

1 Agt. 05

351.841
Ind
p



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1114/MENKES/SK/VIII/2005

PEDOMAN PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DI DAERAH



PUSAT PROMOSI KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA
2005



351.841 Ind p	Katalog Dalam Terbitan . Departemen Kesehatan RI Indonesia. Departemen Kesehatan RI Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di daerah keputusan Minteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 -- Jakarta. Departemen Kesehatan. 2005
	1. Judul 1. HEALTH OF PROMOTION

KATA PENGANTAR

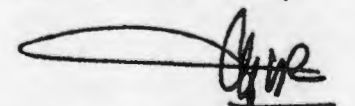
Dengan izin Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, akhirnya selesai juga penyusunan "Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah". Buku ini adalah tindak lanjut dan penjelasan lebih terinci dari buku "Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan" yang merupakan lampiran dari Keputusan Menteri Kesehatan. Diharapkan dengan hadirnya buku ini, kebijakan-kebijakan nasional dapat dilaksanakan dengan baik di Daerah. Oleh karena itu, buku ini dilengkapi dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri untuk memperkuat pelaksanaannya.

Sebagai konsekuensi logis dari penerapan kebijakan otonomi daerah, hampir semua hal harus ditata-ulang dan dikembangkan lagi. Tidak terkecuali Promosi Kesehatan. Integrasi Promosi Kesehatan dengan Program-program Kesehatan harus direvitalisasi. Sementara itu, pelaksanaan strategi Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi harus disinkronkan, sehingga upaya Pemberdayaan benar-benar didukung oleh Bina Suasana dan Advokasi, di berbagai tingkat administrasi.

Promosi Kesehatan harus diselenggarakan dengan prinsip kemitraan dalam rangka good governance, yaitu antara pemerintah, masyarakat dan dunia usaha. Oleh karena itu, diharapkan buku ini tidak hanya berguna bagi unit-unit kesehatan pemerintah daerah, melainkan juga bagi mitra kerjanya, yaitu lintas sektor, masyarakat termasuk LSM, dan dunia usaha.

Semoga kehadiran buku pedoman pelaksanaan ini dapat memberikan dampak yang berarti bagi pelaksanaan Promosi Kesehatan dalam rangka mewujudkan "Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat". Amien.

Jakarta, 28 Oktober 2004
Sekretaris Jenderal Depkes,



Dr. Sjafii Achmad, MPH

351.841 Ind p	Katalog Dalam Terbitan . Departemen Kesehatan RI	
	Indonesia. Departemen Kesehatan RI Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di daerah keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 — Jakarta. Departemen Kesehatan. 2005	
	1. Judul	1. HEALTH OF PROMOTION

UCAPAN TERIMA KASIH

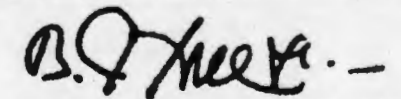
Kita panjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Pemurah, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga buku "Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah" ini berhasil diselesaikan sesuai dengan target.

Selain atas izin Allah SWT, keberhasilan ini juga berkat dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam ruangan ini patut kiranya disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada:

- Para pejabat di Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan, baik pejabat struktural maupun pejabat fungsional, yang telah menyiapkan rancangan awal pedoman ini.
- Para pejabat pengelola program kesehatan di lingkungan Departemen Kesehatan, yang telah memberikan tanggapan, masukan, dan saran perbaikan yang berharga.
- Para pejabat pengelola program Promosi Kesehatan di provinsi, sejumlah kabupaten/kota, Puskesmas, dan Rumah Sakit, yang telah memberikan tanggapan, masukan, dan saran perbaikan yang berharga melalui mailing system.
- Para pejabat dari Departemen Dalam Negeri, yang telah meluangkan waktu untuk mengadakan rapat pembahasan rancangan beberapa kali guna finalisasi.
- Para pimpinan Departemen Kesehatan dan Departemen Dalam Negeri yang telah memberikan petunjuk-petunjuk, sehingga pedoman ini tidak bertentangan dengan kebijakan-kebijakan yang ada.
- Pihak-pihak lain yang tidak mungkin disebutkan dalam ruang terbatas ini.

Semoga buku "Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah" ini dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan promosi kesehatan di era otonomi daerah, menuju "Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat".

Jakarta, 6 Desember 2004
Kepala Pusat Promosi Kesehatan Depkes,



Bambang Hartono, SKM, MSc, MM

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
UCAPAN TERIMA KASIH	iii
DAFTAR ISI	v
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN R.I.	vii
EDARAN MENTERI DALAM NEGERI	xi
1. PENDAHULUAN	1
2. PERAN PROMOSI KESEHATAN	2
3. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN	
A. Gerakan Pemberdayaan	6
B. Bina Suasana	8
C. Advokasi	9
D. Kemitraan	10
E. Metode dan Sarana	11
F. Pelaksanaan Strategi	12
G. Pengorganisasian Masyarakat	16
4. PROMOSI KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA	
A. Promosi Kesehatan Oleh Puskesmas	19
B. Promosi Kesehatan Oleh Rumah Sakit	23
C. Promosi Kesehatan Oleh Dinas Kesehatan	25
5. PROMOSI KESEHATAN DI PROVINSI	
A. Bina Suasana	28
B. Advokasi	29
C. Pembinaan Kemampuan Kabupaten/Kota	29
6. SUMBER DAYA PROMOSI KESEHATAN	
A. Sumber Daya Manusia	31
B. Sarana/Peralatan	33
C. Dana/ Anggaran Pemerintah	37
7. PEMANTAUAN DAN EVALUASI	38
8. PENUTUP	41



**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR: 1114/MENKES/SK/VIII/2005**

**TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN
DI DAERAH**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka mencapai Visi “Indonesia Sehat 2010”, perilaku sehat merupakan pilar utama;
 - b. bahwa untuk mewujudkan perilaku sehat masyarakat perlu diselenggarakan promosi kesehatan baik dalam skala nasional, skala provinsi, maupun skala kabupaten/kota;
 - c. bahwa sebagai acuan umum pelaksanaan promosi kesehatan telah ditetapkan kebijakan nasional promosi kesehatan;
 - d. bahwa sebagai tindak lanjut dari ditetapkannya kebijakan nasional promosi kesehatan, perlu ditetapkan pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di Daerah dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

- Mengingat :**
- 1. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 - 2. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Nomor 125 tahun 2004, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);

3. Undang-undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antar Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Nomor 126 tahun 2004, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
4. Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/TV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 951/Menkes/SK/VI/2000 tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Pencapaian Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

MEMUTUSKAN

Menetapkan:

Kesatu: **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DI DAERAH.**

Kedua: Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

Ketiga: Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah sebagaimana dimaksud diktum kedua agar digunakan sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan dan pengembangan promosi kesehatan.

Keempat: Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di: Jakarta
Pada tanggal : 1 Agustus 2005

MENTERI KESEHATAN

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, SpJP (K)

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor
1114/ Menkes/SK/ IX/2005

TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROMOSI KESEHATAN
DI DAERAH

1

PENDAHULUAN

Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menetapkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan penanggung jawab promosi kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertugas mengkoordinasikan, meningkatkan dan membina Pemberdayaan Masyarakat yang diselenggarakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, dan sarana-sarana kesehatan lain di wilayahnya. Selain itu, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga bertugas mendukung gerakan Pemberdayaan Masyarakat dengan menyelenggarakan Bina Suasana dan Advokasi di tingkat kabupaten/kota. Bina Suasana dan Advokasi ini harus direncanakan dan diselenggarakan dengan baik, sehingga sinkron dengan gerakan Pemberdayaan Masyarakat, baik dari segi isi maupun waktu penyelenggaraannya. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan juga menetapkan Dinas Kesehatan Provinsi sebagai penanggung jawab promosi kesehatan di tingkat provinsi. Dinas Kesehatan Provinsi bertugas mengkoordinasikan, mengembangkan dan memfasilitasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di bidang promosi kesehatan. Selain itu, Dinas Kesehatan Provinsi juga bertugas memperkuat Pemberdayaan Masyarakat yang diselenggarakan di tingkat kabupaten/kota melalui pendidikan-pelatihan (diklat) dan upaya-upaya lain, serta mendukungnya melalui Bina Suasana dan Advokasi di tingkat provinsi.

Agar diperoleh kesamaan persepsi dan dalam rangka menjabarkan lebih lanjut hal-hal yang tercantum dalam Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan tersebut, disusunlah Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Daerah.

Sebagai konsekuensi logis dari transisi sentralisasi ke desentralisasi, hampir semua hal memerlukan penataan kembali. Demikian pun dengan program dan kegiatan promosi kesehatan. Di semua tingkat administrasi, promosi kesehatan tampak terlepas dari program-program kesehatan. Di tingkat Kabupaten/Kota dirasakan kurangnya sinergisme dan sinkronisasi antara promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas, oleh Rumah Sakit, dan oleh Dinas Kesehatan. Sementara itu, sinergisme dan sinkronisasi juga dirasa lemah antara kegiatan promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh Kabupaten/Kota dengan yang diselenggarakan oleh Provinsi dan Departemen Kesehatan. Diharapkan dengan hadirnya pedoman ini, secara bertahap masalah-masalah tersebut akan dapat diatasi.

2

PERAN PROMOSI KESEHATAN

Sejak era reformasi, paradigma sehat digunakan sebagai paradigma pembangunan kesehatan. Dengan paradigma ini berarti pembangunan kesehatan harus lebih mengutamakan upaya-upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dengan demikian program promosi kesehatan mendapat tempat yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Sejalan dengan itu, telah pula ditetapkan Visi pembangunan kesehatan, yaitu "Indonesia Sehat 2010", serta Misi dan Strategi untuk mencapainya. Yang dimaksud dengan "Indonesia Sehat 2010" adalah bahwa pada tahun 2010, bangsa Indonesia telah hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat, serta dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil, sehingga memiliki derajat kesehatan yang optimal. Dengan demikian jelas bahwa perilaku hidup bersih dan sehat merupakan salah satu pilar bagi "Indonesia Sehat 2010". Bahkan dapat dikatakan sebagai pilar yang terpenting, karena dengan perilaku hidup bersih dan sehat, akan tercipta pilar-pilar yang lain, yaitu lingkungan sehat serta pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan terjangkau.

Guna mendukung pencapaian Visi "Indonesia Sehat" telah pula dilakukan revisi terhadap Sistem Kesehatan Nasional. Dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131 /Menkes/SK/II/2004 tahun 2004 telah ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang baru sebagai pengganti SKN yang ditetapkan pada tahun 1984. Salah satu subsistem dari SKN yang baru adalah Subsistem Pemberdayaan Masyarakat. Subsistem ini diperlukan agar SKN yang baru dapat menghasilkan keluaran berupa perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat sebagai salah satu pilar atau sokoguru utama dari Visi "Indonesia Sehat 2010".

Dalam tatanan otonomi daerah, Visi "Indonesia Sehat 2010" akan dapat dicapai apabila telah tercapai secara keseluruhan "Kabupaten/Kota Sehat". Oleh karena itu, selain harus dikembangkan Sistem Kesehatan Kabupaten/ Kota yang merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional, harus ditetapkan pula kegiatan minimal yang harus dilaksanakan oleh kabupaten/kota. Kegiatan minimal ini tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2004 tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Sebagaimana Subsistem Pemberdayaan Masyarakat harus tecermin dalam Sistem Kesehatan

Kabupaten/Kota, kegiatan promosi kesehatan juga tercakup dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) tersebut di atas. Promosi kesehatan dalam SPM disebut sebagai pelayanan penyuluhan perilaku sehat. Yaitu pelayanan untuk membantu masyarakat mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Di dalam Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembela-jaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu berperilaku mencegah timbulnya masalah-masalah dan gangguan kesehatan, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya, serta mampu pula berperilaku mengatasi apabila masalah dan gangguan kesehatan tersebut telanjur datang.

Dari pengertian itu tergambar bahwa pada hakikatnya promosi kesehatan adalah penopang utama bagi setiap program kesehatan. Dengan kata lain, promosi kesehatan, walaupun berdiri sendiri sebagai salah satu program kesehatan, tidak boleh berjalan sendiri. Promosi kesehatan harus selalu bergandeng tangan dengan setiap program kesehatan dalam rangka mencegah timbulnya masalah baru (kasus baru) dan mengatasi masalah (kasus) yang telanjur ada, serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu maka dapat dimengerti bahwa kegiatan promosi kesehatan dilakukan tidak hanya oleh petugas-petugas khusus promosi kesehatan, melainkan juga oleh petugas-petugas kesehatan lain. Bahkan, petugas-petugas kesehatan lain merupakan ujung tombak bagi promosi kesehatan, karena merekalah yang selalu berhubungan langsung dengan individu-individu (pasien/klien) dan keluarga serta dipercaya dapat membantu mereka. Kebijakan reformasi perumahsakit dan reformasi Puskesmas sangat mendukung konsep ini. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat disebutkan bahwa salah satu fungsi Puskesmas adalah sebagai pusat pemberdayaan masyarakat (dua fungsi yang lain: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama). Dengan demikian, maka dapat dimengerti bila disebutkan pula bahwa promosi kesehatan merupakan salah satu upaya wajib (lima upaya wajib lain adalah: kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, pengobatan) yang harus dilaksanakan oleh semua Puskesmas. Ini berarti bahwa setiap petugas kesehatan

di Puskesmas memiliki kewajiban untuk melaksanakan salah satu dari strategi promosi kesehatan, yaitu Pemberdayaan Masyarakat. Terutama terhadap individu (pasien/klien) dan keluarga.

3 STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Perilaku adalah sesuatu yang rumit. Perilaku tidak hanya menyangkut dimensi kultural yang berupa sistem nilai dan norma, melainkan juga dimensi ekonomi, yaitu hal-hal lain yang merupakan pendukung perilaku. Perilaku seseorang memiliki acuan kepada sistem nilai dan norma yang dianutnya. Dengan kata lain, sistem nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma "dibuat" oleh masyarakat untuk dianut oleh individu-individu anggota masyarakat tersebut. Namun demikian sistem nilai dan norma, sebagai sistem sosial, adalah sesuatu yang dinamis. Artinya, sistem nilai dan norma suatu masyarakat akan berubah mengikuti perubahan-perubahan lingkungan dari masyarakat yang bersangkutan. Tentu saja jika perubahan tersebut memang dikehendaki oleh individu-individu dalam masyarakat. Jadi, antara sistem nilai dan norma di satu pihak dengan individu-individu masyarakat di pihak lain, terdapat hubungan timbal-balik — sistem nilai dan norma mempengaruhi perilaku individu, perilaku individu yang berubah akan dapat mengubah sistem nilai dan norma.

Untuk sistem nilai dan norma yang sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengupayakan terpeliharanya sistem nilai dan norma tersebut. Sedangkan untuk sistem nilai dan norma yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengubah sistem nilai dan norma tersebut melalui perubahan perilaku individu-individu anggota masyarakat.

Individu-individu anggota masyarakat yang memiliki potensi besar untuk mengubah sistem nilai dan norma adalah mereka yang disebut dengan pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat ini terdiri atas dua kategori, yaitu tokoh masyarakat yang formal dan tokoh masyarakat yang informal. Tokoh masyarakat formal adalah orang yang memiliki posisi menentukan dalam sistem pemerintahan (disebut juga penentu kebijakan), seperti gubernur, bupati/walikota, anggota dewan perwakilan rakyat, dan lain-lain. Sedangkan tokoh masyarakat informal ada berbagai jenis, seperti misalnya tokoh atau pemuka adat, tokoh atau pemuka agama, tokoh politik, tokoh pertanian, tokoh pendidikan, tokoh pemuda, tokoh remaja, tokoh wanita, tokoh kesehatan, dan lain-lain. Pemuka atau tokoh adalah seseorang yang memiliki kelebihan di antara kelompoknya. Ia akan menjadi panutan bagi kelompoknya atau bagi masyarakat karena ia merupakan figur yang

menonjol. Di samping itu, ia dapat mengubah sistem nilai dan norma masyarakat secara bertahap, dengan terlebih dulu mengubah sistem nilai dan norma yang berlaku dalam kelompoknya.

Namun demikian, perilaku juga menyangkut dimensi ekonomi. Seseorang yang sudah mau berperilaku tertentu tidak pernah jadi mempraktikkan perilaku itu karena tidak adanya kemampuan secara ekonomis. Misalnya, seseorang yang sudah mau membuang hajat (air besar) di jamban, tidak kunjung melakukan hal itu karena ia tidak mampu membuat jamban pribadi dan di sekitarnya tidak terdapat jamban umum. Contoh lain: seorang ibu yang sudah mau memeriksakan kandungannya secara teratur di Puskesmas, tidak juga datang ke Puskesmas karena ia tidak memiliki uang untuk ongkos transpor, walaupun untuk pemeriksaan di Puskesmas tidak dipungut biaya alias gratis.

Menyadari fakta-fakta tersebut di atas, maka promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna (komprehensif), khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menetapkan tiga strategi dasar promosi kesehatan, yaitu (1) gerakan pemberdayaan, (2) bina suasana, dan (3) advokasi, yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat. Ketiga strategi ini harus dilaksanakan secara lengkap dan berkesinambungan dalam "menggarap" setiap perilaku baru masyarakat yang diperlukan oleh program kesehatan. Misalnya, bila program kesehatan ibu dan anak menghendaki agar setiap ibu hamil memeriksakan kandungannya secara teratur di Puskesmas. Untuk itu terhadap para ibu hamil harus dilakukan (1) pemberdayaan, (2) pembinaan suasana lingkungan sosialnya, dan (3) advokasi kepada pihak-pihak yang dapat mendukung perilaku mereka. Demikian pula jika program penyehatan lingkungan menghendaki agar setiap keluarga membuang hajatnya di jamban.

A. GERAKAN PEMBERDAYAAN

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*). Sasaran utama dari Pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat.

Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada

keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu (misalnya diare) adalah masalah baginya dan bagi masyarakatnya. Sepanjang orang yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Manakala ia telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan.

Perubahan dari tahu ke mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi. Di sini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan (misalnya tentang seorang tokoh agama yang dia sendiri dan keluarganya tak pernah terserang diare karena perilaku yang dipraktikannya).

Bilamana sasaran sudah akan berpindah dari mau ke mampu melaksanakan, boleh jadi akan terkendala oleh dimensi ekonomi. Dalam hal ini kepada yang bersangkutan dapat diberikan bantuan langsung, tetapi yang seringkali dipraktikkan adalah dengan mengajaknya ke dalam proses pengorganisasian masyarakat (*community organization*) atau pembangunan masyarakat (*community development*). Untuk itu, sejumlah individu yang telah mau, dihimpun dalam suatu kelompok untuk bekerjasama memecahkan kesulitan yang dihadapi. Tidak jarang kelompok ini pun masih juga memerlukan bantuan dari luar (misalnya dari pemerintah atau dari dermawan). Di sinilah letak pentingnya sinkronisasi promosi kesehatan dengan program kesehatan yang didukungnya. Hal-hal yang akan diberikan kepada masyarakat oleh program kesehatan sebagai bantuan, hendaknya disampaikan pada fase ini, bukan sebelumnya. Bantuan itu hendaknya juga sesuai dengan apa yang dibutuhkan masyarakat.

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. LSM ini harus digalang kerjasamanya, baik di antara mereka maupun antara mereka dengan pemerintah, agar upaya pemberdayaan masyarakat dapat berdayaguna dan berhasilguna. Setelah itu, sesuai dengan ciri-ciri sasaran serta situasi dan kondisi, lalu ditetapkan, diadakan dan digunakanlah metode dan sarana komunikasi yang tepat.

B. BINA SUASANA

Bina Suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di mana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses Pemberdayaan Masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak para individu meningkat dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan Bina Suasana.

Terdapat tiga pendekatan dalam Bina Suasana, yaitu (1) Pendekatan Individu, (2) Pendekatan Kelompok, dan (3) Pendekatan Masyarakat Umum.

• Bina Suasana Individu

Bina Suasana Individu ditujukan kepada individu-individu tokoh masyarakat. Dengan pendekatan ini diharapkan mereka akan menyebarluaskan opini yang positif terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan. Di samping itu, mereka juga diharapkan dapat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan. Yaitu dengan bersedia atau mau mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut (misalnya seorang pemuka agama yang rajin melaksanakan Kutuk – Kuras, Tutup, dan Kubur – demi mencegah munculnya wabah demam berdarah). Lebih lanjut bahkan dapat diupayakan agar mereka bersedia menjadi kader dan turut menyebarluaskan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perubahan perilaku individu.

• Bina Suasana Kelompok

Bina Suasana Kelompok ditujukan kepada kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), Majelis Pengajian, Perkumpulan Seri, Organisasi Profesi, Organisasi Wanita, Organisasi Siswa/Mahasiswa, Organisasi Pemuda, dan lain-lain. Pendekatan ini dapat dilakukan oleh dan atau bersama-sama dengan pemuka/tokoh masyarakat yang telah peduli. Dengan pendekatan ini diharapkan kelompok-kelompok tersebut menjadi peduli terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan dan menyetujui atau mendukungnya. Bentuk dukungan ini dapat berupa kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait, dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

• Bina Suasana Masyarakat Umum

Bina Suasana Masyarakat Umum dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dengan pendekatan ini diharapkan media-media massa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media-media massa tersebut lalu bersedia menjadi mitra dalam rangka menyebarluaskan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum (opini publik) yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau “penekan” (*social pressure*) oleh individu-individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang sedang diperkenalkan.

C. ADVOKASI

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*). Berbeda dengan Bina Suasana, Advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana, dan lain-lain sejenis. *Stakeholders* yang dimaksud bisa berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh adat, dan lain-lain yang umumnya dapat berperan sebagai penentu “kebijakan” (tidak tertulis) di bidangnya. Yang juga tidak boleh dilupakan adalah tokoh-tokoh dunia usaha, yang diharapkan dapat berperan sebagai penyandang dana non-pemerintah.

Perlu disadari bahwa komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh dalam waktu singkat. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan, yaitu (1) mengetahui atau menyadari adanya masalah, (2) tertarik untuk ikut mengatasi masalah, (3) peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah, (4) sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternatif pemecahan masalah, dan (5) memutuskan tindak lanjut kesepakatan. Dengan demikian, maka advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat, dan tepat. Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang, yaitu:

- Sesuai minat dan perhatian sasaran advokasi
- Memuat rumusan masalah dan alternatif pemecahan masalah
- Memuat peran si sasaran dalam pemecahan masalah
- Berdasarkan kepada fakta atau *evidence-based*
- Dikemas secara menarik dan jelas
- Sesuai dengan waktu yang tersedia

Sebagaimana Pemberdayaan dan Bina Suasana, Advokasi juga akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan. Yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama. Dengan kerjasama, melalui pembagian tugas dan saling-dukung, maka sasaran advokasi akan dapat “diperangkap” sebagaimana layaknya para pemain bola yang bekerjasama menggiring dan memasukkan bola ke gawang. Pepatah bangsa Afrika mengatakan bahwa “bila laba-laba telah menebar jejaringnya, maka singa sekali pun akan dapat diperangkap”. Sebagai konsekuensinya, metode dan sarana advokasi pun harus ditentukan secara cermat, sehingga kerjasama dapat berjalan baik.

D. KEMITRAAN

Sebagaimana disebutkan di atas, kemitraan harus digalang baik dalam rangka Pemberdayaan maupun Bina Suasana, dan Advokasi. Dengan demikian kemitraan perlu digalang dengan individu-individu, keluarga, pejabat-pejabat atau instansi-instansi pemerintah yang terkait dengan urusan kesehatan (lintas sektor), pemuka atau tokoh masyarakat, media massa, dan lain-lain.

Kemitraan yang digalang itu harus berlandaskan kepada tiga prinsip dasar, yaitu (1) kesetaraan, (2) keterbukaan, dan (3) saling menguntungkan.

• Kesetaraan

Kesetaraan berarti tidak diciptakan hubungan yang bersifat hirarkhis. Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sama (berdiri sama tinggi, duduk sama rendah). Keadaan ini dapat dicapai apabila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan. Yaitu hubungan yang dilandasi kebersamaan atau kepentingan bersama. Adapun bila kemudian dibentuk struktur yang hirarkhis (dalam organisasi kelompok kemitraan, misalnya), adalah karena kesepakatan.

• Keterbukaan

Oleh karena itu, di dalam setiap langkah diperlukan adanya kejujuran dari masing-

masing pihak. Setiap usul/ saran/komentar harus disertai dengan alasan yang jujur, sesuai fakta, tidak menutup-tutupi sesuatu. Pada awalnya hal ini mungkin akan menimbulkan diskusi yang seru layaknya “pertengkaran”. Akan tetapi kesadaran akan kekeluargaan dan kebersamaan, akan mendorong timbulnya solusi yang adil dari “pertengkaran” tersebut.

• Saling menguntungkan

Solusi yang adil ini terutama dikaitkan dengan adanya keuntungan yang didapat oleh semua pihak yang terlibat. Perilaku sehat dan kegiatan-kegiatan kesehatan dengan demikian harus dapat dirumuskan keuntungan-keuntungannya (baik langsung maupun tidak langsung) bagi semua pihak yang terkait. Termasuk keuntungan ekonomis, bila mungkin.

E. METODE & SARANA

Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi pada dasarnya adalah proses komunikasi. Yaitu proses mengemas informasi, menyampaikan informasi, dan menerima informasi, yang terjadi dalam suatu lingkungan tertentu. Dalam penyampaian informasi dapat terjadi hubungan sepihak, dapat pula terjadi hubungan timbal-balik. Selain kemasan informasi, terdapat dua hal yang menentukan keberhasilan komunikasi, yaitu: (1) metode komunikasi, dan (2) sarana atau media pendukung komunikasi.

• Metode komunikasi

Tersedia banyak metode untuk menyampaikan informasi. Pemilihannya harus dipertimbangkan secara cermat dengan memperhatikan kemasan atau paket informasinya, keadaan penerima informasi (termasuk sosial budaya), dan hal-hal lain yang merupakan lingkungan komunikasi seperti ruang dan waktu. Pemberdayaan dapat dilakukan dengan pilihan metode: ceramah & tanya jawab, dialog, demonstrasi, konseling, bimbingan, kerja kelompok, dan lain-lain. Bina Suasana dapat dilakukan dengan metode-metode: penggunaan media massa, dialog, debat, seminar, kampanye, petisi/ resolusi, mobilisasi, dan lain-lain. Sedangkan Advokasi dapat dilakukan dengan pilihan metode: seminar, lobi, dialog, negosiasi, debat, petisi/ resolusi, mobilisasi, dan lain-lain. Masing-masing metode memiliki keunggulan dan kelemahan, sehingga penggunaan gabungan beberapa metode sering dilakukan untuk memaksimalkan hasil.

• Sarana komunikasi

Sebagaimana halnya metode komunikasi, banyak juga sarana yang dapat digunakan sebagai media atau alat untuk menyampaikan informasi. Penggunaan sarana komunikasi tergantung pula kepada sasaran atau penerima informasi. Jika penerima informasinya berupa individu tertentu, dapat digunakan media seperti lembar-balik (*flashcards*), gambar-gambar/foto-foto dan skema yang berupa lembaran-lembaran. Jika penerima informasinya berupa kelompok tertentu, dapat digunakan lembar-balik ukuran lebih besar, pertunjukan slides (melalui *overhead projector*, *slide projector*, komputer & *LCD projector*, atau lainnya), dan pertunjukan filem (melalui *film projector*, *VCD player*, komputer & *LCD projector*, atau lainnya). Jika penerima informasinya berupa masyarakat umum atau individu-individu dan kelompok-kelompok di mana pun berada (tidak tertentu), dapat digunakan poster, *leaflet*, *flyer*, majalah, koran, buku, siaran radio, dan tayangan televisi.

Karena metode dan sarana, bahkan juga kemasan informasi, ditentukan pula oleh sosial budaya penerima informasi, maka perlu diteliti dan dikembangkan metode-metode dan sarana-sarana yang sesuai dengan berbagai tatanan sosial budaya yang ada di Indonesia. Dalam hal ini, untuk masyarakat yang masih tradisional, pengembangan metode dan sarana tradisional perlu mendapat perhatian.

F. PELAKSANAAN STRATEGI

Sebagaimana disebutkan di muka, strategi dasar promosi kesehatan adalah Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi, diperkuat dengan Kemitraan serta Metode dan Sarana. Di tingkat operasional seperti Puskesmas dan Rumah Sakit, Pemberdayaan harus merupakan strategi utama. Dengan demikian, di unit-unit operasional, kemampuan untuk melaksanakan Pemberdayaan merupakan kemampuan minimal yang harus dimiliki, termasuk kemampuan dalam menetapkan metode dan sarana komunikasinya. Sedangkan pengadaan sarana komunikasi dapat dibantu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedapat mungkin Pemberdayaan ini juga dilaksanakan melalui kemitraan dengan tokoh masyarakat/kader, LSM, atau pihak-pihak lain. Bagi unit-unit operasional, kemampuan Bina Suasana dan kemampuan Advokasi merupakan kemampuan pengembangan, dan selagi unit operasional belum memilikinya, harus dibantu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jadi dapat dikatakan bahwa untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemampuan minimal yang harus dimiliki selain kemampuan Bina Suasana dan kemampuan Advokasi, adalah kemampuan membantu / membimbing unit-unit operasional. Bina Suasana dan Advokasi di tingkat kabupaten/kota juga diselenggarakan melalui

kemitraan dengan media massa, LSM, organisasi profesi, dan lain-lain. Peningkatan kemampuan promosi kesehatan kabupaten/kota selain dilakukan oleh kabupaten/kota sendiri, juga dengan dibantu oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

Kegiatan promosi kesehatan yang diselenggarakan di tingkat kabupaten/kota harus didukung oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Karena Dinas Kesehatan Provinsi, sebagaimana halnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, tidak dapat secara langsung menjangkau individu-individu masyarakat dan keluarga, maka strategi utama promosi kesehatan di tingkat provinsi adalah juga Bina Suasana dan Advokasi. Tentu saja Bina Suasana dan Advokasi yang dilakukan ini adalah dalam skala provinsi, dan pelaksanaannya juga melalui kemitraan dengan media massa, LSM, organisasi profesi, dan lain-lain. Jadi dapat dikatakan bahwa untuk Dinas Kesehatan Provinsi, kemampuan minimal yang harus dimiliki adalah kemampuan untuk melaksanakan Bina Suasana dan Advokasi serta mengembangkan kemampuan kabupaten/kota melalui pendidikan, pelatihan, bimbingan & supervisi, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaan strategi promosi kesehatan, terdapat paling sedikit tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu (1) integrasi dengan program kesehatan, (2) pendekatan tatanan, dan (3) landasan fakta.

1. Integrasi Dengan Program Kesehatan

Promosi kesehatan harus mendukung program-program kesehatan dalam rangka mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan. Oleh karena itu, untuk pelaksanaan promosi kesehatan sebaiknya dilakukan rapat-rapat atau pembahasan antara pengelola program promosi kesehatan dengan pengelola program kesehatan. Sebaiknya rapat-rapat ini dilakukan secara bilateral, kecuali dengan program-program kesehatan yang berkaitan satu sama lain (misalnya program pemberantasan TBC, program gizi, dan program penyehatan lingkungan/perumahan) dilakukan secara multilateral. Rapat-rapat itu diawali dengan merumuskan tujuan dari program kesehatan. Setelah itu, barulah dirumuskan kegiatan promosi kesehatannya. Berikut disajikan contoh rencana rapat-rapat dalam rangka merumuskan integrasi promosi kesehatan dalam pencegahan dan penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD).

RAPAT-RAPAT PERUMUSAN STRATEGI DAN LANGKAH-LANGKAH INTEGRASI PROMOSI KESEHATAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN DBD

Pencegahan dan Penanggulangan DBD merupakan kegiatan yang dilaksanakan bersama

antara sejumlah program kesehatan, yaitu pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, pelayanan medik dan penunjang medik (terutama laboratorium), pelayanan farmasi, dan pelayanan darah (untuk kasus tertentu).

- Tujuan Program Kesehatan:

1. Mencegah timbulnya wabah DBD di tahun 2004/2005 melalui Pembasmian Sarang Nyamuk dengan Kutuk Plus (Kuras, Tutup, Kubur, dan lain-lain) serta Pengasapan.
2. Memperkecil kasus kematian akibat DBD dengan menyediakan pelayanan pengobatan dan perawatan penderita di Puskesmas dan Rumah Sakit.

- Dukungan Promosi Kesehatan:

Promosi Kesehatan akan mendukung program kesehatan dengan melaksanakan Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi di semua tatanan, bekerjasama dengan Tokoh Masyarakat, Organisasi Profesi, LSM, Media Massa, Dunia Usaha, dan lain-lain.

- Pembahasan Rapat-rapat selanjutnya:

Rapat-rapat diharapkan membahas rincian mengenai Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi untuk setiap tatanan. Untuk masing-masing strategi di setiap tatanan dirumuskan: siapa sasarannya, perilaku/peran yang diharapkan, isi pesan komunikasi, metode komunikasi, sarana/media komunikasi, dan pelaksanaannya. Selain itu juga dibahas dukungan yang diharapkan dari Dinas Kesehatan Provinsi.

Bila analisis epidemiologis terhadap penyakit DBD menunjukkan bahwa mulai meningkatnya kasus DBD adalah pada bulan November setiap tahunnya, maka promosi kesehatan harus sudah dimulai pada bulan Agustus 2004. Masa promosi kesehatan untuk DBD mungkin berlangsung antara Agustus 2004 tersebut sampai Januari 2005.

2. Pendekatan Tatanan

Guna memudahkan pelaksanaan promosi kesehatan di luar gedung, biasanya dilakukan segmentasi terhadap sasaran, sehingga dapat dilakukan promosi kesehatan dengan pendekatan tatanan. Dalam hal ini terdapat paling sedikit lima tatanan, yaitu (1) tatanan rumah tangga, (2) tatanan institusi pendidikan (sekolah, madrasah, pesantren, perguruan tinggi), (3) tatanan tempat kerja (kantor, pabrik, gudang, dan lain-lain sejenis) dan (4) tatanan tempat umum (bandara, pelabuhan, stasiun, terminal, dermaga, pasar, pusat belanja, gedung pertunjukan, pusat olah raga, dan lain-lain), dan (5) tatanan sarana kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, kantor-kantor kesehatan,

dan lain-lain). Dalam perancangan promosi kesehatan untuk masing-masing tatanan, kemudian ditetapkan sasaran (baik sasaran Pemberdayaan, sasaran Bina Suasana maupun sasaran Advokasi), perilaku yang akan diperkenalkan atau peran yang akan ditawarkan, isi pesan komunikasi, metode komunikasi, media komunikasi yang tepat, dan pelaksana yang tepat.

3. Landasan Fakta

Dalam Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan disebutkan bahwa guna meningkatkan promosi kesehatan dengan berlandaskan kepada fakta, harus dikembangkan pencatatan dan pelaporan, sistem informasi di bidang promosi kesehatan, serta pendayagunaan data dan informasi dalam perencanaan dan perancangan promosi kesehatan.

Pencatatan dan pelaporan kegiatan promosi kesehatan hendaknya dapat dikembangkan sejak dari tingkat operasional pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, dan lain-lain). Data dari unit-unit operasional ini diolah di unit yang bersangkutan untuk keperluan setempat. Selain itu, data ini juga dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diolah di sana untuk perencanaan dan perancangan promosi kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Hasil olahan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikirim juga ke Dinas Kesehatan Provinsi dan diolah lagi di sana untuk perencanaan dan perancangan promosi kesehatan di tingkat provinsi. Selanjutnya, hasil olahan di Dinas Kesehatan Provinsi dikirim ke Departemen Kesehatan untuk perencanaan promosi kesehatan di tingkat nasional. Data yang dikirim atau dilaporkan mencakup baik data yang berasal dari kegiatan promosi kesehatan (seperti frekuensi dan cakupan kegiatan promosi kesehatan), maupun yang berasal dari masyarakat berupa perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebagai dampak kegiatan promosi kesehatan. Dengan demikian, maka akan terbentuk suatu sistem informasi promosi kesehatan yang paripurna.

Guna dapat memberikan gambaran yang sistematis tentang promosi kesehatan di berbagai tingkat administrasi perlu dikembangkan Profil Promosi Kesehatan (Profil Promosi Kesehatan Kecamatan, Profil Promosi Kesehatan Kabupaten/Kota, Profil Promosi Kesehatan Provinsi, dan Profil Promosi Kesehatan Indonesia). Profil Promosi Kesehatan di setiap tingkat administrasi ini diterbitkan setahun sekali dan memuat informasi tentang masukan, proses, keluaran, serta dampak promosi kesehatan. Selain itu, di dalamnya juga tergambar uraian atau peta yang menunjukkan perbandingan keberhasilan promosi kesehatan antar-wilayah sebagai sarana untuk saling-ukur (*benchmarking*).

G. PENGORGANISASIAN MASYARAKAT

Pengorganisasian masyarakat sebagai salah satu metode pemberdayaan masyarakat yang bersifat komprehensif perlu dikembangkan di desa-desa/kelurahan-kelurahan/nagari-nagari secara bertahap. Pendekatannya adalah melalui pengembangan Daerah-daerah Percontohan sesuai dengan program kesehatan yang didukung (misalnya Desa Siaga untuk KIA). Daerah-daerah Percontohan ini selain dapat digunakan sebagai alat untuk advokasi guna replikasinya ke daerah-daerah (desa-desa/kelurahan-kelurahan/nagari-nagari lain), juga dapat digunakan sebagai lahan kerja lapangan dalam pelatihan petugas. Metode pelatihan petugas yang paling efektif dalam hal ini adalah pelatihan yang dilaksanakan secara berselang-seling antara kegiatan di kelas dan kegiatan di lapangan (*interrupted training*). Dengan *interrupted training* sekaligus dapat diperoleh dua hasil, yaitu petugas-petugas yang terampil dan Daerah Percontohan. Pelatihan semacam ini dapat diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota terhadap petugas-petugas promosi kesehatan di Puskesmas wilayah kerjanya, atau oleh Dinas Kesehatan Provinsi terhadap petugas-petugas promosi kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas di wilayah kerjanya.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang *interrupted training*, berikut ini disajikan contoh pelaksanaannya di bidang KIA.

Adapun tahapan proses *interrupted training* tersebut adalah sebagai berikut:

- **Kegiatan di Kelas.** Berupa dinamika kelompok dan pemberian masukan tentang: (1) Pengertian promosi kesehatan dan strateginya (termasuk tentang Konsil Kesehatan Kecamatan), (2) Konsep/pengertian pemberdayaan masyarakat (*community development*) dan prosesnya, (3) Detil tahap pertama penggerakan masyarakat, yaitu Survei Mawas Diri Oleh Masyarakat (*Community Self-Survey*), serta (4) Cara-cara membimbing/memfasilitasi masyarakat, khususnya dalam Survei Mawas Diri.
- **Kegiatan di Lapangan.** Peserta kembali ke tempat kerjanya di Puskesmas dan Rumah Sakit untuk: (1) Berkonsultasi & berkoordinasi dengan Puskesmas, Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan pengelola program kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota guna memilih satu Desa Siaga Percontohan yang akan dikembangkan, (2) Berkoordinasi dengan Camat, tokoh masyarakat, dan LSM setempat untuk membentuk Konsil Kesehatan Kecamatan (K3) dan mengembangkan desa percontohan, (3) Berkoordinasi dengan K3 (tokoh

masyarakat dan LSM) merekrut kader (jika belum ada) atau menggerakkan kembali kader (jika sudah ada) di desa yang bersangkutan, (4) Meminta izin kepada aparat desa yang bersangkutan untuk mengadakan pertemuan-pertemuan dengan kader, guna menyiapkan pelaksanaan survei mawas diri, dan lain-lain (5) Memfasilitasi/membimbing kader melaksanakan survei mawas diri, (6) Bersama kader mengolah hasil survei mawas diri dan menyusun laporan untuk disajikan kepada masyarakat desa dan di kelas. Survei ini mencakup tentang masalah dalam hal ibu melahirkan dan bayi yang baru dilahirkan, penyebab-penyebab terjadinya masalah (tiga terlambat dari sisi *demand*), kesiagaan suami, kesiagaan bidan di desa, kemungkinan dikembangkannya dasolin dan tabulin, sistem transportasi untuk ambulan desa, donor darah, dan lain-lain yang dipandang perlu. Keterampilan yang diberikan adalah sampai kepada bagaimana membantu masyarakat mengolah data dan menganalisis hasil survei. Yaitu kemungkinan memecahkan masalah di bidang kesehatan ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang ditawarkan (kesiagaan suami, kesiagaan bidan, dasolin, tabulin, amdes, donor darah, dan lain-lain).

- **Kegiatan di Kelas.** Kegiatan di kelas dalam tahap ini berupa: (1) Masing-masing peserta menyajikan hasil kerja lapangannya yang mencakup baik proses penggerakan masyarakat untuk membentuk K3 dan survei mawas diri maupun hasil-hasilnya. Dilanjutkan dengan diskusi pleno untuk mengomentari dan memberi masukan guna perbaikannya, (2) Pemberian masukan berupa metode/teknik penyuluhan dan medianya, serta pemasaran sosial/MPR (3) Pemberian masukan tentang bagaimana melatih kader untuk melakukan penyuluhan dan menggunakan media, (4) Pemberian masukan tentang bagaimana menyelenggarakan pertemuan/musyawarah desa, (5) Pemberian masukan tentang proses merumuskan rencana pemecahan masalah dan membentuk organisasi-organisasi pengelola (dasolin, tabulin, amdes, donor darah, dan lain-lain), dengan kader-kader sebagai pengelolanya, (6) Pemberian masukan berupa konsep/pengertian dan teknik-teknik mengembangkan serta mendayagunakan kemitraan dan advokasi (jejaring advokasi).
- **Kegiatan di Lapangan.** Peserta kembali ke tempat kerjanya dan ke Desa Siaga untuk: (1) Bersama K3 (tokoh masyarakat dan LSM) melatih kader tentang cara-cara penyuluhan dan penggunaan media, (2) Bersama K3 (tokoh masyarakat dan LSM) membantu kader melaksanakan penyuluhan kepada ibu-ibu hamil, suami-suami mereka, tetangga, dukun bayi, dan lain-lain yang terkait (termasuk memasarkan PONEK dan PONEK), (3) Bersama K3 (tokoh masyarakat dan LSM)

membantu kader memilih bentuk-bentuk pemecahan masalah yang sesuai dan menyelenggarakan musyawarah-musyawarah desa. Dalam hal ini diupayakan untuk memadukan sudut pandang profesional dengan sudut pandang/aspirasi masyarakat, serta saling mengisi antara sumber daya yang dapat disediakan masyarakat dengan sumber daya yang bisa diberikan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, dan pemerintah umumnya serta pihak-pihak lain (termasuk dunia usaha), (4) Bersama K3 (tokoh masyarakat dan LSM) membantu kader mengidentifikasi pihak-pihak yang dibutuhkan guna mendukung suksesnya pemecahan masalah (sasaran advokasi/*stakeholders*), baik dalam hal kebijakan, sarana, dana maupun sumber daya lain, (5) Bersama tokoh masyarakat dan LSM mengajak Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan advokasi ke berbagai pihak (*stakeholders*) yang telah diidentifikasi dan melakukan langkah-langkah membangun kemitraan. Dalam tahap ini, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebaiknya melaksanakan bina suasana bekerjasama dengan media massa, untuk mendukung penyuluhan yang sedang dilaksanakan di tingkat desa.

- **Kegiatan di Kelas.** Kegiatan di kelas dalam tahap ini berupa: (1) Masing-masing peserta menyajikan hasil kerja lapangannya yang mencakup baik proses penggerakan masyarakat untuk penyuluhan, pemecahan masalah, pengorganisasiannya, dan upaya advokasi maupun hasil-hasil dari proses tersebut. Dilanjutkan dengan diskusi pleno untuk mengomentari dan memberi masukan guna perbaikannya, (2) Pemberian masukan berupa pemantauan dan evaluasi (sistem informasi) serta upaya-upaya pemeliharaan kelestarian (*sustainability*) dari Desa Siaga yang telah dikembangkan.
- **Kegiatan di Lapangan.** Peserta kembali ke tempat kerjanya dan ke Desa Siaga untuk: Bersama K3 (tokoh masyarakat dan LSM) membantu kader mengembangkan sistem informasi, pemantauan dan evaluasi.
- **Kegiatan di Kelas.** (1) Masing-masing peserta menyajikan hasil kerja lapangannya, dan (2) Penutupan.
- **Kegiatan di Lapangan:** Peserta kembali ke tempat kerjanya masing-masing untuk secara rutin bersama K3 melakukan pembinaan kelestarian Desa Siaga melalui bimbingan, supervisi, dan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagai fungsi Puskesmas dan Rumah Sakit.

4 PROMOSI KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

Promosi Kesehatan di kabupaten/kota dikoordinasikan melalui tiga sentra, yaitu Puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Puskesmas merupakan pusat kegiatan promosi kesehatan di tingkat kecamatan, dengan sasaran baik individu yang datang ke Puskesmas maupun keluarga dan masyarakat di wilayah kecamatan. Dengan demikian, sarana kesehatan lain di tingkat kecamatan harus berkoordinasi dengan Puskesmas dalam penyelenggaraan promosi kesehatannya. Rumah Sakit bertugas melaksanakan promosi kesehatan kepada individu dan keluarga yang datang ke Rumah Sakit. Sedangkan Dinas Kesehatan melaksanakan promosi kesehatan untuk mendukung promosi kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan Rumah Sakit serta sarana-sarana kesehatan lain tingkat kabupaten/kota, seperti Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), dan lain-lain. Dengan demikian, sarana-sarana kesehatan lain di tingkat kabupaten/kota harus berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan dalam penyelenggaraan promosi kesehatannya.

Penanggung jawab dari semua kegiatan promosi kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus dapat mengkoordinasikan dan menyusun bersama dengan sarana-sarana kesehatan yang ada di kabupaten/kota tersebut, kegiatan-kegiatan promosi kesehatan di wilayahnya.

A. PROMOSI KESEHATAN OLEH PUSKESMAS

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila di suatu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi di antara Puskesmas-Puskesmas tersebut. Acuanannya adalah keutuhan konsep wilayah (desa/ kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional. Yakni, meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, agar terwujud derajat kesehatan yang

setinggi-tingginya, dalam rangka mencapai Visi "Indonesia Sehat"

Untuk mencapai tujuan tersebut, Puskesmas harus menyelenggarakan tiga fungsi, yaitu sebagai : (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, (2) pusat pemberdayaan masyarakat, dan (3) pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, Puskesmas harus selalu berupaya agar individu, keluarga dan masyarakat memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk melayani diri sendiri dan masyarakat di bidang kesehatan. Yaitu dalam rangka mengupayakan hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program-program kesehatan. Pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

• Pemberdayaan Individu

Pemberdayaan individu dilakukan oleh setiap petugas Puskesmas terhadap individu-individu yang datang memanfaatkan pelayanan Puskesmas. Selain itu juga terhadap individu-individu yang menjadi sasaran kunjungan (misalnya dalam upaya keperawatan kesehatan masyarakat atau usaha kesehatan sekolah).

Tujuan dilakukannya pemberdayaan individu terutama adalah untuk memperkenalkan perilaku baru kepada individu (yang mungkin juga merupakan pengganti dari perilaku yang selama ini dipraktikkan oleh individu tersebut). Misalnya saja perilaku menimbang balita secara berkala untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan balita. Perilaku ini dapat diperkenalkan kepada individu-individu ibu yang membawa balitanya berobat ke Puskesmas. Kepada setiap ibu, setelah selesai diberi pelayanan pengobatan untuk balitanya, dapat disampaikan informasi tentang manfaat menimbang balita secara berkala, bagaimana mencatat dan menggunakan catatan (yaitu KMS), dan di mana si ibu dapat melakukan penimbangan yang dimaksud (yaitu di Posyandu). Ibu yang dikunjungi ke rumahnya, mungkin karena berhenti memeriksakan kandungannya ke Puskesmas, padahal seharusnya masih harus melakukan hal itu (*drop out*). Atau karena sebab-sebab lain. Seorang Bapak yang dikunjungi ke rumahnya, mungkin karena yang bersangkutan tidak memberikan kabar sepulang dari konsultasi tentang jaman. Atau tidak datang mengambil obat TBC ke Puskesmas. Atau karena sebab-sebab lain. Murid sekolah atau madrasah atau santri pesantren

yang ditangani secara individu, mungkin karena menderita karies gigi atau gizi kurang, atau masalah kesehatan lain. Saat kunjungan ini dilakukan proses Pemberdayaan sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Metode yang digunakan dalam hal ini dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: dialog, demonstrasi, konseling, dan bimbingan. Media komunikasi yang digunakan dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: lembar balik, gambar/ foto, dan skema, atau media lain yang mudah digunakan dan dibawa (jika dipakai kunjungan).

• Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dilakukan oleh petugas Puskesmas yang melaksanakan kunjungan rumah terhadap keluarga. Yaitu keluarga dari individu pengunjung Puskesmas, atau keluarga-keluarga lain yang berada di wilayah kerja Puskesmas.

Pemberdayaan keluarga ditujukan untuk memperkenalkan perilaku baru (yang mungkin sebagai pengganti dari perilaku yang selama ini dipraktikkan keluarga tersebut). Misalnya buang air besar di jamban, mengonsumsi garam beryodium, memelihara taman obat keluarga, menguras bak mandi-menutup persediaan air-mengubur benda-benda buangan yang dapat menahan/menampung air (Kutuk), mengonsumsi makanan berserat. Dalam kunjungan rumah ini dikumpulkan semua anggota keluarga dan diberikan informasi berkaitan dengan perilaku yang diperkenalkan. Pemberian informasi dilakukan secara sistematis sehingga anggota-anggota keluarga itu bergerak dari tidak tahu ke tahu, dan dari tahu ke mau. Bila sarana untuk melaksanakan perilaku yang bersangkutan tersedia, diharapkan juga sampai tercapai fase mampu melaksanakan (misalnya dengan mulai membuat taman obat keluarga).

Metode yang digunakan dapat berupa salah satu atau kombinasi dari: dialog, demonstrasi, konseling, dan bimbingan. Media komunikasi yang digunakan juga dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: lembar balik, gambar/ foto, dan skema, atau media lain yang mudah digunakan dan dibawa.

• Pemberdayaan Masyarakat Umum

Pemberdayaan juga dapat dilakukan terhadap sekelompok individu anggota masyarakat, melalui upaya penggerakan atau pengorganisasian masyarakat (*community organization/community development*). Sasarannya dapat berupa orang

dewasa, dapat juga murid-murid sekolah atau santri-santri. Salah satu hasil dari upaya ini dapat berujud upaya-upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pondok Bersalin Desa (Polindes), Bina Keluarga Balita (BKB), Warung Obat Desa (WOD), Panti Pemulihan Gizi, Dokter Kecil, Saka Bhakti Husada (SBH), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Kelompok Pemakai Air (Pokmair), Desa Percontohan Kesehatan Lingkungan, Posyandu Usila, Panti Wreda, Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM), Taman Obat Keluarga (Toga), Dana Sehat, Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), dan lain-lain. Melalui metode yang sama (yaitu pengorganisasian masyarakat) dapat pula dibentuk Badan Penyantun Puskesmas (BPP). Yaitu suatu badan yang menghimpun berbagai potensi masyarakat seperti tokoh masyarakat, LSM, dan dunia usaha, yang berperan sebagai mitra Puskesmas dalam pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan.

Penggerakan atau pengorganisasian masyarakat diawali dengan membantu kelompok masyarakat tertentu untuk mengubah masalah yang dihadapi individu-individu menjadi masalah bersama. Setelah itu, lalu dirumuskan upaya bersama yang dapat dilaksanakan oleh kelompok untuk mengatasi masalah tersebut. Tidak jarang, untuk lebih meyakinkan kelompok dan dalam rangka perencanaan yang baik dalam mengatasi masalah, kelompok dibantu untuk melakukan survei sederhana (*Community Self Survey* atau CSS - lihat uraian tentang Pengorganisasian Masyarakat di Bab 3). Dalam pelaksanaan pemecahan masalah, Puskesmas memberikan bantuan teknis dan sebaiknya juga material seperti obat, KMS, dan lain-lain. Jika Puskesmas tidak mampu memberikan bantuan material, kiranya, bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dapat melakukan advokasi ke pihak-pihak yang mungkin dapat membantu. Yang juga tidak dapat diabaikan dalam penggerakan atau pengorganisasian masyarakat ini adalah peran petugas Puskesmas dalam membantu lebih lanjut manajemen pelaksanaan pemecahan masalah. Misalnya dalam hal menyusun organisasi, menyusun staf, menyusun anggaran dan menciptakan sistem pembiayaannya, dan lain-lain. Tentu saja hal yang tidak mudah ini harus dibantu juga oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tentu tidak tertutup kemungkinan bahwa petugas Puskesmas juga akan melakukan Bina Suasana dan Advokasi. Hal itu dapat dilakukan bila keterampilan yang diperlukan memang dimiliki Puskesmas. Jika tidak, Puskesmas harus meminta dukungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

B. PROMOSI KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT

Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang berperan sebagai rujukan untuk kasus-kasus yang tidak dapat ditangani Puskesmas dan sarana kesehatan strata pertama lainnya. Dalam SKN disebutkan bahwa Rumah Sakit adalah penyelenggara upaya kesehatan strata kedua dan strata ketiga. Namun demikian patut disadari bahwa pada saat ini keadaan belum sepenuhnya demikian. Rumah Sakit tampaknya masih harus berperan juga sebagai "Puskesmas Besar" minus pelayanan kesehatan masyarakat.

Apa pun peran yang dilaksanakan Rumah Sakit, yang utama adalah sebagai penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan (kuratif dan rehabilitatif). Oleh karena itu, yang lebih banyak dilakukan oleh Rumah Sakit adalah pelayanan dalam gedung. Pasien-pasien yang sudah kembali dari rumah sakit, tindak lanjut kunjungan rumahnya diserahkan kepada Puskesmas, dalam suatu sistem rujukan.

Sebagai unit operasional, yang terpenting dapat dilakukan Rumah Sakit adalah Pemberdayaan. Yaitu oleh setiap petugas pelayanan kesehatan terhadap individu-individu pasien dan keluarga atau kelompoknya yang berkunjung ke Rumah Sakit. Adapun tujuan dari Pemberdayaan tersebut adalah sebagai berikut.

• Pemberdayaan Individu Pasien

Terdapat tiga kategori pasien, yaitu (1) pasien yang sedang sakit akut, (2) pasien yang dalam penyembuhan, dan (3) pasien dengan penyakit kronis. Selama pasien sakit akut, semua perhatian dan tenaga pasien serta petugas kesehatan dipusatkan pada upaya untuk menyelamatkan pasien dari ancaman maut dan dari penderitaan. Suasana seperti ini tidak tepat untuk melakukan promosi kesehatan. Namun petugas kesehatan sudah dapat mulai merencanakan upaya Pemberdayaan yang nanti akan dilakukannya. Pada saat pasien sudah memasuki masa penyembuhan, umumnya ia sangat ingin mengetahui seluk-beluk tentang penyakitnya. Walaupun tidak tertutup kemungkinan adanya pasien yang acuh tak acuh karena mereka sudah terbebas dari penyakitnya. Bagi pasien yang seperti ini, Pemberdayaan memang harus dimulai dari awal, yaitu dari menciptakan kesadaran akan adanya masalah. Adapun pasien dengan penyakit kronis dapat menunjukkan reaksi yang berbeda-beda seperti misalnya agresif, apatis, atau menarik diri. Hal ini karena penyakit kronis umumnya memberikan pengaruh fisik dan kejiwaan serta dampak sosial ekonomi kepada penderitanya. Kepada pasien yang seperti ini, kesabaran dari petugas kesehatan sungguh sangat diharapkan, khususnya dalam pelaksanaan promosi kesehatan atau Pemberdayaan.

Pemberdayaan terhadap individu-individu pasien ditujukan agar yang bersangkutan:

- Mengembangkan pengertian dan sikap tentang penyakit yang dideritanya, sehingga tahu apa yang harus dilakukan dan kemudian terdorong untuk:
 - Membantu mempercepat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatannya. Misalnya dengan selalu mengikuti secara tekun anjuran petugas kesehatan Rumah Sakit dalam pengobatan penyakitnya.
 - Mencegah terserang kembali oleh penyakit yang sedang dideritanya.
 - Mencegah terjadinya penularan penyakitnya kepada orang lain.
 - Memberi penjelasan (penyuluhan) kepada orang lain agar tidak terserang oleh penyakit yang sedang dideritanya.
- Mengembangkan pengertian dan sikap tentang pemanfaatan sarana kesehatan secara benar (sesuai dengan kaidah rujukan). Yaitu jika sakit sebaiknya tidak langsung ke Rumah Sakit, melainkan ke Puskesmas terdekat terlebih dulu. Selanjutnya, Puskesmaslah yang akan menentukan apakah ia perlu dikirim ke Rumah Sakit atau tidak.

Metode yang digunakan dalam hal ini dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: dialog, demonstrasi, konseling, dan bimbingan, yang dilakukan di samping tempat tidur pasien (*bedside health promotion*). Bagi pasien-pasien yang sudah hampir sembuh, metode-metode yang dipilih dapat dilakukan secara berkelompok dalam satu ruangan. Media komunikasi yang digunakan dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: lembar balik, gambar/foto, dan skema, atau media lain yang mudah digunakan dan dibawa (bila digunakan untuk *bedside health promotion*).

• Pemberdayaan Keluarga/Kelompok

Pemberdayaan terhadap keluarga/kelompok ditujukan untuk mengembangkan pengertian dan kemauan guna mendukung pasien dalam bentuk:

- Dukungan moral dan atau material dalam penyembuhan penyakit.
- Upaya mencegah agar penyakit yang diderita pasien tidak menular kepada orang lain.
- Upaya mencegah agar jika pasien sudah sembuh tidak terserang kembali oleh penyakit yang sama.

Jadi Pemberdayaan Keluarga/Kelompok yang dilakukan di Rumah Sakit ini dapat pula disebut sebagai Bina Suasana di lingkungan Rumah Sakit.

Pemberdayaan keluarga/kelompok di Rumah Sakit biasanya dilakukan sebelum atau sesudah keluarga/kelompok itu menjenguk pasien. Yaitu dengan memilah-milah dan mengumpulkan mereka dalam ruangan-ruangan, sesuai dengan penyakit pasien yang dijenguknya. Metode yang digunakan dapat berupa salah satu atau kombinasi dari: dialog, demonstrasi, konseling, dan bimbingan. Media komunikasi yang digunakan juga dapat berupa pilihan atau kombinasi dari: lembar balik, gambar/foto, dan skema, atau media lain.

Seperti halnya dengan Puskesmas, tentu tidak tertutup kemungkinan pula bahwa petugas Rumah Sakit juga akan melakukan Bina Suasana (selain melalui Pemberdayaan Keluarga/Kelompok) dan Advokasi. Bina Suasana itu dapat berupa pemasangan poster, pemasangan spanduk, pembagian *leaflet*/booklet, dan lain-lain. Hal itu dapat dilakukan bila keterampilan yang diperlukan memang dimiliki Rumah Sakit. Jika tidak, Rumah Sakit harus meminta dukungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

C. PROMOSI KESEHATAN OLEH DINAS KESEHATAN

Sebagaimana disebutkan di muka, promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersifat mendukung kegiatan Pemberdayaan yang dilaksanakan di Puskesmas dan di Rumah Sakit serta sarana pelayanan kesehatan lain. Selain itu, sebagai penanggung jawab Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga harus melaksanakan fungsi koordinasi dan integrasi, termasuk dalam hal promosi kesehatan.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kunci keberhasilan promosi kesehatan di kabupaten/kota terletak pada keberhasilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengkoordinasikan dan mengintegrasikan kegiatan promosi kesehatan dengan kegiatan program-program kesehatan, khususnya dalam hal:

- Menetapkan urutan prioritas masalah-masalah kesehatan setempat yang akan ditangani.
- Menetapkan waktu/jadwal pelaksanaan promosi kesehatan yang terfokus kepada masalah atau masalah-masalah kesehatan prioritas (sebaiknya tidak lebih dari tiga masalah). Dengan demikian maka substansi Bina Suasana dan Advokasi yang dilaksanakan di tingkat kabupaten/kota dapat mendukung (sinkron) dengan substansi Pemberdayaan yang sedang dilaksanakan oleh sebagian besar unit-unit

operasional. Hal ini dapat dilakukan dengan terlebih dulu menganalisis secara epidemiologis masing-masing masalah kesehatan dan menetapkan pola kejadiannya menurut waktu.

- Melatih, mengawasi, membimbing, dan mengevaluasi petugas-petugas kesehatan di unit-unit operasional dalam melaksanakan Pemberdayaan untuk substansi program kesehatan yang menjadi prioritas.
- Membantu petugas-petugas kesehatan di unit-unit operasional dengan sarana/media komunikasi yang sesuai untuk pelaksanaan Pemberdayaan (misalnya dengan menyediakan lembar balik, dan lain-lain). Untuk ini secara bertahap dapat dikembangkan kemampuan produksi media, baik media cetak maupun media elektronik.
- Melaksanakan Bina Suasana dan Advokasi di tingkat kabupaten dan di tingkat lebih rendah jika diperlukan.

Dari analisis epidemiologis terhadap masalah-masalah kesehatan prioritas, akan dapat diketahui dalam bulan-bulan apa setiap masalah kesehatan biasanya mulai meningkat kejadiannya. Berdasarkan atas informasi itu dapat ditetapkan masa promosi kesehatan untuk setiap masalah kesehatan prioritas. Untuk kepentingan pencegahan, tentu masa promosi kesehatan harus mencakup waktu (minimal dua bulan) sebelum bulan mulai meningkatnya kejadian. Oleh karena itu, maka seyogianya tiga masalah kesehatan saja yang didukung oleh promosi kesehatan secara terintegrasi dan tersinkronisasi, setiap tahunnya. Apalagi bila diingat adanya bulan-bulan yang sudah ditetapkan secara nasional seperti bulan Vitamin A misalnya.

• Bina Suasana

Bina Suasana di tingkat kabupaten/kota ditujukan kepada individu-individu pemuka masyarakat, organisasi profesi, LSM, media massa, dan lain-lain tingkat kabupaten/ kota, serta masyarakat umum di wilayah kabupaten/kota.

Pemuka masyarakat formal yang perlu dijadikan sasaran di sini mencakup: Bupati/Walikota, Wakil Bupati/Wakil Walikota, Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota, Ketua Bappeda Kabupaten/Kota, dan para Kepala Dinas Kabupaten /Kota yang terkait dengan kesehatan serta para anggota Komisi yang membidangi kesehatan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota.

Agar Bina Suasana dapat dilaksanakan secara kemitraan, maka yang sebaiknya dilaksanakan dulu adalah Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat formal, lalu Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat informal, menyusul Bina Suasana Masyarakat Umum, baru kemudian Bina Suasana Kelompok. Dengan demikian, maka pada saat pelaksanaan Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat informal dan Bina Suasana Masyarakat Umum, kemitraan dengan para pemuka masyarakat formal telah tergalang. Sedangkan pada saat Bina Suasana Kelompok, kemitraan dengan pemuka masyarakat formal dan informal telah tergalang dan pendapat umum telah mulai terbentuk.

Di setiap masa promosi kesehatan untuk suatu masalah kesehatan, Bina Suasana dilakukan terhadap sasaran tersebut. Hanya substansi kesehatannya saja yang berbeda.

• Advokasi

Advokasi di tingkat kabupaten/kota ditujukan kepada tokoh-tokoh masyarakat formal dan tokoh-tokoh masyarakat informal (termasuk tokoh-tokoh LSM, media massa dan dunia usaha) tingkat kabupaten/kota. Tokoh masyarakat formal atau informal yang hendak didahulukan disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat. Apabila dirasakan perlunya menggalang dulu Jejaring Advokasi dengan mitra dari kalangan tokoh masyarakat informal untuk "menggarap" tokoh-tokoh masyarakat formal, maka Advokasi terhadap tokoh-tokoh masyarakat informal didahulukan. Bahkan Advokasi terhadap tokoh-tokoh masyarakat informal pun dapat ditahapkan pula. Misalnya mendahulukan Advokasi terhadap tokoh-tokoh LSM dan media massa, agar kemudian dapat diciptakan Jejaring Advokasi untuk "menggarap" tokoh-tokoh dunia usaha.

Advokasi yang dilaksanakan terutama ditujukan untuk mendapatkan dukungan kebijakan (adanya peraturan perundang-undangan), dan komitmen untuk memberikan sumber daya (sumber daya manusia, prasarana & sarana, serta dana) bagi penyelenggaraan promosi kesehatan.

5**PROMOSI KESEHATAN DI PROVINSI**

Sebagaimana di kabupaten/kota, promosi kesehatan di provinsi bersifat mendukung, yaitu mendukung promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh kabupaten-kabupaten/ kota-kota di wilayah provinsi yang bersangkutan. Oleh karena itu, yang utama harus dilaksanakan di tingkat provinsi adalah Bina Suasana dan Advokasi serta pembinaan ke-mampuan promosi kesehatan kabupaten/kota.

A. BINA SUASANA

Bina Suasana yang diselenggarakan di tingkat provinsi serupa yang diselenggarakan di kabupaten/kota, hanya berbeda tingkatan sasarannya. Bina Suasana di tingkat provinsi ditujukan kepada individu-individu pemuka masyarakat, organisasi profesi, LSM, media massa, dan lain-lain tingkat provinsi, serta masyarakat umum di wilayah provinsi.

Pemuka masyarakat formal yang perlu dijadikan sasaran di sini mencakup: Gubernur, Wakil Gubernur, Sekretaris Daerah Provinsi, Ketua Bappeda Provinsi, dan para Kepala Dinas Provinsi yang terkait dengan kesehatan serta para anggota Komisi yang membidangi kesehatan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi. Sebagaimana juga dengan di kabupaten/kota, agar Bina Suasana dapat dilaksanakan secara kemitraan, maka yang sebaiknya dilaksanakan dulu adalah Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat formal, lalu Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat informal, menyusul Bina Suasana Masyarakat Umum, baru kemudian Bina Suasana Kelompok. Dengan demikian, maka pada saat pelaksanaan Bina Suasana Individu untuk pemuka masyarakat informal dan Bina Suasana Masyarakat Umum, kemitraan dengan para pemuka masyarakat formal telah tergalang. Sedangkan pada saat Bina Suasana Kelompok, kemitraan dengan pemuka masyarakat formal dan informal telah tergalang dan pendapat umum telah mulai terbentuk.

Sebaiknya di tingkat provinsi juga dilakukan penetapan masa-masa promosi kesehatan berdasar substansi masalah kesehatan. Penetapan ini di tingkat provinsi memang agak sulit, karena harus diadakan musyawarah dengan seluruh kabupaten/kota yang ada di wilayah provinsi. Walaupun demikian tidak perlu pesimis, karena menurut data yang ada, tampaknya terdapat homogenitas (biarpun tidak mutlak) masalah-masalah kesehatan di setiap provinsi. Profil Kesehatan Provinsi

mungkin dapat dijadikan rujukan dalam perumusan rancangan awal untuk dimusyawarahkan dengan kabupaten/kota.

Seperti halnya di kabupaten/kota, di setiap masa promosi kesehatan untuk suatu masalah kesehatan, Bina Suasana dilakukan terhadap sasaran tersebut di atas, namun dengan substansi kesehatan yang berbeda.

B. ADVOKASI

Advokasi yang diselenggarakan di provinsi juga serupa dengan yang diselenggarakan di kabupaten/kota, namun dengan sasaran yang berbeda.

Advokasi di tingkat provinsi ditujukan kepada tokoh-tokoh masyarakat formal dan tokoh-tokoh masyarakat informal (termasuk tokoh-tokoh LSM, media massa dan dunia usaha) tingkat provinsi. Tokoh masyarakat formal atau informal yang hendak didahulukan disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat. Apabila dirasakan perlunya menggalang dulu Jejaring Advokasi dengan mitra dari kalangan tokoh masyarakat informal untuk "menggarap" tokoh-tokoh masyarakat formal, maka Advokasi terhadap tokoh-tokoh masyarakat informal didahulukan. Bahkan Advokasi terhadap tokoh-tokoh masyarakat informal pun dapat dilakukan secara bertahap. Misalnya mendahulukan Advokasi terhadap tokoh-tokoh LSM dan media massa, agar kemudian dapat diciptakan Jejaring Advokasi untuk "menggarap" tokoh-tokoh dunia usaha.

C. PEMBINAAN KEMAMPUAN KABUPATEN/KOTA

Kelemahan promosi kesehatan kabupaten/kota yang utama terletak pada sumber daya manusia (SDM) pelaksanaannya. Banyak kabupaten/kota yang hanya memiliki satu orang petugas khusus yang menangani promosi kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Terutama di luar Jawa & Bali. Petugas-petugas kesehatan di Rumah Sakit, apalagi di Puskesmas pada umumnya juga memiliki kecakapan yang terbatas dalam hal Pemberdayaan Masyarakat. Saat ini telah terdapat jabatan fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat (PKM) yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 58/Kep/Men.PAN/8/2000. Pelaksanaannya diatur dengan SKB Menkes & Kesos dan Kepala BKN Nomor 1811/Menkes-Kesos/SKB/XII/2000 dan 164A tahun 2000, serta Keputusan Menteri Kesehatan & Kesos Nomor 66/Menkes-Kesos/SK/I/2001. Sedangkan tunjangan jabatannya ditetapkan dengan Keputusan Presiden Nomor 5 tahun 2004. Akan tetapi belum banyak Daerah yang merekrut tenaga-tenaga yang ada untuk menduduki jabatan fungsional PKM tersebut. Daerah yang sudah mengangkat tenaga-

tenaga pengelola promosi kesehatan ke dalam jabatan fungsional PKM, sebagian belum membayarkan tunjangan jabatannya. Oleh karena itu, peran Dinas Kesehatan Provinsi yang sangat mendesak untuk dilakukan dalam rangka membantu meningkatkan kemampuan promosi kesehatan di kabupaten /kota, adalah:

- Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah nya melakukan advokasi, untuk mendapatkan komitmen terpenuhinya SDM pengelola promosi kesehatan, yang menduduki jabatan fungsional PKM dan dibayar tunjangan nya.
- Melatih pengelola promosi kesehatan kabupaten/kota yang sudah ada untuk meningkatkan keterampilan mereka di bidang promosi kesehatan (Konsep Dasar Promosi Kesehatan, Pemberdayaan, Bina Suasana, Advokasi, Kemitraan, serta Metode & Sarana/Media).
- Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah nya, untuk meningkatkan keterampilan petugas-petugas kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit, dalam teknik-teknik Pemberdayaan, termasuk cara-cara pemilihan dan penggunaan media komunikasinya.
- Membantu pengembangan promosi kesehatan di kabupaten/kota di wilayahnya, melalui pengembangan Daerah Kerja Intensif atau Daerah Percontohan Promosi Kesehatan.
- Mengkoordinasikan Bina Suasana dan Advokasi, agar diperoleh sinkronisasi Bina Suasana dan Advokasi yang dilaksanakan di berbagai tingkatan.
- Menyelia (melakukan supervisi, bimbingan, dan evaluasi) kegiatan promosi kesehatan kabupaten/kota

Daerah Percontohan Promosi Kesehatan yang dikembangkan dapat sekaligus digunakan sebagai lahan praktik / magang/observasi bagi peserta pelatihan. Dengan demikian peserta pelatihan akan dapat memperoleh pengalaman nyata.

Daerah Percontohan Promosi Kesehatan selanjutnya dapat digunakan sebagai sarana untuk "menjual" (sosialisasi sekaligus advokasi) program Promosi Kesehatan kepada daerah (kabupaten/kota) yang belum mengembangkan promosi kesehatan secara memadai.

6 SUMBER DAYA PROMOSI KESEHATAN

Sumber daya yang diperlukan untuk penyelenggaraan promosi kesehatan yang utama adalah SDM, sarana/peralatan, dan dana/ anggaran (*man, material, money*). Agar promosi kesehatan dapat diselenggarakan dengan baik, sumber daya tersebut harus dapat dipenuhi standar optimalnya. Adapun standar optimal tersebut adalah sebagai berikut.

A. SUMBER DAYA MANUSIA

Standar SDM untuk promosi kesehatan mencakup dimensi jumlah, kualifikasi pendidikan, dan kompetensinya. Atas dasar itu, maka ditetapkan standar optimal untuk masing-masing unit/tingkat administrasi sebagaimana dalam tabel-tabel berikut.

Puskesmas

Kualifikasi	Jumlah	Kompetensi
D3 Kesehatan + Minat & bakat (<i>aptitude</i>) di bidang promosi kesehatan	1 orang	-Membantu petugas kesehatan lain dalam merancang Pemberdayaan. -Melakukan Bina Suasana dan Advokasi

Rumah Sakit

Kualifikasi	Jumlah	Kompetensi Umum (untuk semua kualifikasi)
S1Kesehatan/Ke-sehatan Masya-rakat	1 orang	-Membantu petugas kesehat-an lain dalam merancang Pemberdayaan. -Membantu pelaksanaan Pem-berdayaan Keluarga/Kelompok
D3 Kesehatan + Minat & bakat (<i>aptitude</i>) di bi-dang promosi kesehatan	2 orang	

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Kualifikasi	Jumlah	Kompetensi Umum (untuk semua kualifikasi)
S2 Kesehatan Masyarakat spesialisasi PKM	1 orang	-Manajemen kesehatan & perencanaan terpadu -Melaksanakan Bina Suasana dan Advokasi tingkat kabupaten/kota secara terintegrasi & kemitraan -Membantu Puskesmas, Rumah Sakit, dll di bidang promosi kesehatan -Membuat & menggunakan sarana/media komunikasi
S1 Kesehatan/ Kesehatan Masyarakat	2 orang	
D3 Kesehatan (masing-masing ditambah aptitude di bidang promosi kesehatan)	3 orang	

Dinas Kesehatan Provinsi

Kualifikasi	Jumlah	Kompetensi Umum (untuk semua kualifikasi)
S2 Kesehatan Masyarakat spesialisasi PKM	2 orang	-Melaksanakan Bina Suasana dan Advokasi tingkat provinsi secara terintegrasi & kemitraan -Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di bidang promosi kesehatan (sebagai konsultan/fasilitator) -Membuat & menggunakan sarana/media komunikasi -Mengembangkan promosi kesehatan melalui daerah-daerah percontohan -Melatih di bidang promosi kesehatan
S1 Kesehatan/ Kesehatan Masyarakat	3 orang	
D3 Kesehatan (masing-masing ditambah aptitude di bidang promosi kesehatan)	5 orang	

B. SARANA/PERALATAN

Standar optimal sarana/peralatan untuk promosi kesehatan mencakup dimensi jenis dan jumlah, sedangkan spesifikasi teknisnya tergantung ketersediaan di pasar (namun tentu yang memiliki kualitas terbaik dan fitur terbanyak). Adapun rincian standar optimal tersebut untuk setiap unit/ tingkat administrasi adalah sebagaimana dalam tabel-tabel berikut.

Puskesmas

Jenis Sarana/Peralatan	Jumlah
Flipcharts & Stands *)	1 (satu) set
Over Head Projector (OHP) *)	1 (satu) buah
Amplifier & wireless microphone *)	1 (satu) set
Kamera Foto *)	1 (satu) buah
Megaphone/Public Address System *)	1 (satu) set
Portable Generator *)	1 (satu) buah
Tape cassette recorder *)	1 (satu) buah
Layar yang dapat digulung (screen)	1 (satu) buah
Televisi & antena	1 (satu) set
VCD-DVD Player	1 (satu) buah
Computer + Printer	1 (satu) set
Gadgets kelengkapan laptop utk presentasi	1 (satu) set
LCD projector + Laptop	1 (satu) set
Kendaraan Roda 2 untuk penyuluhan	1 (satu) buah

Keterangan :

*) Minimal yang harus ada di Puskesmas

Untuk daerah tertentu perlu dipertimbangkan adanya sepeda motor atau alat transportasi lain.

Rumah Sakit

Jenis Sarana/Peralatan	Jumlah
Over Head Projector (OHP) ✓ *)	1 (satu) buah
Amplifier & wireless microphone ✓ *)	1 (satu) set
Layar yang dapat digulung (screen) *)	1 (satu) buah
Kamera Foto *)	1 (satu) buah
Tape cassette recorder ✓ *)	1 (satu) buah
TV di tiap ruang tunggu & ruang promkes *)	1 (satu) buah
VCD-DVD Player ✓ *)	1 (satu) buah
Computer + Printer ✓ *)	1 (satu) set
Gadgets kelengkapan laptop utk presentasi *)	1 (satu) set
LCD Projector + Laptop ✓ *)	1 (satu) set
Megaphone/Public Address System ✓ *)	1 (satu) set
Scanner	1 (satu) set
Kamera digital ✓	1 (satu) buah
Kamera video ✓	1 (satu) buah

Keterangan :

*) Minimal yang harus ada di Rumah Sakit

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Jenis Sarana/Peralatan	Jumlah
Over Head Projector (OHP) *)	1 (satu) buah
Amplifier & wireless microphone *)	1 (satu) set
Layar yang dapat digulung (screen) *)	1 (satu) buah
Kamera Foto Digital *)	1 (satu) buah
Tape cassette recorder & player *)	1 (satu) buah
Televisi & antena *)	1 (satu) set
VCD-DVD Player *)	1 (satu) buah
Laptop Computer *)	1 (satu) buah
Gadgets kelengkapan laptop utk presentasi *)	1 (satu) set
LCD Projector *)	1 (satu) buah
Megaphone/Public Address System *)	1 (satu) set
Komputer, Printer, Scanner *)	1 (satu) set
Panel pameran *)	1 (satu) set
Camera Video	1 (satu) buah
Mobil unti penyuluhan	1 (satu) set
Mobil pameran	1 (satu) set

Keterangan :

*) Minimal yang harus ada di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dinas Kesehatan Provinsi

Jenis Sarana/Peralatan	Jumlah
Over Head Projector (OHP) *)	1 (satu) buah
Amplifier & wireless microphone *)	1 (satu) set
Layar yang dapat digulung (screen) *)	1 (satu) buah
Kamera Foto Digital *)	1 (satu) buah
Tape cassette recorder & player *)	1 (satu) buah
Televisi & antena *)	1 (satu) set
Video Camera & perlengkapannya *)	1 (satu) set
VCD-DVD Player *)	1 (satu) buah
Laptop Computer *)	1 (satu) buah
Gadgets kelengkapan laptop utk presentasi *)	1 (satu) set
LCD Projector *)	1 (satu) buah
Megaphone/Public Address System *)	1 (satu) set
Komputer, Printer, Scanner *)	1 (satu) set
Panel Pameran *)	1 (satu) set
Alat reproduksi kaset	1 (satu) buah
Alat reproduksi VCD	1 (satu) set
Peralatan Grafis	1 (satu) set
Papan informasi	1 (satu) buah
Studio mini untuk rekaman	1 (satu) set
Mobil Unit untuk Penyuluhan	1 (satu) set
Mobil Pameran	1 (satu) buah

Keterangan :

*) Minimal yang harus ada di Dinas Kesehatan Provinsi

C. DANA/ANGGARAN PEMERINTAH

Jika berpegang kepada paradigma sehat, di mana pembangunan kesehatan harus lebih mengutamakan upaya-upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif, maka seharusnya pemerintah menyediakan alokasi dana yang cukup besar untuk program promosi kesehatan di masing-masing unit/tingkat administrasi.

Besarnya dana yang dialokasikan untuk promosi kesehatan tersebut adalah relatif, mengikuti perkembangan alokasi dana untuk bidang kesehatan. Semakin besar dana yang dialokasikan untuk pembangunan kesehatan, seharusnya proporsi dana untuk promosi kesehatan juga semakin besar. Oleh karena itu diperlukan Advokasi yang sistematis dan terencana melalui Jejaring Advokasi, terhadap pemuka-pemuka masyarakat formal, khususnya pejabat-pejabat Pemerintah Daerah, untuk mencapai pendanaan yang optimal tersebut.

7

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Keberhasilan dan kemajuan program promosi kesehatan harus dapat dipantau dan dievaluasi, sehingga selalu dapat dilakukan perbaikan ke arah tercapainya tujuan, yaitu Visi "PHBS 2010". Untuk itu, perlu dikembangkan Sistem Informasi Promosi Kesehatan sebagai bagian dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) dan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/ Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, disebutkan bahwa pada tahun 2010, 65 persen Rumah Tangga di Indonesia sudah harus berperilaku hidup bersih dan sehat (ber-PHBS). Dengan demikian jelas bahwa promosi kesehatan pada dasarnya adalah upaya untuk mewujudkan PHBS.

PHBS pada dasarnya adalah wujud keberdayaan masyarakat dalam bentuk perilaku yang berorientasi kepada kebersihan dan kesehatan, yang dilandasi oleh pengetahuan atau kesadaran, kemauan, dan kemampuan, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan diri dan keluarga, serta berperan-aktif dalam upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM). Perilaku ini tentu mencakup perilaku di semua aspek kesehatan, yaitu:

- Perilaku yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian penyakit, misalnya: (1) Membawa bayi atau balitanya untuk diimunisasi, (2) Memberantas sarang atau tempat perindukan nyamuk, (3) Melaporkan ke sarana kesehatan terdekat jika ada anggota masyarakat yang terserang penyakit menular, (4) Berobat secara teratur bagi yang menderita sakit.
- Perilaku yang berkaitan dengan peningkatan gizi, misalnya: (1) mempraktikkan pola makan dengan gizi seimbang (cukup karbohidrat, cukup protein, cukup serat yaitu buah dan sayur), (2) Mengonsumsi garam beryodium.
- Perilaku yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, misalnya: (1) Memeriksa kehamilan secara teratur, (2) Mengonsumsi tablet zat besi selama hamil, (3) Meminta pertolongan kepada tenaga kesehatan sewaktu melahirkan (bersalin), (4) Memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama enam bulan, (5) Menimbang balita secara teratur setiap bulan.
- Perilaku yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan, misalnya: (1) Menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari, (2) Buang air besar di jamban, (3) Mengupayakan rumah yang sehat untuk tempat tinggal, (4) Menjaga kebersihan pengolahan makanan.

- Perilaku yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, misalnya: (1) Menggunakan sarana kesehatan yang ada (Puskesmas dan lain-lain) pada saat memerlukan, (2) Berperan-aktif dalam mengembangkan dan mengelola UKBM (Posyandu, Warung Obat Desa, dan lain-lain), (3) Memanfaatkan UKBM yang ada, (4) Ikutserta dalam asuransi kesehatan atau dana sehat.

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui keberhasilan promosi kesehatan dalam menciptakan perilaku-perilaku tersebut di masyarakat. Namun demikian, untuk memudahkan evaluasi itu, telah dipilih beberapa perilaku saja (yaitu sepuluh perilaku) yang dianggap mewakili. Kesepuluh perilaku disebut sebagai indikator PHBS. Untuk mengetahui apakah sebuah rumah tangga dapat dikatakan Rumah Tangga Sehat, maka rumah tangga tersebut harus:

- Memanfaatkan tenaga kesehatan sebagai penolong pada saat ibu melahirkan (saat persalinan).
- Ibu memberikan ASI saja (eksklusif) kepada bayinya sampai berusia enam bulan.
- Memiliki persediaan air bersih.
- Memiliki jamban keluarga.
- Menghuni rumah yang cukup luas.
- Menghuni rumah yang lantainya tidak terbuat dari tanah.
- Tidak ada seorang pun yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah.
- Ada di antara anggota keluarga (sukur jika semuanya) beraktivitas fisik secara cukup dan teratur.
- Mengonsumsi sayur dan buah secara cukup setiap hari.

Cara mengetahui atau mendapatkan data tentang PHBS tersebut adalah dengan menyelenggarakan Survei Cepat. Yaitu teknik pengumpulan data dengan menerapkan rancangan sampel klaster (*cluster*) dua tahap – tahap pertama secara acak proporsional (*probability proportionate to size*) dan tahap kedua secara acak sederhana (*simple random*) – atau dengan menerapkan sistem rumah terdekat. Diharapkan setiap Kabupaten/Kota dapat melakukan Survei Cepat ini secara berkala (setahun sekali) dan mengolah data serta menggunakan hasilnya. Selain itu, mengirimkan juga hasil olahannya ke Provinsi untuk dikompilasi. Provinsi juga diharapkan dapat mengirimkan hasil kompilasinya ke Departemen Kesehatan.

Selain evaluasi terhadap dampak (*outcome*) tersebut di atas, perlu dilakukan pula pengamatan terhadap dampak (terutama surveilans perilaku yang merupakan risiko) serta pemantauan terhadap proses kerja dan hasil kerja (*output*). Untuk itu

dikembangkan sistem surveilans perilaku berisiko dan pelaporan kegiatan promosi kesehatan, sejak dari pelaporan kader, sampai ke pelaporan Puskesmas, pelaporan Rumah Sakit, pelaporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan pelaporan Dinas Kesehatan Provinsi.

Semua data dan informasi, baik yang berasal dari pelaporan proses dan hasil kerja maupun surveilans dan survei dampak (PHBS), selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk Profil Promosi Kesehatan. Profil Promosi Kesehatan ini dibuat di Kabupaten/Kota (Profil Promosi Kesehatan Kabupaten/Kota) dan di Provinsi (Profil Promosi Kesehatan Provinsi), serta diterbitkan setahun sekali.

Pemantauan dan evaluasi diselenggarakan dalam kerangka peningkatan kinerja promosi kesehatan. Oleh karena itu, hasil pemantauan dan evaluasi harus dimanfaatkan dalam kegiatan bimbingan dan supervisi. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mensupervisi dan membimbing Puskesmas dan Rumah Sakit dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Sementara itu, Dinas Kesehatan Provinsi mensupervisi dan membimbing Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

8 PENUTUP

Telah disajikan secara lengkap, walaupun belum terinci, bagaimana promosi kesehatan secara ideal dapat diselenggarakan di Daerah.

Konsisten dengan kebijakan otonomi daerah, maka pelaksanaan promosi kesehatan yang terbanyak dibebankan kepada tingkat kabupaten/kota. Kunci keberhasilannya sangat ditentukan oleh kecakapan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam mengintegrasikan dan menyinkronkan kegiatan-kegiatan promosi kesehatan (Pemberdayaan, Bina Suasana, dan Advokasi). Oleh karena itu menjadi kewajiban Dinas Kesehatan Provinsi beserta mitranya untuk membantu memperkuat infrastruktur promosi kesehatan di tingkat kabupaten/kota di wilayahnya.

Namun betapa pun, Departemen Kesehatan tetap harus ikut berperan aktif. Untuk itu, maka penyediaan dana dekonsentrasi yang dilimpahkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi perlu ditingkatkan sampai mencapai jumlah yang optimal. Selain itu, penetapan kebijakan-kebijakan, standar, pedoman, pelatihan nasional, supervisi dan bimbingan, dan lain-lain perlu terus dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan serta perkembangan situasi dan kondisi.

Catatan

Catatan