanker yang akurat dan tepat waktu, merupakan pencegahan yang esensial untuk dilakukan.

2.2 Program Kesehatan Masyarakat

2.2.1 Pengertian

Program kesehatan masyarakat adalah kumpulan proyek-proyek di bidang kesehatan, baik yang berjangka pendek maupun jangka panjang, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Program ini meliputi kegiatan prioritas untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dan gizi, peningkatan kesehatan ibu dan anak, pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular,

promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Program kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh puskesmas dan melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan (Peraturan Pemerintah, 2007).

2.2.2 Program Prioritas Nasional

Perencanaan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024 mengarah kepada Proyek Prioritas Strategis (*major project*) bidang Kesehatan yaitu penurunan kematian ibu dan stunting, dan Kegiatan prioritas yang terdiri dari lima yaitu Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, dan Kesehatan Reproduksi, Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat, Peningkatan Pengendalian Penyakit, termasuk HIV, malaria, tuberkulosis, dan penurunan angka kematian ibu dan anak, Penguatan Sistem Kesehatan dan Pengawasan Obat dan Makanan (POM), dan Pemberdayaan Masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat selama periode 2022 menjabarkan lima misi Kementerian Kesehatan tersebut melalui misi “Melaksanakan Transformasi Layanan Kesehatan Primer” melalui:

- a. Perubahan pendekatan di puskesmas melalui sistem klustering dan penguatan promotif dan preventif
- b. Peningkatan akses dan kualitas layanan primer sampai ke tingkat desa
- c. Pelibatan sektor swasta dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat
- d. Penguatan laboratorium kesehatan masyarakat

2.2.3 Layanan Program Kesehatan

A. Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, dan Kesehatan Reproduksi

Program Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, dan Kesehatan Reproduksi menyediakan sejumlah layanan, termasuk pemeriksaan kehamilan, perawatan pasca melahirkan, imunisasi anak, pelayanan keluarga berencana, pemeriksaan kesehatan reproduksi, penyuluhan kesehatan, perawatan persalinan aman, pemberdayaan perempuan melalui pelatihan keterampilan, serta sarana pelayanan kesehatan masyarakat seperti pusat kesehatan ibu dan anak (Lestari, 2020).

B. Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat

Program Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat menyediakan berbagai layanan, seperti penyuluhan gizi untuk memberikan informasi tentang nilai gizi makanan, distribusi suplemen gizi kepada kelompok yang membutuhkan, posyandu sebagai tempat pemantauan pertumbuhan balita, promosi pertanian organik untuk mendorong pengembangan makanan bergizi, pelayanan antenatal dan postnatal untuk ibu hamil dan menyusui, serta kampanye publik guna meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi. Program ini juga melibatkan kolaborasi dengan industri makanan untuk meningkatkan ketersediaan makanan bergizi di pasar, serta pengembangan sistem pemantauan gizi untuk memastikan efektivitas dan mendeteksi perubahan dalam status gizi masyarakat. Tujuannya adalah mengurangi angka gizi buruk, meningkatkan status gizi masyarakat, dan mempromosikan pola makan seimbang guna mencapai kesehatan optimal (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

C. Peningkatan Pengendalian Penyakit

Program Peningkatan Pengendalian Penyakit mencakup sejumlah layanan, seperti imunisasi rutin dan kampanye vaksinasi untuk melindungi individu dari penyakit menular, pemantauan dan surveilans penyakit untuk memahami pola penyebaran, pengendalian vektor dan binatang penyebab penyakit, penanganan kasus dan karantina untuk mencegah penularan, promosi higiene dan sanitasi, serta edukasi masyarakat dan kampanye kesadaran tentang pencegahan penyakit. Program ini juga melibatkan pemberdayaan komunitas, pengembangan obat dan vaksin baru melalui penelitian dan pengembangan, serta pemberian informasi dan rekomendasi dalam situasi krisis kesehatan. Tujuannya adalah melindungi masyarakat dari penyakit menular dan mendukung upaya global dalam pengendalian penyakit (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

D. Penguatan Sistem Kesehatan dan POM

Program Penguatan Sistem Kesehatan dan POM mencakup sejumlah upaya, seperti pembangunan fasilitas kesehatan, pelatihan tenaga kesehatan, pengembangan sistem informasi kesehatan, penyusunan kebijakan kesehatan, pemantauan dan evaluasi program kesehatan, penguatan laboratorium kesehatan, regulasi dan pengawasan produk kesehatan, kampanye kesadaran publik, pengembangan sistem logistik, serta kolaborasi dan kemitraan dengan pihak swasta. Program ini bertujuan untuk memperkuat fondasi sistem kesehatan, meningkatkan kualitas layanan, dan memastikan ketersediaan produk kesehatan yang aman dan efektif bagi masyarakat (BPOM Bandung, 2020).

E. Pemberdayaan Masyarakat melalui GERMAS

Melalui layanan Pemberdayaan Masyarakat melalui GERMAS, masyarakat diberikan penyuluhan kesehatan, didorong untuk mengadopsi gaya hidup aktif dengan berbagai program senam dan olahraga, menjalani pemeriksaan kesehatan periodik, menerima edukasi gizi, dan mendorong konsumsi sayur dan buah. Selain itu, program ini juga fokus pada pengendalian berat badan, manajemen stres, pencegahan penggunaan tembakau dan minuman beralkohol, serta promosi higiene dan kebersihan. Kampanye kesadaran dan keterlibatan komunitas menjadi bagian integral dari upaya ini, bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan mental dan fisik masyarakat secara keseluruhan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.3 Program Puskesmas

2.3.1 Pengertian

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat atau puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.3.2 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah bentuk layanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas dengan fokus pada upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Jenis-jenis UKM yang disediakan di puskesmas antara lain:

A. UKM Esensial

UKM esensial merupakan upaya kesehatan masyarakat yang telah ditentukan program dan cakupannya di puskesmas. Upaya-upaya ini ditujukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat pada lima aspek mendasar dari kesehatan yang saling berkaitan satu dengan yang lain, yaitu:

- a. Kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
- b. Gizi
- c. Pencegahan dan pengendalian penyakit
- d. Kesehatan lingkungan
- e. Promosi kesehatan.

B. UKM Pengembangan

Merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas. Program UKM dapat berupa:

- a. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat
- b. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer
- c. Pelayanan Kesehatan Olahraga
- d. Pelayanan Kesehatan Kerja, dan
- e. Pelayanan Kesehatan Lainnya

2.3.3 Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) merupakan serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan pemulihan kesehatan perseorangan di puskesmas. Adapun program UKP yang dapat berupa:

- a. Pelayanan Pemeriksaan Umum
- b. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- c. Pelayanan Kesehatan Keluarga
- d. Pelayanan Gizi
- e. Pelayanan Gawat Darurat
- f. Pelayanan Persalinan
- g. Pelayanan Rawat Inap
- h. Semua pelayanan UKP di atas ditunjang oleh pelayanan kefarmasian dan laboratorium.

2.4 Vaksin HPV

2.4.1 Pengertian

Vaksin HPV digunakan untuk melindungi individu dari infeksi HPV. Saat ini terdapat enam vaksin HPV berlisensi: tiga vaksin bivalen, dua vaksin kuadrivalen, dan satu vaksin nonavalen. Semua vaksin ini sangat baik dalam mencegah infeksi dari virus tipe 16 dan 18, yang keduanya bertanggung jawab atas sekitar 70% kasus kanker serviks di seluruh dunia. Vaksin ini juga sangat efektif dalam mencegah lesi prakanker serviks yang disebabkan oleh virus HPV. Vaksin quadrivalen juga sangat bagus dalam mencegah kutil anogenital, yaitu penyakit genital yang umumnya disebabkan oleh infeksi HPV tipe 6 dan 11. Sementara itu, vaksin nonavalen memberikan perlindungan ekstra terhadap HPV tipe 31, 33, 45, 52, dan 58. Namun, vaksinasi tidak menggantikan Pap

Smear/IVA yang tetap harus dilakukan minimal setiap 3 tahun untuk deteksi dini (World Health Organization, 2022)

Vaksin HPV yang diedarkan saat ini didasarkan pada *virus-like particles* (VLP), yaitu potongan yang berbentuk seperti bagian luar HPV. Karena vaksin VLP ini tidak mengandung virus, maka tidak dapat menyebabkan infeksi HPV. Vaksin merangsang pengembangan antibodi terhadap VLP ini, yang karena kemiripannya dengan virus HPV, akan mencegah infeksi HPV jika terjadi paparan di kemudian hari. Antigen untuk vaksin HPV adalah protein kapsid L1 utama HPV, yang diproduksi dengan menggunakan teknologi DNA rekombinan. Protein L1 berkumpul menjadi unit non-infeksius dan non-onkogenik VLP. Protein L1 diproduksi melalui fermentasi menggunakan ragi *Saccharomyces cerevisiae*. Vaksin diberikan melalui suntikan intramuskular. Setiap dosis vaksinnya mengandung aluminium sebagai bahan pembantu dan tidak mengandung antibiotik atau pengawet (Hall et al., 2021).

2.4.2 Kebijakan Kesehatan Terkait Imunisasi HPV

Strategi Global WHO tahun 2020 untuk Mempercepat Penghapusan Kanker Serviks sebagai Masalah Kesehatan Masyarakat merekomendasikan agar vaksin HPV dimasukkan dalam semua program imunisasi nasional dan harus menjangkau 90% anak perempuan pada usia 15 tahun pada tahun 2030, hal ini ditetapkan melalui WHO *position paper* (2022). Pencegahan kanker serviks sebaiknya dicapai melalui imunisasi pada anak perempuan sebelum mereka aktif secara seksual. Semua vaksin HPV bivalen, kuadrivalen, dan nonavalen yang saat ini berlisensi mempunyai profil keamanan yang sangat baik dan sangat manjur, atau telah memenuhi standar imunobridging.

Untuk pencegahan kanker serviks, populasi sasaran utama vaksinasi HPV yang direkomendasikan WHO (2022) adalah anak perempuan

berusia 9–14 tahun sebelum mereka aktif secara seksual. Program imunisasi HPV harus memprioritaskan cakupan yang tinggi sejak diperkenalkan. Mencapai cakupan lebih dari 80% pada anak perempuan juga mengurangi risiko infeksi HPV pada anak laki-laki. Vaksinasi terhadap populasi sasaran sekunder, seperti perempuan berusia ≥ 15 tahun, laki-laki, laki-laki lanjut usia, direkomendasikan hanya jika hal ini memungkinkan dan terjangkau, dan tidak mengalihkan sumber daya dari vaksinasi pada populasi sasaran utama atau program skrining kanker serviks yang efektif.

Untuk mencapai target eliminasi kanker leher rahim pada tahun 2030, Indonesia melaksanakan program demonstrasi imunisasi HPV yang telah dilakukan secara bertahap di 20 kabupaten/kota sejak tahun 2016 sampai dengan tahun 2021, selanjutnya di tahun 2022 diperluas di 112 kabupaten/kota, lalu untuk mempercepat pencapaian target program imunisasi HPV dilaksanakan secara nasional pada tahun 2023. Hal ini ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1930/2022 tentang Program Introduksi Imunisasi Human Papillomavirus Vaccine (HPV) Tahun 2022–2023.

Pemberian imunisasi HPV di 38 provinsi mulai dilaksanakan pada tanggal 8 Agustus 2023. Pelaksanaan pemberian imunisasi HPV merupakan bagian dari kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah/BIAS. Imunisasi HPV diberikan dua dosis dengan interval 12 bulan (minimal 6 bulan), yaitu dosis pertama pada anak perempuan usia kelas 5 SD/MI atau sederajat dan dosis kedua pada anak perempuan usia kelas 6 SD/MI atau sederajat. Sasaran imunisasi HPV termasuk juga anak perempuan yang bersekolah di sekolah non formal dan anak perempuan usia sekolah yang tidak bersekolah dengan usia 11 tahun (dosis pertama) dan 12 tahun (dosis kedua) Bagi provinsi yang memulai pelaksanaan imunisasi HPV di tahun 2023 maka sasaran yang diberikan imunisasi HPV hanya anak perempuan kelas 5 SD/MI/sederajat dan anak perempuan usia sekolah

yang tidak bersekolah (usia 11 tahun). Imunisasi HPV diberikan di lengan secara intramuscular dengan dosis 0,5 ml. Vaksin HPV *single dose* disimpan di dalam suhu 2–8° C baik di tingkat provinsi, kabupaten/kota maupun puskesmas. Hal ini ditetapkan melalui Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor HK.02.02/C/3427/2022 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Introduksi Imunisasi Human Papilloma Virus (HPV) dalam Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS).

2.4.3 Efek Perlindungan

Beberapa penelitian dilakukan terhadap sejumlah besar anak perempuan dan perempuan muda di Amerika Serikat dan di negara-negara Eropa serta beberapa negara berpendapatan menengah sebelum perizinan peredaran vaksin ditetapkan. Penelitian tersebut bertujuan untuk menentukan efektivitas vaksin dan durasi efek perlindungan terhadap kanker serviks dan, dalam kasus vaksin kuadrivalen, terhadap kutil kelamin. Sebelum menerima vaksin, anak perempuan dan perempuan yang berpartisipasi dalam penelitian ini diberikan edukasi mengenai penelitian tersebut, dan memberikan persetujuan (*World Health Organization, 2014*).

Berdasarkan penelitian didapatkan terutama mengenai kekuatan dan durasi perlindungan yang diberikan oleh vaksin HPV dengan hasil:

- a. Vaksin bivalen dan vaksin kuadrivalen menghasilkan tingkat perlindungan yang sangat tinggi terhadap pra-kanker yang disebabkan oleh HPV tipe 16 dan 18 pada 93–99% anak perempuan dan perempuan yang berpartisipasi, sehingga akan menghasilkan pengurangan kasus baru kanker invasif secara signifikan di masa depan.
- b. Vaksin HPV menghasilkan respons antibodi yang jauh lebih tinggi dibandingkan respon antibodi yang dihasilkan oleh infeksi alami.

- c. Perlindungan ini mengurangi infeksi HPV awal dan persisten, dan juga melindungi terhadap prakanker sedang dan berat (yaitu CIN2+).
- d. Vaksin quadrivalen juga terbukti sangat mengurangi angka kejadian kutil kelamin atau *genital warts*.
- e. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa jumlah antibodi yang diproduksi setelah vaksinasi HPV lebih besar pada anak perempuan di bawah usia 15 tahun dibandingkan pada anak perempuan dan perempuan berusia 15 tahun ke atas.
- f. Beberapa penelitian lanjutan untuk menentukan durasi perlindungan yang tepat yang disebabkan oleh vaksinasi lengkap masih berlangsung. Namun hal yang meyakinkan adalah bahwa sekitar 10 tahun pasca vaksinasi, yang merupakan jangka waktu masa tindak lanjut yang dimiliki hingga saat ini, tidak ada penurunan kekebalan pada wanita yang menerima vaksin tersebut. Berdasarkan temuan tersebut, saat ini belum ada rekomendasi pemberian dosis booster.

2.4.4 Dosis Vaksin HPV

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 12 Tahun 2017, vaksin HPV yang telah beredar di Indonesia dibuat dengan teknologi rekombinan. Vaksin HPV berpotensi untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan infeksi HPV. Terdapat dua jenis vaksin HPV yaitu:

- a. Vaksin bivalen (tipe 16 dan 18)
- b. Vaksin quadrivalen (tipe 6, 11, dan 18)

Vaksin HPV mempunyai efikasi 96–98% untuk mencegah kanker leher rahim yang disebabkan oleh HPV tipe 16 atau 18.

Berdasarkan Ikatan Dokter Anak Indonesia (2023) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2023) merekomendasikan pemberian vaksin HPV pada:

- a. Anak perempuan usia 9–14 tahun 2 dosis interval 6–15 bulan; atau
- b. Dosis pertama saat kelas 5 Sekolah Dasar (SD) dan dosis kedua saat kelas 6 SD

- c. Usia 15 tahun sampai dengan dewasa (dapat diberikan hingga usia 45 tahun) sebanyak 3 dosis dengan jadwal vaksin bivalen 0, 1, 6 bulan, quadrivalen atau nonavalen 0, 2, 6 bulan

2.4.5 Sasaran dan Waktu Pelaksanaan Vaksin HPV

Vaksin HPV diberikan melalui kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yang diberikan kepada sasaran anak perempuan usia kelas 5 (dosis pertama) dan usia kelas 6 (dosis kedua) SD/MI atau sederajat. Dalam melaksanakan imunisasi HPV pada kegiatan BIAS, sasaran yang harus dijangkau tidak hanya anak perempuan yang bersekolah di sekolah formal tetapi juga anak perempuan yang berumur 11 dan 12 tahun yang bersekolah di sekolah-sekolah nonformal. Program imunisasi juga perlu diupayakan untuk menjangkau anak usia sekolah yang tidak bersekolah atau putus sekolah.

Bagi sasaran yang tidak bersekolah, imunisasi dapat dilaksanakan di posyandu remaja, puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Imunisasi juga dapat dilaksanakan di tempat-tempat di mana anak yang tidak bersekolah itu berkumpul seperti rumah singgah anak jalanan, panti atau lembaga kesejahteraan sosial anak, rutan anak/lembaga pembinaan khusus anak, sekolah nonformal, dan sebagainya. Untuk mendapatkan data anak usia sekolah yang tidak bersekolah, petugas Dinas Kesehatan kabupaten/kota dapat berkoordinasi dengan Dinas Sosial setempat atau dengan melakukan pendataan secara langsung oleh kader dari rumah ke rumah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Jadwal pemberian imunisasi HPV melalui kegiatan BIAS sebagai berikut.

Tabel 3. Jadwal Pemberian Imunisasi HPV melalui Kegiatan BIAS

Sasaran		Jenis Vaksin	Bulan	Pemberian
Sekolah	Tidak Sekolah			
Kelas 5	Usia 11 tahun	HPV dosis 1	Agustus	1 kali
Kelas 6	Usia 12 tahun	HPV dosis 2	Agustus	1 kali

2.4.6 Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Vaksin HPV

Sejak izin ini diberikan pada tahun 2006, lebih dari 500 juta dosis vaksin HPV telah didistribusikan. Pengawasan KIPI hingga saat ini tidak mendeteksi masalah keamanan yang serius kecuali laporan anafilaksis yang jarang terjadi. Keamanan vaksin HPV telah ditinjau secara berkala oleh Komite Penasihat Global untuk Keamanan Vaksin (GACVS) dan belum mengidentifikasi adanya masalah keamanan vaksin.

Efek samping lokal secara keseluruhan dilaporkan terjadi pada 39-87% penerima vaksin HPV bivalen atau kuadrivalen. Di antara pria dan wanita segala usia yang menerima vaksin HPV, reaksi di tempat suntikan termasuk nyeri (35–88%), kemerahan (5–40%) dan bengkak (4–35%). Nyeri hebat (nyeri spontan atau nyeri yang menghalangi aktivitas normal) dilaporkan oleh sekitar 6% penerima vaksin. Vaksin bivalen dapat menyebabkan lebih banyak efek samping pada tempat suntikan dibandingkan vaksin kuadrivalen (RR 1.26, 95%CI 1.19–1.33). Penerima vaksin nonavalen sedikit lebih mungkin melaporkan nyeri dan bengkak dibandingkan yang menerima vaksin kuadrivalen (RR 1,06–1,39). Laki-laki melaporkan lebih sedikit efek samping di tempat suntikan.

Efek samping sistemik ringan yang mungkin terkait dengan vaksinasi termasuk sakit kepala, pusing, mialgia, artralgia, dan gejala gastrointestinal (mual, muntah, sakit perut). Reaksi sistemik dilaporkan terjadi pada masing-masing 69%, 49% dan 55% penerima vaksin bivalen dan kuadrivalen. Terdapat sedikit atau tidak ada perbedaan efek samping

sistemik secara keseluruhan antara vaksin nonavalen dan vaksin kuadriavalen.

Berdasarkan distribusi waktu terjadinya Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), KIPI paling sering muncul pada hari pelaksanaan imunisasi atau 30 menit setelahnya. Rata-rata, KIPI terjadi pada hari pertama setelah imunisasi, dan umumnya mengalami penurunan setelah melewati hari keenam. Semua reaksi lokal bersifat ringan dan dapat sembuh sendiri tanpa perlunya intervensi pengobatan. Beberapa peserta vaksinasi mengalami reaksi sistemik tercatat dan beberapa mengalami kombinasi reaksi lokal dan sistemik (Karolina, 2019).

2.5 Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat

2.4.1 Pengertian

Evaluasi program kesehatan masyarakat merupakan suatu proses sistematis untuk menilai dan mengevaluasi efektivitas, efisiensi, serta dampak dari suatu program atau intervensi kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Tujuan utama dari evaluasi ini adalah untuk memastikan bahwa program-program tersebut dapat mencapai sasaran kesehatan yang diinginkan, memberikan manfaat yang optimal, dan menggunakan sumber daya secara efisien. Dalam konteks kesehatan masyarakat, evaluasi program melibatkan penilaian terhadap aspek-aspek seperti cakupan pelayanan, kualitas layanan kesehatan, partisipasi masyarakat, dampak terhadap pengetahuan dan perilaku, serta efisiensi penggunaan anggaran (Koplan et al., 1999). Evaluasi ini tidak hanya berfokus pada hasil akhir program, tetapi juga melibatkan pemahaman terhadap proses implementasi program, kendala yang dihadapi, serta potensi perbaikan untuk meningkatkan kualitas dan dampak positifnya (Nutbeam & Bauman, 2022).

Evaluasi program kesehatan masyarakat juga merupakan alat yang sangat penting dalam pengambilan keputusan di tingkat kebijakan. Hasil evaluasi dapat memberikan informasi yang kritis untuk merancang kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan berkelanjutan. Melalui evaluasi, pihak-pihak terkait dapat mengetahui keberhasilan suatu program, mengidentifikasi area-area yang perlu diperbaiki, dan menentukan arah kebijakan selanjutnya (Grembowski, 2016).

Istilah program digunakan untuk menggambarkan obyek atau usaha yang sedang dievaluasi. Hal ini dapat diterapkan pada tindakan apa pun yang bertujuan untuk meningkatkan hasil bagi seluruh masyarakat, untuk sektor yang lebih spesifik (misalnya sekolah, tempat kerja), atau untuk sub-kelompok (misalnya pemuda, orang yang mengalami kekerasan atau HIV/AIDS). Evaluasi program adalah praktik organisasi yang penting untuk semua jenis pekerjaan kesehatan dan pembangunan masyarakat. Ini adalah cara untuk mengevaluasi proyek dan kegiatan tertentu yang mungkin diikuti oleh kelompok masyarakat, dibandingkan mengevaluasi keseluruhan organisasi atau inisiatif masyarakat yang komprehensif. Dengan demikian, evaluasi program kesehatan masyarakat tidak hanya menjadi sarana untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, tetapi juga menjadi instrumen strategis dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Koplan et al., 1999).

2.4.2 Tujuan

Evaluasi membantu manajer program memahami alasan di balik kinerja program, yang dapat mengarah pada perbaikan atau peningkatan program. Selain itu, evaluasi juga membantu para penyandang dana program membuat penilaian yang matang terkait nilai suatu program. Hasil evaluasi ini dapat membantu dalam membuat keputusan untuk memperluas program ke lokasi lain atau untuk mengurangi atau menghentikan program tertentu, sehingga sumber daya dapat dialokasikan ke tempat lain yang lebih membutuhkan. Evaluasi

merupakan alat manajemen atau pengambilan keputusan bagi penyelenggara program, perencana, pengambil kebijakan, dan pejabat kesehatan lainnya (Grembowski, 2016).

Penggunaan evaluasi dalam konteks kesehatan masyarakat memiliki tujuan yang sangat penting dan kompleks, sehingga diperlukannya evaluasi program kesehatan masyarakat guna untuk mencapai:

a. Mengukur Efektivitas Intervensi

Evaluasi membantu dalam menentukan sejauh mana suatu program kesehatan masyarakat berhasil mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Dengan menganalisis data dan hasil evaluasi, kita dapat mengidentifikasi apakah intervensi yang dijalankan telah memberikan dampak yang diinginkan.

b. Menilai Kualitas dan Efisiensi

Evaluasi membantu menilai sejauh mana program tersebut diimplementasikan dengan baik dan efisien. Faktor-faktor seperti kecukupan sumber daya, kepatuhan protokol, dan kehandalan pelaksanaan dapat dinilai untuk memastikan bahwa program berjalan secara optimal.

c. Memberikan Informasi untuk Pengambilan Keputusan

Hasil evaluasi memberikan informasi yang kritis bagi para pengambil keputusan dalam mengarahkan sumber daya dan perubahan kebijakan. Evaluasi yang baik dapat memberikan pandangan yang mendalam tentang elemen-elemen program yang berhasil dan yang memerlukan perbaikan.

d. Mengidentifikasi Hambatan dan Tantangan

Evaluasi membantu mengidentifikasi hambatan dan tantangan yang mungkin dihadapi selama implementasi program. Ini dapat

mencakup faktor-faktor seperti kurangnya partisipasi masyarakat, ketidaksetaraan akses, atau kendala logistik.

e. Memberikan Pembelajaran Organisasi

Evaluasi merupakan alat pembelajaran bagi organisasi kesehatan masyarakat. Dengan memahami apa yang berhasil dan apa yang tidak, organisasi dapat mengadaptasi pendekatan mereka untuk meningkatkan efektivitas di masa depan.

f. Menilai Dampak Jangka Panjang

Evaluasi dapat membantu dalam mengevaluasi dampak jangka panjang suatu program terhadap kesehatan masyarakat. Hal ini melibatkan analisis efek jangka panjang dari intervensi terhadap indikator-indikator kesehatan dan lingkungan.

g. Menilai Keadilan dan Kesetaraan

Evaluasi juga dapat digunakan untuk menilai sejauh mana program kesehatan masyarakat memenuhi prinsip-prinsip keadilan dan kesetaraan. Ini mencakup penilaian terhadap sejauh mana program dapat diakses dan memberikan manfaat kepada semua lapisan masyarakat.

Melalui pencapaian tujuan-tujuan ini, evaluasi program kesehatan masyarakat memberikan pandangan yang holistik dan mendalam tentang kinerja suatu program, memungkinkan perbaikan dan inovasi yang lebih baik untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas.

2.4.3 Manfaat

Dengan mengintegrasikan evaluasi program kesehatan masyarakat sebagai bagian integral dari siklus kebijakan dan praktik kesehatan, masyarakat dapat meraih manfaat maksimal dari upaya-upaya mereka dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan (Nutbeam & Bauman,

2022). Penggunaan evaluasi membawa sejumlah manfaat signifikan yang mencerminkan komitmen terhadap perbaikan berkelanjutan dalam sektor kesehatan masyarakat, seperti:

a. Optimasi Sumber Daya

Evaluasi program kesehatan masyarakat memberikan gambaran yang terinci tentang efektivitas penggunaan sumber daya. Dengan memahami sejauh mana program memenuhi tujuan-tujuannya, organisasi dapat mengalokasikan sumber daya dengan lebih efisien dan efektif.

b. Peningkatan Kualitas Intervensi

Melalui evaluasi, penyedia layanan kesehatan dapat mengidentifikasi aspek-aspek tertentu dari intervensi yang memerlukan perbaikan atau modifikasi. Dengan memahami kekuatan dan kelemahan program, upaya dapat diarahkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan dampak yang diinginkan.

c. Pengambilan Keputusan yang Berbasis Bukti

Hasil evaluasi memberikan bukti empiris yang diperlukan untuk mendukung pengambilan keputusan yang informasional dan terukur. Keputusan-keputusan tersebut dapat mencakup perubahan kebijakan, penyesuaian strategi, atau pengalihan sumber daya untuk mencapai hasil yang lebih optimal.

d. Pemberdayaan Masyarakat

Evaluasi program kesehatan masyarakat dapat memperkuat partisipasi dan keterlibatan masyarakat dalam proses perbaikan. Transparansi dalam hasil evaluasi dapat memungkinkan masyarakat untuk memahami dampak intervensi terhadap kesehatan mereka sendiri, sehingga menciptakan dasar yang lebih kuat untuk partisipasi aktif.

e. Inovasi dan Pengembangan Berkelanjutan

Evaluasi menciptakan landasan untuk inovasi dan pengembangan berkelanjutan dalam domain kesehatan masyarakat. Dengan menilai keberhasilan dan kegagalan suatu program, praktisi dapat mengidentifikasi peluang inovasi dan merancang solusi yang lebih efektif.

f. Akuntabilitas dan Transparansi

Evaluasi program meningkatkan tingkat akuntabilitas organisasi dan individu terlibat dalam implementasi. Melalui evaluasi, tanggung jawab dapat diidentifikasi dan diatribusikan, sementara tingkat transparansi yang ditingkatkan membangun kepercayaan masyarakat.

g. Dampak Jangka Panjang

Evaluasi program kesehatan masyarakat memberikan wawasan tentang dampak jangka panjang suatu intervensi. Ini membantu memahami tidak hanya keberhasilan instan, tetapi juga implikasi jangka panjang terhadap kesehatan masyarakat.

2.4.4 Model-Model Evaluasi Program

Kerangka evaluasi memberikan petunjuk rinci kepada orang yang mengevaluasi suatu program. Kerangka ini penting karena memastikan bahwa cara evaluasi tersebut memperhitungkan asal usul dan situasi khusus dari program yang sedang dievaluasi. Kerangka evaluasi ini membantu menentukan prioritas dalam menetapkan tujuan evaluasi dan memilih alat untuk mengumpulkan data. Evaluasi juga perlu disesuaikan dengan program tertentu karena tidak ada cara evaluasi yang cocok untuk semua situasi. Para pengevaluasi biasanya menggunakan berbagai tingkat, pendekatan, dan kerangka evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dan tujuan evaluasi mereka (J Teede, 2014).

Kerangka evaluasi yang umum digunakan dalam penilaian promosi kesehatan meliputi:

a. *Reach, efficacy, adoption, implementation and maintenance (RE-AIM) framework*

Kerangka kerja RE-AIM merupakan suatu struktur evaluasi yang mudah diadaptasi dan sederhana yang dirancang untuk menilai dampak proyek berskala besar terhadap individu dan populasi. RE-AIM difokuskan pada penyediaan informasi dan optimalisasi penerjemahan, dan telah berhasil diterapkan secara berulang pada program-program promosi kesehatan, seperti program manajemen mandiri diabetes dan program aktivitas fisik berbasis sekolah. Berdasarkan pengalaman yang kami miliki, kerangka kerja ini terbukti bermanfaat karena dapat disesuaikan, mudah digunakan, dan mendukung pengembangan evaluasi yang terfokus. Sumber daya terkait menyediakan contoh yang jelas mengenai pertanyaan evaluasi, indikator pengukuran potensial, dan alat pengumpulan data yang bermanfaat khususnya bagi evaluator pemula.

Namun demikian, perlu diperhatikan bahwa dalam kerangka kerja ini, konsep 'pemeliharaan' diukur dua tahun setelah pelaksanaan program. Oleh karena itu, pertimbangan terkait jadwal evaluasi menjadi sangat penting. Dibandingkan dengan kerangka kerja lainnya, RE-AIM mungkin kurang fleksibel, dan hubungan antara lima domain dalam kerangka RE-AIM masih belum sepenuhnya jelas.

b. *Context, Input, Process and Product (CIPP) framework*

Kerangka evaluasi CCIPP bersifat komprehensif dan berguna sebagai panduan untuk pelaksanaan evaluasi formatif dan sumatif. *Context* program merujuk pada lingkungan evaluasi di mana program akan diimplementasikan. *Input* mengacu pada sumber daya dan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan program. Tahap akhir dari

model CIPP adalah *product*, yang mengacu pada penilaian efektivitas dan keberhasilan program. Kerangka kerja ini telah diterapkan pada program promosi kesehatan sebelumnya, seperti program manajemen diabetes dan intervensi perilaku yang bertujuan mengurangi sindrom metabolik.

Kerangka kerja CIPP menunjukkan fleksibilitas dan kemampuan adaptasinya yang tinggi, khususnya bermanfaat untuk evaluasi yang bertujuan mendapatkan wawasan mengenai berbagai faktor yang memengaruhi efektivitas program, termasuk faktor lingkungan dan kontekstual. Namun demikian, kerangka kerja ini memberikan panduan yang lebih terbatas dalam hal perencanaan evaluasi, termasuk pengembangan tujuan evaluasi dan pertanyaan kunci, bila dibandingkan dengan kerangka kerja RE-AIM.

c. *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation (PROCEED, PRECEDE) framework*

PROCEED/PRECEDE merupakan sebuah kerangka kerja yang bersandar pada teori dan bersifat komprehensif, mengintegrasikan perencanaan, implementasi, dan evaluasi program. Kerangka kerja ini berasaskan pada keyakinan bahwa penilaian menyeluruh dalam bidang sosial, pendidikan, dan ekologi (*Precede*) harus dilaksanakan sebelum pengembangan program, serta evaluasi yang teliti diperlukan untuk menilai efektivitasnya (*Proceed*). Fase mencakup:

- Penilaian sosial
- Intervensi epidemiologi, lingkungan, dan perilaku
- Penilaian pendidikan dan ekologi
- Penyelarasan intervensi
- Penilaian administratif dan kebijakan
- Penerapan
- Evaluasi proses

- Evaluasi dampak dan hasil

Kerangka kerja ini telah berhasil diterapkan dalam berbagai program promosi kesehatan, termasuk program kesehatan mental. Model PROCEED/PRECEDE menawarkan suatu kerangka yang terstruktur dan bernilai dalam evaluasi program multi-strategi, dengan mempertimbangkan berbagai faktor penentu kesehatan. Walaupun demikian, kerangka kerja ini dianggap rumit dan telah mendapat kritik karena cenderung sangat berorientasi medis dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk merencanakan dan melaksanakan evaluasi secara prospektif.

d. Centre for Disease and Control and Prevention (CDC) *framework*

Kerangka kerja yang diperkenalkan CDC menegaskan bahwa evaluasi program yang efektif merupakan suatu proses sistematis yang bertujuan meningkatkan tindakan kesehatan masyarakat melalui evaluasi yang menghasilkan hasil yang bermanfaat, layak, etis, dan akurat. Kerangka kerja ini menguraikan serangkaian langkah yang saling terkait dalam perencanaan dan pelaksanaan evaluasi:

- Libatkan *stakeholders*
- Jelaskan program
- Fokuskan desain evaluasi
- Kumpulkan bukti yang kredibel
- Membenarkan kesimpulan
- Bagikan pelajaran yang diperoleh

Kerangka kerja CDC mendapatkan reputasi yang baik dan telah berhasil diterapkan dalam berbagai program promosi kesehatan, termasuk program aktivitas fisik dan inisiatif pengendalian tembakau. Kerangka kerja CDC dianggap sangat praktis, mudah diikuti, dan bermanfaat untuk mengevaluasi program dan kemitraan, baik yang berskala sederhana maupun kompleks. Kelebihan lain dari

model CDC adalah dukungannya terhadap empat standar utama untuk memastikan evaluasi yang etis, yaitu utilitas, kelayakan, kepatutan, dan akurasi. Meskipun begitu, kerangka kerja ini memiliki cakupan yang luas dan mungkin kurang sesuai bagi evaluator pemula yang mencari panduan dalam pengembangan tujuan dan pertanyaan evaluasi. Kerangka kerja ini juga mungkin membutuhkan alokasi dana yang besar dan fasilitasi evaluasi yang kuat.

e. Medical Research Council (MRC) *framework*

Kerangka kerja MRC merujuk pada teori yang menjelaskan proses pengembangan, evaluasi, dan implementasi intervensi. Tahapan yang terlibat dalam kerangka ini melibatkan:

- Pengembangan intervensi,
- Penilaian percontohan dan kelayakan,
- Evaluasi intervensi,
- Implementasi, sosialisasi, pemantauan, dan tindak lanjut jangka panjang.

Contoh penerapan sebelumnya mencakup program aktivitas fisik yang ditujukan untuk populasi dengan risiko tinggi diabetes dan evaluasi program manajemen penyakit kardiovaskular. Kelebihan dari kerangka MRC terletak pada fleksibilitasnya yang tinggi dan pendekatannya yang menekankan evaluasi non-linear, didukung oleh berbagai dokumen pedoman untuk membantu perencanaan dan pelaksanaan evaluasi. Meskipun demikian, kerangka ini bersifat umum dan kurang memberikan penjelasan yang mendalam dan rinci mengenai pengembangan tujuan evaluasi dan pertanyaan kunci. Sebanding dengan kerangka CDC, kerangka MRC mungkin kurang sesuai bagi evaluator pemula, yang mungkin lebih memilih kerangka kerja yang lebih terstruktur dan mendukung.

f. *Logic model*

Logic model merupakan suatu pendekatan metodologis dalam perencanaan dan evaluasi program yang menguraikan asumsi dan sumber daya yang diperlukan untuk mendukung kegiatan program yang diinginkan. *Logic model* biasanya mengidentifikasi latar belakang program, sumber daya (*input*), kegiatan (*output*), dampak langsung, serta hasil jangka pendek dan jangka panjang. Penerapan model logika telah terlihat dalam berbagai program kesehatan, termasuk evaluasi program pendidikan gizi masyarakat dan program berbasis sekolah yang bertujuan untuk mengurangi frekuensi kehamilan remaja.

Nilai dari *logic model* sudah umumnya diakui dalam konteks promosi kesehatan, dengan sumber daya yang tersedia untuk mengembangkan model logika. *Logic model* menyediakan pendekatan praktis untuk mengevaluasi hubungan antara input program dan hasil yang diharapkan. Namun, *logic model* mungkin tidak mencakup seluruh aspek penting dari program dan kebijakan terkait. Proses pengembangan *logic model* juga memerlukan waktu yang signifikan, sehingga memerlukan perencanaan prospektif untuk mempertimbangkan teori dasar program dan hubungan antara proses dan hasil.

2.6 Model Evaluasi CIPP

Model evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, dan Product*), yang diperkenalkan pertama kali oleh Stufflebeam pada tahun 1985, menjadi suatu pendekatan yang sangat efektif dalam mengevaluasi program, proyek, produk, institusi, dan sistem. Model ini beroperasi secara siklis dan fleksibel, mengidentifikasi kesalahan atau kekurangan pada setiap tahapannya, memberikan informasi krusial bagi pengambilan keputusan terkait perencanaan program, pengaturan, pelaksanaan, serta perbaikan dan evaluasi kegiatan. Fokus utama dari model ini adalah pada perbaikan daripada

pembuktian, dan evaluasi dilakukan dengan menggunakan kriteria rinci terkait komponen-komponen, menciptakan kerangka kerja yang sistematis dan terstruktur (Lee et al., 2019). Dalam konteks manajemen mutu program kesehatan, model CIPP membantu manajer dan perencana mengidentifikasi kebutuhan prioritas, mengalokasikan sumber daya dengan lebih efisien, dan memantau program secara berkelanjutan. Dengan pendekatan ini, evaluasi dilakukan secara berkesinambungan, memungkinkan peningkatan yang berkelanjutan dalam kinerja dan hasil program (Toosi et al., 2021).

Empat lingkup yang dijelaskan dalam model CIPP adalah (Kurniawati, 2021):

a. Evaluasi *Context*

Evaluasi ini bertujuan untuk memahami dan menilai kebutuhan yang mendasari pembuatan suatu program. Saat mengevaluasi konteks, fokus utamanya adalah mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan program serta memberikan saran untuk memperbaikinya. Tujuan utama evaluasi konteks adalah menilai keseluruhan kondisi program, mengidentifikasi kelemahan yang ada, mencatat kekuatan yang bisa dimanfaatkan untuk mengatasi kelemahan, menganalisis masalah yang dihadapi program, dan mencari solusinya. Selain itu, evaluasi konteks juga bertujuan untuk memastikan bahwa tujuan dan prioritas yang ditetapkan sesuai dengan kebutuhan pihak-pihak yang menjadi fokus organisasi. Dalam penelitian ini dinilainya perencanaan pra-implementasi dan pengenalan vaksin, pelaksanaan advokasi, komunikasi, dan penerimaan vaksin, serta keberlanjutan dari program imunisasi apakah sudah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1930/2022 tentang Program Introduksi Imunisasi Human Papillomavirus Vaccine (HPV) Tahun 2022–2023.

b. Evaluasi *Input*

Evaluasi ini membantu mengidentifikasi masalah, kelebihan, dan peluang agar para pengambil keputusan dapat dengan jelas menetapkan tujuan dan prioritas. Evaluasi ini juga membantu membentuk kelompok pengguna

agar dapat secara menyeluruh mengevaluasi tujuan, prioritas, dan manfaat dari program, serta menilai opsi yang berbeda, rencana tindakan, rencana staf, dan anggaran untuk memahami kelayakan dan potensi program dalam memenuhi kebutuhan dan tujuan yang diinginkan. Evaluasi *input*, yang sangat penting, bertujuan untuk membantu menentukan perubahan yang diperlukan dalam program. Evaluasi input mencari hambatan dan sumber daya yang mungkin tersedia. Tujuannya adalah membantu klien mengevaluasi pilihan terkait kebutuhan program dan tujuan dilakukannya program tersebut, sehingga dapat menghindari inovasi yang mungkin sia-sia atau berisiko gagal, serta mencegah pemborosan sumber daya. Dalam penelitian ini dinilainya pelatihan yang diberikan kepada sumber daya manusia yang terlibat dalam program dan cakupan vaksin apakah sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

c. Evaluasi *Process*

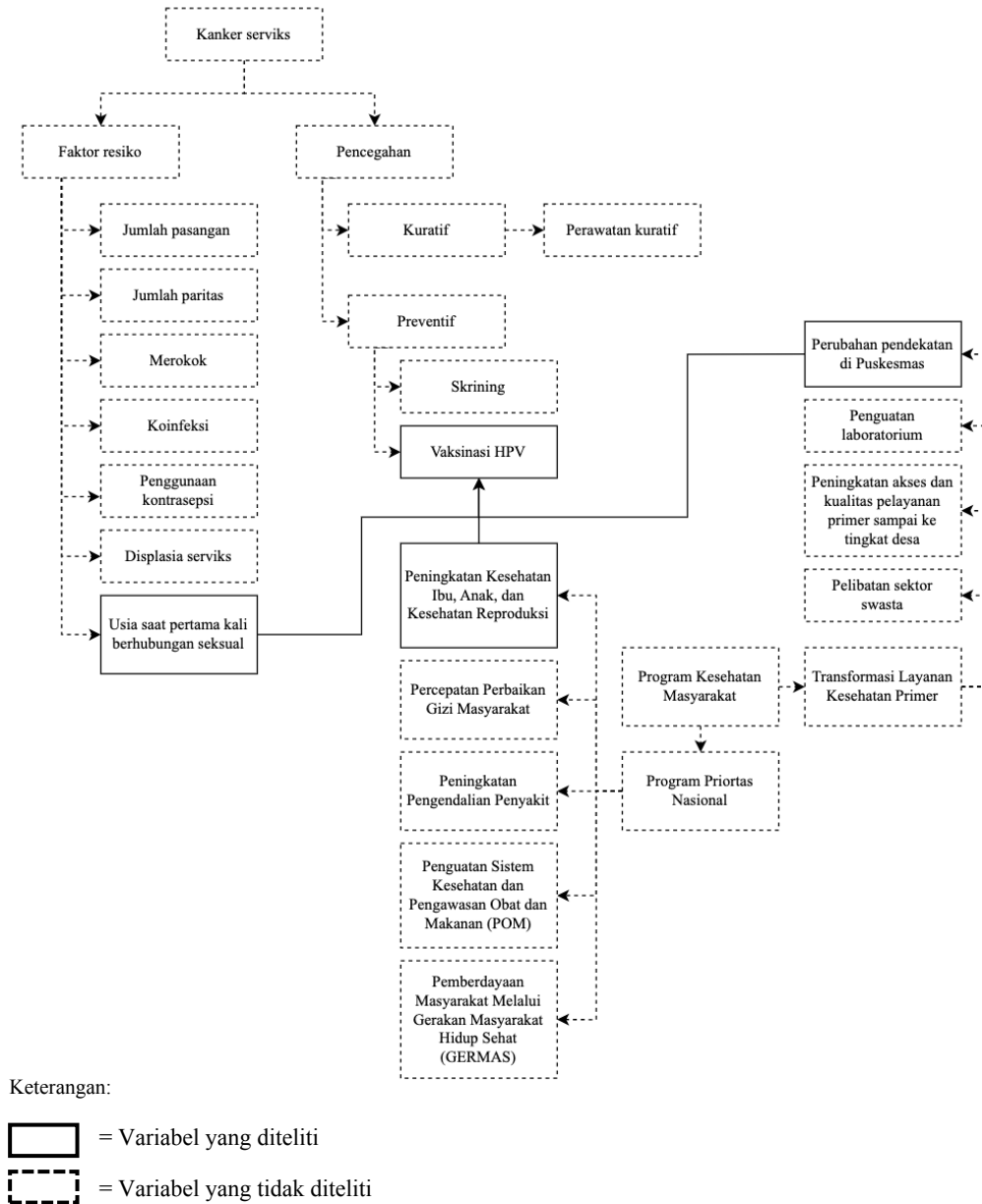
Evaluasi ini mencoba memahami bagaimana rencana dilaksanakan untuk membantu tim program dan menganalisis manfaatnya. Dalam evaluasi proses ditinjau kembali rencana program dan evaluasi sebelumnya untuk menemukan hal-hal penting yang perlu diawasi dalam pelaksanaannya. Pada evaluasi proses utamanya fokus pada memastikan bahwa langkah-langkah proses berjalan dengan baik. Setiap penyimpangan dari rencana awal dijelaskan. Fungsinya adalah memberikan masukan yang membantu tim organisasi menjalankan program sesuai rencana, atau jika perlu, mengubah rencana yang mungkin tidak efektif. Pada akhirnya, evaluasi proses memberikan informasi penting untuk menginterpretasikan hasil evaluasi produk. Dalam penelitian ini dinilainya pemberian vaksin, manajemen *cold chain*, manajemen vaksin, transportasi, dan logistik, pemborosan vaksin, serta pengelolaan limbah dan keamanan injeksi apakah sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi dan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Introduksi Imunisasi *Human*

Papillomavirus (HPV) dalam Bulan Imunisasi Anak Sekolah Tahun 2022–2024.

d. Evaluasi *Product*

Evaluasi ini mencoba mengenali dan menilai hasil serta manfaat dari suatu program, baik yang telah direncanakan maupun yang muncul tanpa rencana, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Secara sederhana, evaluasi produk bertujuan untuk menilai sejauh mana program berhasil memenuhi kebutuhan sarannya. Dalam penelitian ini dinilainya hasil dari pemantauan dan pengawasan serta Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI).

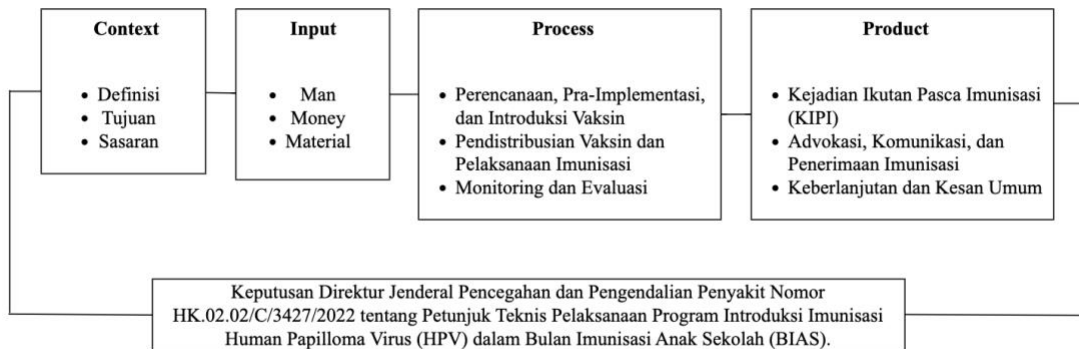
2.7 Kerangka Teori



(Kementerian Kesehatan RI, 2022)

Gambar 1. Kerangka Teori

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dalam melakukan evaluasi program imunisasi HPV di Kota Bandar Lampung. Penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami fenomena mengenai hal yang dialami oleh subjek penelitian secara menyeluruh (holistik), dan dideskripsikan dalam bentuk narasi pada suatu kondisi objek yang alamiah dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah. Penelitian kualitatif tidak menekankan pada generalisasi, tetapi lebih menekankan pada makna, makna yang dimaksud merupakan data yang sebenarnya. Penelitian ini mencakup suatu riset yang bersifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis yang bersifat induktif (Sugiyono, 2021).

Metode penelitian ini bertujuan menganalisis kejadian yang ada menggunakan pendekatan fenomenologi serta menjelaskan informasi yang diperoleh sesuai dengan kejadian yang ada. Peneliti bertugas dalam menggambarkan serta menjelaskan hasil penelitian dari pelaksanaan imunisasi HPV yang dilakukan pada Bulan Imunisasi Anak Sekolah di Kota Bandar Lampung serta evaluasi dari pelaksanaannya.

3.2 Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian berada di puskesmas Kota Bandar Lampung. Dari 31 puskesmas yang ada, peneliti memilih puskesmas berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2023 pada puskesmas yang terdapat

kasus HPV, cakupan imunisasi yang paling rendah, dan cakupan imunisasi yang paling tinggi. Waktu yang dibutuhkan dalam penelitian ini dari bulan Oktober–Desember 2023.

Tabel 4. Lokasi Penelitian

No.	Nama Puskesmas	Kategori
1	Puskesmas Panjang	Terdapat kasus kanker serviks
2	Puskesmas Pasar Ambon	Cakupan imunisasi paling tinggi
3	Puskesmas Labuhan Ratu	Cakupan imunisasi paling rendah

3.3 Subjek Penelitian

Subjek penelitian merupakan seseorang yang dapat memberikan suatu informasi terhadap situasi serta kondisi dari pelaksanaan kegiatan program (Sugiyono, 2021). Teknik penentuan subjek dalam penelitian ini adalah dengan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Teknik pengambilan informan dengan *maximal variation sampling* yaitu pengambilan informan yang memiliki perbedaan karakteristik satu sama lain sehingga sesuai tujuan penelitian, dapat menemukan beragam perspektif dari masing-masing karakteristik tersebut. Pertimbangan dalam menentukan informan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Informan yang menguasai atau memahami sesuatu melalui proses enkulturasi, sehingga sesuatu itu bujan sekedar diketahui, tetapi juga dihayatinya.
2. Informan yang tergolong masih dan sedang berkecimpung atau terlibat pada kegiatan yang tengah diteliti.
3. Informan yang mempunyai waktu memadai untuk dimintai informasi.

Jumlah informan dapat bertambah sampai didapatkan data jenuh. Total sampel atau informan dalam penelitian ini adalah 10 orang. Adapun informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Koordinator Fungsional Surveilans dan Imunisasi di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

2. Kepala Puskesmas Panjang, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Labuhan Ratu
3. Koordinator Imunisasi Puskesmas Panjang, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Labuhan Ratu
4. Paramedis pelaksana kegiatan program di Puskesmas Panjang, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Labuhan Ratu

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis dan Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2021). Data primer diperoleh dari subjek penelitian yang terkait dalam komponen *context*, *input*, *process*, dan *product*. Data tersebut diperoleh ketika melakukan wawancara terhadap informan.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang sudah ada di dalam suatu instansi yang mana data tersebut merupakan data tidak langsung. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari hasil telaah dokumen yang berkaitan dengan imunisasi HPV. Dokumen dapat berupa dokumen laporan dari pelaksanaan imunisasi HPV, juknis imunisasi HPV, serta pedoman dari imunisasi HPV sendiri.

3.4.2 Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Pada pengambilan data menggunakan metode wawancara dengan informan. Peneliti berperan sebagai *interviewer*. Peneliti menggunakan perekam suara, kamera, buku catatan serta *inform consent* sebagai alat bukti

pengumpulan data. Instrumen pertanyaan yang akan diajukan dalam kegiatan wawancara disusun berdasarkan pedoman wawancara.

3.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara Mendalam

Wawancara adalah serangkaian dialog yang dilakukan oleh peneliti menanyakan pertanyaan yang telah disusun satu persatu secara mendalam dan mendapat keterangan lebih lanjut. Tujuan dari wawancara mendalam, yaitu mendapatkan suatu informasi dari subjek penelitian (Sugiyono, 2021). Wawancara secara mendalam merupakan suatu percakapan berupa dialog yang dilakukan peneliti kepada subjek penelitian terkait dengan pelaksanaan imunisasi HPV kepada Koordinator Fungsional Surveilens dan Imunisasi di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, serta kepada petugas yang melakukan imunisasi HPV. Wawancara dilakukan secara tatap muka dengan rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan wawancara mendalam adalah 30 menit.

b. Telaah Dokumen

Telaah dokumen merupakan cara dalam mengumpulkan data di dalam suatu dokumen yang sesuai dengan kegiatan pelaksanaan pelayanan imunisasi HPV (Sugiyono, 2021). Telaah dokumen bertujuan untuk mendapatkan data dan menganalisis proses dari kegiatan pelaksanaan imunisasi HPV. Telaah dokumen dilakukan saat wawancara maupun setelah wawancara.

3.5 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini mencakup enam langkah yaitu menyiapkan dan menyusun data untuk analisis, menjelajah dan mengkode data, koding untuk membentuk gambaran dan tema, menggambarkan dan

melaporkan hasil kualitatif, interpretasi hasil, validasi keakuratan hasil (Creswell & Creswell, 2018):

a. Menyiapkan dan Menyusun Data untuk Analisis

Dalam studi kualitatif, mengatur data awal terdiri dari penyusunan data, transkrip wawancara dan mengetik catatan lapangan serta membuat keputusan untuk analisis data secara manual atau dengan komputer. Penyajian data merupakan data berupa teks naratif, tabel atau dapat dari kutipan langsung dan lain sebagainya. Data yang diperoleh mempermudah dalam memahami terkait kegiatan dan mempermudah untuk perencanaan kerja berikutnya.

b. Menjelajah dan Mengkoding Data

Peneliti kualitatif melakukan sebuah pre-analisis data dengan membacanya untuk mendapatkan rasa data secara umum. Analisis utama data kualitatif terdiri dari mengkoding data. Proses koding salah satunya adalah mengurangi teks atau gambar untuk menggambarkan dan tema seseorang, tempat atau kejadian. Termasuk memeriksa teks dari baris ke baris, bertanya apa yang informan katakan dan kemudian menempelkan label kode pada segmen kata.

c. Koding untuk Membentuk Gambaran dan Tema

Hasil koding digunakan untuk membentuk deskripsi orang atau tempat. Mereka juga digunakan untuk membentuk tema yang mewakili abstrak lebih luas daripada kode. Tema dapat disusun untuk menceritakan sebuah cerita, atau juga dapat digunakan sebagai penghubung untuk menggambarkan seberapa kompleks dari suatu fenomena.

d. Menggambarkan dan Melaporkan Hasil Kualitatif

Peneliti kualitatif menggambarkan hasil mereka dalam bentuk visual maupun dalam bentuk naratif.

e. Interpretasi Hasil

Pelaporan dan menggambarkan hasil, peneliti kualitatif membuat interpretasi dari arti penelitian. Interpretasi mencakup melihat pendapat individu, membandingkan hasil dengan literatur dan menyarankan batasan dan penelitian kedepannya.

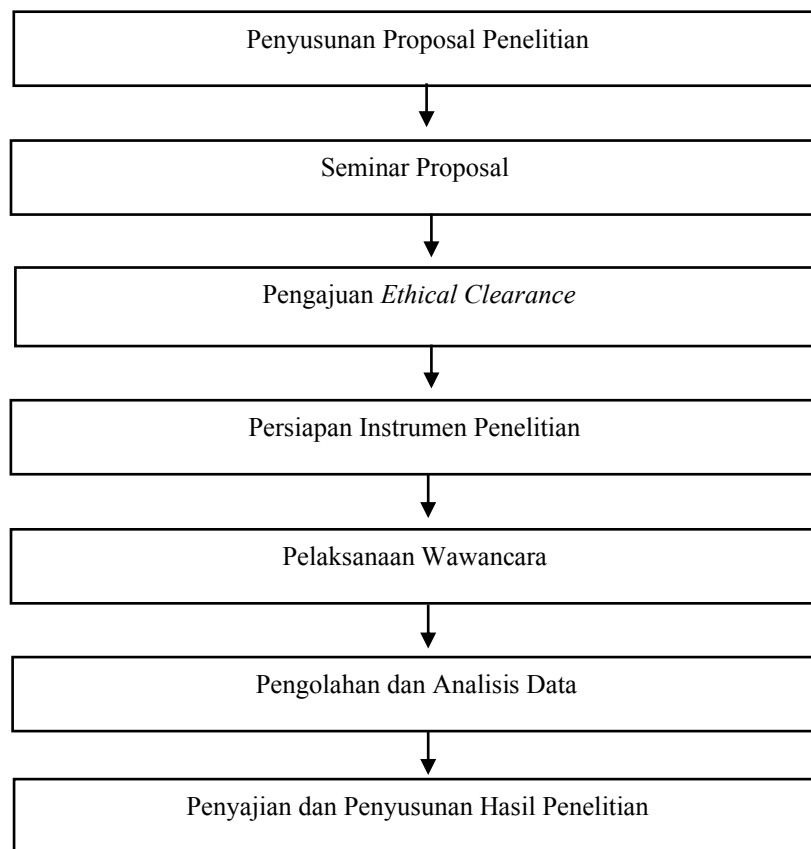
f. Validasi Keakuratan hasil

Pemeriksaan keakuratan penelitian, peneliti kualitatif sering melakukan prosedur validasi sebagai bukti validasi dari informasi dalam laporan kualitatif.

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk menguji keabsahan data yang diperoleh, digunakan triangulasi data yang berfungsi untuk memahami fenomena yang diteliti dengan baik sehingga diperoleh kebenaran. Triangulasi data merupakan cara yang dilakukan dengan membandingkan informasi atau data yang diperoleh selama penelitian menurut berbagai sudut pandang dan perspektif yang berbeda (Pujileksono, 2015). Adapun tiga jenis triangulasi yang digunakan, yaitu 1) triangulasi metode, saat informasi dan data yang diperoleh dibandingkan dengan cara atau metode yang berbeda, seperti membandingkan data atau informasi yang diperoleh melalui observasi dengan wawancara, atau sebaliknya, 2) triangulasi sumber data, yaitu menggali kebenaran data atau informasi yang diperoleh melalui berbagai sumber data yang berbeda, misalnya selain data atau informasi wawancara, digunakan sumber data lain yang diperoleh dari studi pustaka, dokumen atau arsip, 3) triangulasi teori, membandingkan data atau informasi yang diperoleh dengan perspektif teori tertentu yang relevan. Triangulasi data dilakukan untuk memperoleh kredibilitas terhadap data dan informasi yang diperoleh serta meningkatkan kedalaman pemahaman terhadap fenomena yang diteliti.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3. Bagan Alur Penelitian

3.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor surat 483/UN26.18/PP.05.02.00/2024 dan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung dengan nomor surat 1871/070/04367/SKP/III.16/X/2023

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai pelaksanaan program imunisasi HPV di Puskesmas Kota Bandar Lampung, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1.
2. Komponen *input* yang terdiri dari sumber daya manusia (*man*), pendanaan (*money*), dan sarana prasarana (*material*)
 - a. Program imunisasi HPV di Kota Bandar Lampung melibatkan tim medis terstruktur dengan dokter, bidan, dan perawat. Tim tersebut terorganisasi dengan vaksinator, skrining, pencatatan, pelaporan, dan penanganan KIPI.
 - b. Dukungan finansial dari APBN dan BOK digunakan untuk logistik dan transportasi petugas.
 - c. Sarana dan prasarana termasuk *material* seperti vaksin, spuit, dan alat IT (komputer pribadi, ponsel, aplikasi) dianggap krusial untuk kualitas pelayanan. Keberadaan SOP dan juknis memberikan panduan operasional yang jelas. Kendala yang ditemukan berupa teknologi informasi, seperti lambatnya sinyal atau *maintenance* aplikasi, menyoroti perlunya pemahaman dan keterampilan dalam manajemen teknologi informasi serta peningkatan infrastruktur dan kesiapan teknis dalam mengelola aplikasi berbasis IT.
3. Komponen *process* yang terdiri dari perencanaan, pra-implementasi, dan introduksi vaksin, pendistribusian vaksin dan pelaksanaan imunisasi, serta monitoring dan evaluasi.

- a. Pelaksanaan program imunisasi HPV di Kota Bandar Lampung melibatkan perencanaan yang terinci melalui *microplanning*, kolaborasi dengan sekolah, pelatihan dan sosialisasi kepada staf puskesmas, pendistribusian vaksin yang terkoordinasi, pemberian vaksin di sekolah melibatkan surat pernyataan dari orang tua siswa, serta monitoring dan evaluasi.
 - b. Kendala yang ditemukan berupa penolakan orang tua dan ketidakhadiran siswa, namun upaya penyuluhan dan edukasi terus dilakukan. Penyuluhan berhasil meningkatkan pemahaman dan partisipasi orang tua, meskipun penolakan masih ada. Strategi pendekatan psikoedukasi terbukti efektif dalam mengubah perilaku dan meningkatkan pemahaman akan pentingnya imunisasi
 - c. Implementasi program imunisasi HPV di sekolah di Kota Bandar Lampung dianggap memadai, dengan dukungan perencanaan yang matang, kolaborasi yang baik, pelatihan yang efektif, distribusi vaksin yang terkoordinasi, dan upaya edukasi yang berkelanjutan.
4. Komponen *product* yang terdiri dari Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), advokasi, komunikasi, dan penerimaan imunisasi, serta keberlanjutan dan kesan umum
- a. Capaian program imunisasi HPV di Bandar Lampung cukup merata, semua berada di atas 80%, karena dukungan partisipasi aktif masyarakat. Faktor-faktor seperti tingkat kesadaran yang tinggi di beberapa wilayah dan pemahaman terhadap vaksin HPV yang positif juga mempengaruhi partisipasi.
 - b. Strategi peningkatan cakupan melalui sosialisasi, testimoni positif, pendekatan persuasif, dan monitoring KIPI telah diimplementasikan selama pelaksanaan.
 - c. Meskipun pelaksanaan belum mencapai tingkat masif, fokus tetap pada sosialisasi untuk mengatasi misinformasi dan meningkatkan kepercayaan orang tua terhadap keamanan vaksinasi. Pengenalan program HPV di sekolah dan masyarakat perlu terus ditingkatkan untuk mencapai partisipasi yang lebih baik di masa mendatang.

5.2 Saran

1. Bagi masyarakat, perlu meningkatkan pemahaman mendalam mengenai vaksin HPV, termasuk manfaat, keamanan, dan peran dalam mencegah kanker serviks dengan mencari informasi dari sumber yang terpercaya dapat membantu dalam pengambilan keputusan. Masyarakat, khususnya orang tua, diharapkan dapat berpartisipasi aktif dalam program imunisasi HPV dengan mengikutsertakan anak-anak perempuan pada kegiatan vaksinasi dikarenakan partisipasi ini merupakan kontribusi penting dalam upaya pencegahan kanker serviks. Sosialisasi di sekolah dapat menjadi momen untuk orang tua terlibat.
2. Bagi pihak sekolah, perlu meningkatkan peran dan keterlibatan aktif dalam sosialisasi program imunisasi HPV kepada siswa dan orang tua. Sekolah dapat mengintegrasikan informasi tentang vaksin HPV ke dalam kurikulum kesehatan sekolah, menyelenggarakan seminar atau kegiatan edukasi kesehatan, serta membentuk tim pendukung di antara guru dan tenaga kesehatan sekolah. Pihak sekolah juga dapat berperan sebagai penyampai informasi yang dapat dipercaya, sehingga orang tua dan siswa dapat membuat keputusan yang terinformasi mengenai partisipasi dalam program imunisasi HPV.
3. Bagi pihak puskesmas, perlu menjalin kerjasama yang erat dengan sekolah untuk meningkatkan partisipasi siswa dalam program imunisasi dengan penguatan komunikasi dan koordinasi dapat membantu mengatasi kendala seperti penolakan orang tua. Pihak puskesmas juga dapat mengoptimalkan media sosialisasi seperti testimoni positif, pendekatan persuasif, dan penggunaan KIE agar dapat menggunakan pendekatan yang kreatif dan inovatif untuk meningkatkan efektivitas sosialisasi.
4. Bagi pemerintah, perlu memberikan dukungan keberlanjutan untuk program imunisasi HPV, termasuk alokasi anggaran yang memadai dan strategi pemeliharaan partisipasi masyarakat. Pemerintah juga dapat mendukung kampanye edukasi kesehatan yang lebih luas melalui berbagai media untuk

meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi yang akurat dan jelas mengenai imunisasi HPV. Pembuat kebijakan dapat mendorong penyelenggaraan program pendidikan kesehatan yang kontinu di sekolah.

5. Bagi peneliti selanjutnya, dapat mendalami faktor-faktor yang menyebabkan penolakan vaksin HPV terutama dari sudut pandang orang tua atau strategi sosialisasi yang diterapkan oleh puskesmas agar ditemukannya pemahaman lebih lanjut yang dapat membantu merancang strategi edukasi yang lebih efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pengawas Obat dan Makanan. 2020. *Rencana Strategis Balai Besar POM di Bandung Tahun 2020-2024*.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. 2021. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 155(S1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13865>
- Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, & de Sanjosé S. 2023. *Human Papillomavirus and Related Diseases in Indonesia*. www.hpvcentre.net
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. 2018. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Director-General. 2019. *Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem*. Lancet Publishing Group.
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2021. *Pedoman Praktis Manajemen Program Imunisasi di Puskesmas*.
- Gershenson, D. M. (David M., Lentz, G. M., Valea, F. A., & Lobo, R. A. 2022. *Comprehensive gynecology*. Elsevier.
- Grembowski, D. 2016. *The Practice of Health Program Evaluation* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Hall, E., Wodi, R. A. P., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S., & Dana, P. 2021. *Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases* (14th ed.). Public Health Foundation. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/front-matter.html>
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2023. *Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 Tahun: Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2023*.
- J Teede, H. 2014. Developing Comprehensive Health Promotion Evaluations: A Methodological Review. *MOJ Public Health*, 1(1). <https://doi.org/10.15406/mojph.2014.01.00007>
- Johnson, C. A., James, D., Marzan, A., & Armaos, M. 2019. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. In *Seminars in Oncology*

Nursing (Vol. 35, Issue 2, pp. 166–174). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.003>

Karolina, S. 2019. *Analisis Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi Vaksin Human Papillomavirus (HPV) Kuadrivalen Dua Dosis Dalam Program Demonstrasi Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2017*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. *Profil Kesehatan Indonesia 2021* (F. Sibuea, B. Hardhana, & W. Widiyanti, Eds.). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. 2022. *Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2025*.

Kementerian Kesehatan RI. 2023. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Introduksi Imunisasi Human Papilloma Virus (HPV) dalam Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)*.

Koplan, J. P., Director, M., Program Office Barbara Holloway, E., Acting Director, M., John Ward, C. W., Editor, D., Series Recommendations, M., Suzanne Hewitt, R. M., Managing Editor Kay Smith-Akin, M. C., & Higgins Peter M Jenkins, M. M. 1999. *Framework for Program Evaluation in Public Health* (Vol. 48). Centers for Disease Control and Prevention.

Kurniawati, E. W. 2021. Evaluasi Program Pendidikan Perspektif Model Cipp (Context, Input, Process, Product). *GHAITSA : Islamic Education Journal*, 2(1), 19–25. <https://siducat.org/index.php/ghaitsa>

Lee, S. young, Shin, J. S., & Lee, S. H. 2019. How to execute Context, Input, Process, and Product evaluation model in medical health education. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16. <https://doi.org/10.3352/JEEHP.2019.16.40>

Menteri Kesehatan RI. 2022. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1930/2022 tentang Program Introduksi Imunisasi Human Papillomavirus Vaccine (HPV) Tahun 2022-2023*.

Mustikasari, P. S. 2023. *Evaluasi Pelaksanaan Program Bulan Imunisasi Anak Nasional (BIAN) di Kota Palembang*. Universitas Sriwijaya.

Nutbeam, D., & Bauman, A. 2022. *Evaluation in a nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs* (3rd ed.). The McGraw-Hill Companies.

Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. 2023. *Jadwal Imunisasi Dewasa Rekomendasi Satgas Imunisasi Dewasa PAPDI Tahun 2023*.

Pujileksono, S. 2015. *Metode Penelitian Komunikasi Kualitatif*. Intrans Publishing.

Republik Indonesia. 2007. *PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 38 TAHUN 2007*.

- Sugiyono. 2021. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Alfabeta.
- Toosi, M., Modarres, M., Amini, M., & Geranmayeh, M. 2021. Context, input, process, and product evaluation model in medical education: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1115_20
- Ummah, W. 2017. *Analisis Manajemen Pelaksanaan Imunisasi oleh Puskesmas Kaitannya dengan Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang*. Universitas Jember.
- World Health Organization. 2014. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* (2nd ed.). World Health Organization.
- World Health Organization. 2021. *Cervical Cancer Country Profiles: Indonesia*.
- World Health Organization. 2021. *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention* (World Health Organization, Ed.; 2nd ed.). World Health Organization.
- World Health Organization. 2022. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update). *Weekly Epidemiological Record*, 98(41), 645–672. https://www.hpvcenter.se/human_reference_clones/,