

# PROMOSI KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT TAHUN 2010

DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT  
email: [yosi@bappenas.go.id](mailto:yosi@bappenas.go.id)

## ABSTRAK

Kajian bertujuan untuk menggali faktor-faktor yang berpengaruh dalam Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat yaitu kebijakan, peraturan, sumberdaya dan kerjasama lintas sektor. Kerangka pikir kajian menggunakan pendekatan sistem, yaitu diagnosis terhadap kebijakan yang ada di pusat dan daerah berdasarkan kebijakan yang ada (input), dikaitkan dengan output yang diharapkan yaitu perbaikan kebijakan. Kajian dilakukan melalui serangkaian workshop di pusat dan daerah yang melibatkan universitas, organisasi profesi, instansi pemerintah, dan studi literatur. Analisis kajian menggunakan data primer yang diperoleh dari wawancara dan data sekunder dari laporan institusi terkait.

Dari hasil kajian diketahui bahwa kebijakan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat telah diterjemahkan sebagai kebijakan operasional dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan, yang mengacu kepada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan. Kondisi ketenagaan, pembiayaan, sarana, organisasi, kerjasama lintas sektor, dan regulasi untuk melaksanakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat belum optimal. Peran unit promosi kesehatan dalam membina Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di daerah masih perlu ditingkatkan. Disamping itu, jumlah dan kualitas tenaga promosi kesehatan serta sarana dan prasarana pendukungnya masih terbatas. Berdasarkan persepsi pemangku kepentingan, permasalahan utama program adalah pembiayaan, regulasi, ketenagaan, dan kerjasama lintas sektor. Pemahaman lintas sektor, dunia usaha dan masyarakat terhadap pelaksanaan kegiatan masih rendah, sehingga berakibat terhadap lemahnya komitmen dalam mendukung upaya promosi kesehatan.

Rekomendasi kajian adalah: (1) penajaman dan sinergi kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat pusat dan daerah; (2) pemanfaatan teknologi informasi dalam promosi kesehatan, dan penguatan monitoring dan evaluasi secara berkala; (3) peningkatan jumlah dan kualitas tenaga promosi kesehatan; (4) penguatan komitmen dalam pengalokasian anggaran dan mobilisasi sumberdaya non-pemerintah; (5) peningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana; (6) peningkatan kemitraan khususnya dengan organisasi kemasyarakatan serta dunia usaha; (7) peningkatan upaya replikasi praktek unggulan dan penguatan peran unit promosi kesehatan; dan (8) advokasi kepada pihak legislatif.

## 1. LATAR BELAKANG

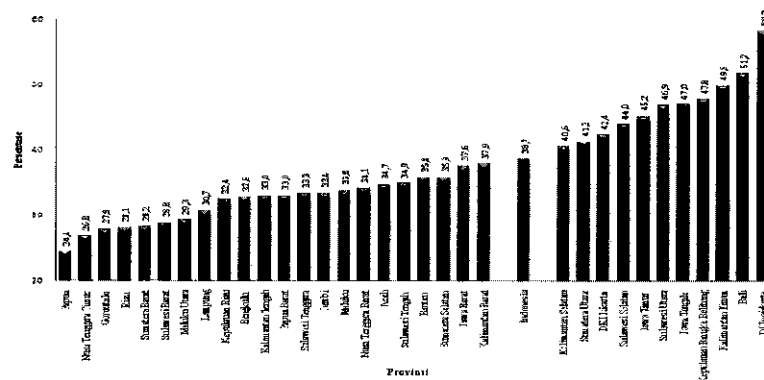
Dalam RPJPN (UU No 17/2005) dinyatakan bahwa "pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Dengan demikian, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan pilar utama pembangunan kesehatan. Program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat, hal ini tercantum dalam RPJMN 2004-2009 sebagai penjabaran dari RPJPN. Sejalan dengan hal tersebut, Renstra Kementerian Kesehatan 2005-2009 menggariskan bahwa kegiatan pokok promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi KIE mencakup pengembangan media promosi kesehatan dan melaksanakan dukungan administrasi dan operasional pelaksanaan program promosi kesehatan.

Berdasarkan evaluasi pembangunan kesehatan oleh Bappenas (2009), pelaksanaan kebijakan-kebijakan di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan di pusat maupun daerah masih belum optimal. Promosi kesehatan belum menjadi arus utama dalam pembangunan kesehatan. Kurang optimalnya pendanaan dalam pelaksanaan program promosi kesehatan merupakan salah satu kendala utama. Ditambah lagi, belum adanya pengkategorian jenis pengeluaran

terkait promosi kesehatan dari pusat sampai tingkat puskesmas. Kendala lain adalah kurangnya sosialisasi, advokasi, dan asistensi kebijakan promosi kesehatan pada stakeholder yang terkait dengan pengembangan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, terutama di daerah.

Dengan adanya kendala tersebut, sampai saat ini kinerja pembangunan kesehatan dibidang promosi dan pemberdayaan masyarakat masih rendah. Hal ini dapat ditunjukkan dari beberapa indikator terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang masih belum optimal capaiannya yaitu: pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih sebesar 77,4 persen (Susenas, 2009), pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif anak 0-6 bulan 32,4 persen (SDKI, 2007), rumah tangga memanfaatkan posyandu 23,8 persen (Riskesdas 2007), prevalensi penggunaan Keluarga Berencana (KB) 61,4 persen (SDKI, 2007), penduduk di atas 10 tahun yang kurang dalam melakukan aktivitas fisik 48,2 persen (Riskesdas, 2007), penduduk usia di atas 10 tahun yang merokok 29,2 persen (Riskesdas, 2007), penduduk usia di atas 10 tahun yang kurang makan sayur dan buah 93,6 persen (Riskesdas, 2007), akses terhadap sanitasi layak 51,02 persen (Susenas, 2009), dan berperilaku benar dalam hal cuci tangan sebesar 23,2 persen (Riskesdas, 2007).

Apabila dilihat dari capaian indikator PHBS per provinsi masih menunjukkan perbedaan capaian (disparitas) seperti digambarkan pada gambar 1 di bawah ini. Dari grafik tersebut. Terdapat tiga provinsi dengan pencapaian di atas angka nasional, yaitu DI Yogyakarta (58,2 persen), Bali (51,7 persen), dan Kalimantan Timur (49,8 persen). Sedangkan provinsi dengan pencapaian PHBS rendah berturut-turut adalah Papua (24,4 persen), Nusa Tenggara Timur (26,8 persen), dan Gorontalo (27,8 persen).



Sumber: Riskesdas, 2007

**Gambar 1. Capaian Indikator PHBS per Provinsi, Tahun 2007**

Dengan demikian, berdasarkan permasalahan di atas pertanyaan penelitian dalam kajian ini adalah:

- Bagaimana terjemahan kebijakan dan strategi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kemenkes ke dalam kebijakan operasional di pusat?
- Bagaimana kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di pusat diterjemahkan di daerah?
- Bagaimana kondisi ketenagaan, biaya, sarana, organisasi dan regulasi untuk melaksanakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah?
- Bagaimana bentuk-bentuk kerjasama lintas sektoral promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah?
- Sejauh mana peran dan fungsi unit promosi kesehatan di daerah dalam membina UKBM?
- Apa yang menjadi kebutuhan di daerah untuk membina UKBM?
- Bagaimana prioritas masalah di daerah terkait regulasi, ketenagaan, biaya, sarana, organisasi, kerjasama lintas sektoral dan pembinaan UKBM?
- Bagaimana Persepsi pemegang keputusan di daerah tentang sejauh mana kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di pusat berpengaruh di daerah?

## 2. TUJUAN

Tujuan umum kajian adalah menggali faktor-faktor kebijakan program pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan sebagai salah satu sub sistem dari sistem kesehatan nasional, guna peningkatan kinerja program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di Indonesia. Tujuan khusus kajian adalah untuk mengetahui: (1) Terjemahan kebijakan dan strategi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kemenkes ke dalam kebijakan operasional di pusat; (2) Kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di pusat diterjemahkan di daerah; (3) Kondisi ketenagaan, biaya, sarana, organisasi dan regulasi untuk melaksanakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah; (4) Bentuk-bentuk kerjasama lintas sektoral promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah; (5) Sejauh mana peran dan fungsi unit promosi kesehatan daerah dalam membina UKBM; (6) Kebutuhan-kebutuhan di daerah untuk membina UKBM; (7) Prioritas masalah di daerah terkait regulasi, ketenagaan, biaya, sarana, organisasi, kerjasama lintas sektoral dan pembinaan UKBM; dan (8) Persepsi pemegang keputusan di daerah tentang sejauh mana kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat berpengaruh di daerah.

## 2.1. KELUARAN

Outcome kajian adalah rekomendasi rumusan untuk penyempurnaan kebijakan operasional di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

## 2.2. MANFAAT

Manfaat kajian meliputi: (1) Tersusunnya rekomendasi untuk menyempurnakan kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat baik di pusat maupun daerah; (2) Mengoptimalkan fungsi promosi kesehatan dalam memberikan dukungan mediasi, advokasi dan pemberdayaan masyarakat; (3) Menajamkan kebijakan promosi kesehatan untuk peningkatan koordinasi, kemitraan lintas sektoral dan pelaksanaan UKBM yang lebih efisien sehingga dapat mendukung proses perubahan perilaku masyarakat dalam rangka mendukung pencapaian MDGs; (4) Menjadi bahan perencanaan untuk terciptanya koordinasi yang lebih baik diantara organisasi-organisasi yang berperan dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di pusat, serta koordinasi dalam penempatan dan pelatihan tenaga, pengalokasian biaya, pengadaan sarana dan penetapan regulasi di daerah; (5) Meningkatkan efektivitas dalam kerjasama lintas sektor dan pelaksanaan UKBM; dan (6) Meningkatkan komitmen dan dukungan dari pemegang keputusan di pusat, provinsi dan kabupaten atau kota.

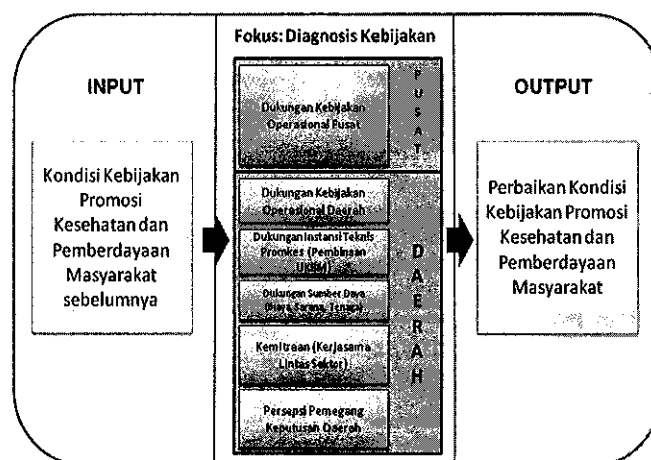
## 2.3. RUANG LINGKUP

1. Mengumpulkan dan menganalisis data dan informasi tentang kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sebagai terjemahan dari kebijakan RPJMN dan Renstra Kemenkes.
2. Mengumpulkan dan menganalisis data dan informasi tentang kebijakan operasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di provinsi dan kabupaten yang sesuai dengan kebijakan di pusat.
3. Mengumpulkan dan menganalisis data dan informasi ketenagaan, biaya, sarana, organisasi, dan regulasi untuk melaksanakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di pusat, provinsi dan kabupaten dan kota.
4. Mengidentifikasi dan menganalisis bentuk-bentuk kerjasama lintas sektoral di pusat dan daerah dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
5. Mengidentifikasi dan menganalisis peran dan fungsi unit promosi kesehatan di pusat maupun daerah dalam membina upaya kesehatan berbasis masyarakat (posyandu, poskesdes, dan polindes).
6. Mengidentifikasi dan menganalisis kebutuhan-kebutuhan di daerah untuk membina UKBM demi terwujudnya desa siaga.
7. Mengidentifikasi prioritas masalah di daerah terkait regulasi, ketenagaan, biaya, sarana, organisasi, kerjasama lintas sektoral, dan pembinaan UKBM.
8. Mengidentifikasi dan menganalisis persepsi pemegang keputusan daerah tentang sejauh mana kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat berpengaruh di daerah.

## 3. METODOLOGI

### 3.1. KERANGKA ANALISIS

Kondisi kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sebelumnya merupakan input dalam kajian ini. Dari kondisi tersebut diambil komponen-komponen penting kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang akan menjadi fokus pada kajian ini. Penjabaran dari kerangka kajian ini adalah dukungan kebijakan operasional di pusat dan dukungan operasional, pembinaan UKBM, dukungan sumber daya (biaya, sarana, dan tenaga), kemitraan (kerjasama lintas sektoral pemerintah maupun swasta) dan persepsi pemegang keputusan tentang sejauh mana kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat berpengaruh di di tingkat daerah. Output dari kajian ini adalah rekomendasi untuk penyempurnaan kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.



Gambar 2. Kerangka Kajian Kebijakan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

### 3.2. METODE PELAKSANAAN KAJIAN

Desain kajian secara kualitatif dilakukan melalui: (1) indepth interview untuk menggali secara mendalam persepsi pemegang keputusan daerah tentang sejauh mana kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat berpengaruh di daerahnya; (2) Nominal group technique (NGT) untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang menjadi prioritas di daerah terkait pelaksanaan kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; (3) data sekunder untuk melengkapi kebutuhan analisis situasi.

Kajian dilaksanakan di 5 (lima) provinsi yang mencakup kabupaten dan kota dan puskesmas terpilih. Pemilihan sampel provinsi kajian dipilih secara purposif dengan memperhatikan karakteristik wilayah dan mewakili wilayah barat dan wilayah yang lebih ke arah timur Indonesia dan status rumah tangga ber-PHBS. Pemilihan provinsi lokasi kajian juga dilakukan berdasarkan keberadaan Unit Pelaksana Teknis Promosi Kesehatan di daerah dan yang memiliki persentase pencapaian PHBS Berdasarkan beberapa kriteria tersebut, provinsi yang dijadikan sampel kajian antara lain Provinsi DI Yogyakarta, Provinsi Banten, Provinsi Lampung, Provinsi Sulawesi Tengah, dan Provinsi Sulawesi Barat.

### 3.3. DATA KAJIAN

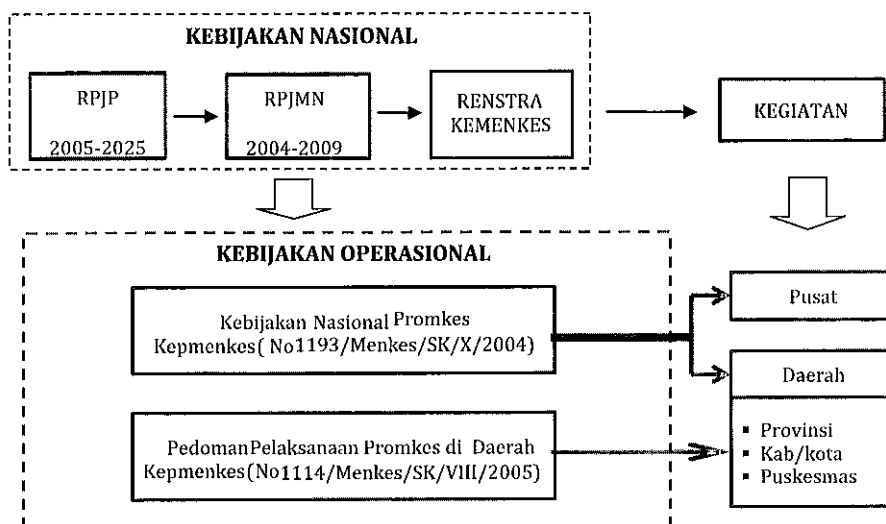
Mekanisme kajian terbagi menjadi 3 tahap yaitu: persiapan, pengumpulan data, dan analisis. Tahap persiapan meliputi workshop pusat dan wawancara mendalam kepada instansi pusat. Tahap pengumpulan data sekunder meliputi pengiriman format matriks yang diisi oleh SKPD terkait, serangkaian workshop, dan studi literatur. Tahap pengumpulan data primer melalui NGT dan wawancara mendalam (indepth interview). Tahap analisis data dilakukan meliputi verifikasi kelengkapan dan konsistensi data, analisis dengan software NVivo versi 8 dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk tabel dan grafik.

## 4. HASIL KAJIAN DAN ANALISIS

Secara umum, hasil kajian ini terdiri dari kebijakan operasional di pusat, dalam hal ini kebijakan-kebijakan yang telah tertuang dalam RPJPN, RPJMN, dan Renstra Kemenkes; penterjemahan kebijakan nasional menjadi kebijakan operasional di daerah; sumberdaya promosi kesehatan di daerah yang terdiri dari pembiayaan, tenaga, sarana; regulasi terkait promosi kesehatan di daerah; bentuk-bentuk kemitraan lintas sektoral baik itu pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM) atau lainnya; peran dan fungsi unit promosi kesehatan di daerah; kebutuhan di daerah untuk membina UKBM; prioritas masalah dalam pelaksanaan promosi kesehatan di daerah; dan persepsi pemegang keputusan daerah dalam promosi kesehatan.

### 4.1 KEBIJAKAN OPERASIONAL PROMOSI KESEHATAN DI PUSAT

RPJMN 2004-2009 sebagai penjabaran RPJPN menetapkan kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan tujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat. Sasaran yang ingin dicapai adalah (1) Meningkatnya proporsi keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat; (2) Meningkatnya upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan gerakan generasi muda pembangunan kesehatan; dan (3) Terbangunnya jalinan kemitraan dan peran serta dalam promosi kesehatan.



Gambar 3. Alur Kebijakan Promosi Kesehatan

Kebijakan nasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang tercantum pada dokumen RPJPN, RPJMN dan Renstra diterjemahkan secara lebih operasional melalui Kepmenkes No. 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan. Kebijakan nasional yang telah ditetapkan ini menjadi acuan di tingkat pusat dan daerah dalam melaksanakan dan mengoperasionalkan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan Kepmenkes No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di daerah yang menjabarkan secara lebih terinci strategi dan kegiatan teknis yang harus dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota. Regulasi lain yang dikeluarkan untuk memberikan panduan pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah antara lain: Kepmenkes No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan

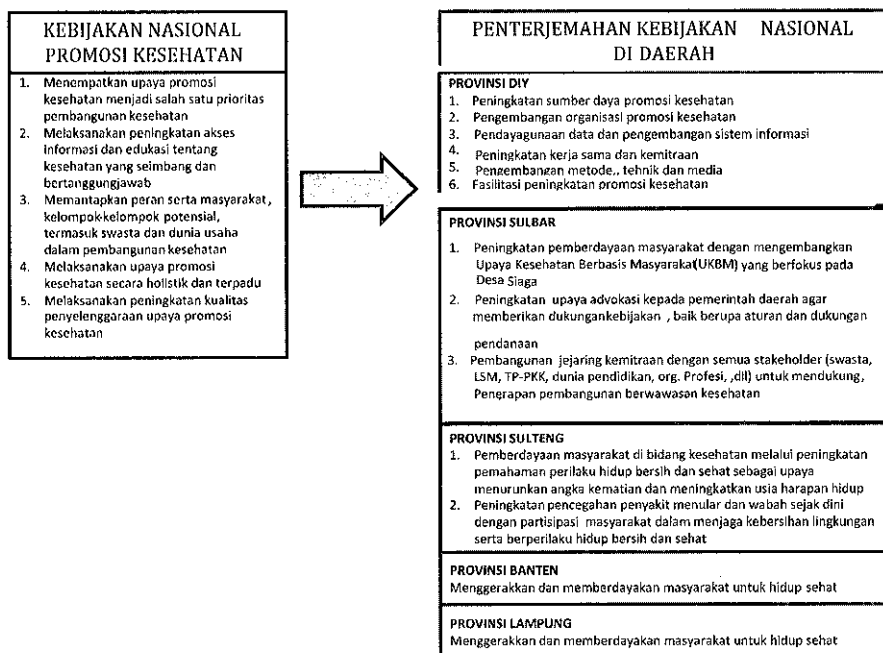
Desa Siaga; Kepmenkes No. 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas; dan Kepmenkes No. 1426/Menkes/SK/XII/2006 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

Secara umum, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk meningkatkan perilaku sehat individu, keluarga dan masyarakat dan berperan aktif dalam setiap gerakan kesehatan masyarakat melalui upaya promosi kesehatan yang terintegrasi secara lintas program, lintas sektoral, swasta dan masyarakat. Kebijakan umum promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat meliputi: (a) menempatkan upaya promosi kesehatan menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan; (b) melaksanakan peningkatan akses informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab; (c) memantapkan peran serta masyarakat, kelompok-kelompok potensial, termasuk swasta dan dunia usaha dalam pembangunan kesehatan; (d) melaksanakan upaya promosi kesehatan secara holistik dan terpadu; dan (e) melaksanakan peningkatan kualitas penyelenggaraan upaya promosi kesehatan.

Selanjutnya, strategi umum promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mencakup: (a) memperkuat sistem, kelembagaan dan penganggaran serta sarana promosi kesehatan ditingkat pusat, provinsi dan kabupaten dan kota; (b) mengupayakan terbitnya peraturan perundangan dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; (c) meningkatkan advokasi, sosialisasi dan komitmen politis di semua tingkatan; (d) meningkatkan akses informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab; (e) meningkatkan kemitraan dengan lintas sektoral terkait, swasta, dunia usaha, dan LSM; (f) menumbuhkan partisipasi dan peran serta individu, keluarga, dan masyarakat dalam upaya kesehatan; (g) memadukan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam setiap upaya pencegahan penyakit, peningkatan KIA dan Gizi dan peningkatan akses ke pelayanan kesehatan; (h) melakukan riset dan pengembangan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; dan (i) melaksanakan pemantauan dan evaluasi untuk kemajuan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

#### 4.2 PENTERJEMAHAN KEBIJAKAN OPERASIONAL PUSAT DI DAERAH

Kebijakan nasional telah dijadikan acuan oleh pemerintah daerah dalam menetapkan kebijakan dan strategi terkait pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di wilayahnya. Operasionalisasi dari kebijakan nasional di daerah dimungkinkan, karena didukung dengan diterbitkannya dokumen Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah oleh Kementerian Kesehatan. Selanjutnya kebijakan operasional tersebut dituangkan dalam dokumen perencanaan daerah sebagai strategi promosi kesehatan di daerah, mulai dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), dan Renstra Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD). Penterjemahan kebijakan tersebut pada lokasi kajian dapat dilihat pada gambar 4.



Gambar 4. Penterjemahan Kebijakan Pusat di Daerah

#### 4.3 SUMBER DAYA PROMOSI KESEHATAN DI DAERAH

Ketersediaan sumber daya merupakan faktor yang sangat penting dalam mendukung efektivitas pelaksanaan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di daerah. Secara umum, kondisi pembiayaan, ketenagaan, sarana, dan organisasi untuk melaksanakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di lokasi kajian belum memadai untuk melakukan kegiatan promosi kesehatan yang efektif.

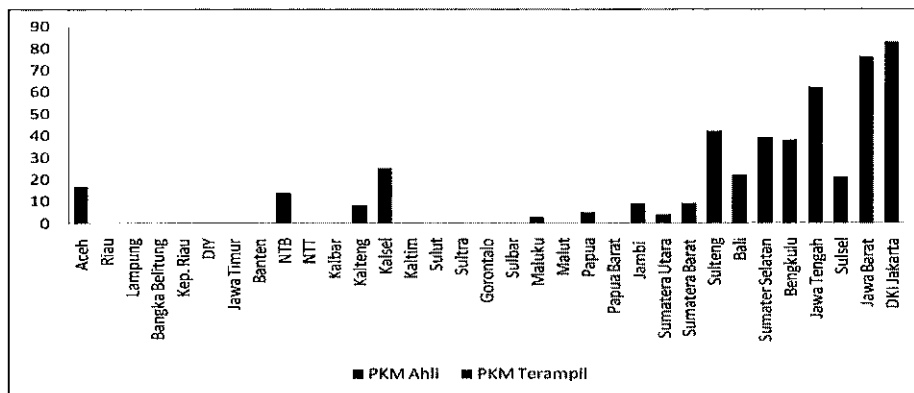
Alokasi anggaran untuk Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat sejak tahun 2005 menunjukkan peningkatan. Sejalan dengan hal tersebut, ditunjukkan dengan terjadi peningkatan anggaran promosi kesehatan di lokasi

kajian baik anggaran yang bersumber dari APBN maupun APBD pada periode tahun 2008-2009. Proporsi anggaran promosi kesehatan terhadap anggaran kesehatan total di lokasi kajian berkisar antara 1-5 persen pada tahun 2008 dan meningkat cukup signifikan menjadi 2-10 persen pada tahun 2009. Peningkatan anggaran yang bersumber dari APBN cukup signifikan dengan kenaikan sampai dengan 4 kali lipat dari anggaran tahun sebelumnya yaitu pada Provinsi Lampung dan Sulawesi Barat. Hal ini menunjukkan adanya komitmen dari pemerintah pusat untuk memberikan dukungan pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di daerah. Sementara itu, anggaran yang bersumber dari APBD kenaikannya masih sangat minim. Hal tersebut menunjukkan perlunya peningkatan komitmen dari pemerintah daerah dalam mengalokasikan anggaran promosi kesehatan melalui advokasi baik pada tingkat eksekutif maupun legislatif.

**Tabel 1. Pembiayaan Kesehatan dan Promosi Kesehatan**

Tahun	Provinsi (Juta Rupiah)				
	Lampung	Banten	DIY	Sulteng	Sulawesi Barat
2008					
APBN	9.135	6.312	6.384	19.990	17.461
APBD	48.166	163.507	18.686	29.248	8.000
Anggaran Promosi kesehatan					
- Bersumber APBN	728	329	409	1.988	250
- Bersumber APBD	1.817	1.575	588	800	250
2009					
APBN	16.682	9.644	9.963	22.052	19.488
APBD	43.074	138.687	20.658	21.265	9.000
Anggaran Promosi kesehatan					
- Bersumber APBN	3.822	740	1.335	2.089	1.200
- Bersumber APBD	2.436	3.120	1.032	800	200

Secara umum tenaga penyuluh kesehatan masyarakat di daerah sangat terbatas, terlihat pada gambar 5 di bawah ini:



Sumber: Kemenkes, 2008

Dari 33 provinsi, hanya 11 provinsi yang memiliki tenaga penyuluh kesehatan masyarakat kategori ahli, Provinsi DKI Jakarta tercatat memiliki jumlah yang paling banyak. Rasio ideal tenaga penyuluh kesehatan masyarakat, puskesmas minimal 1 orang dengan kualifikasi D-III kesehatan, rumah sakit minimal 3 orang dengan kualifikasi 1 orang S-1 kesehatan masyarakat dan 2 orang D-III kesehatan, Dinkes Kab/Kota minimal 6 orang, 1 orang S-2 Kesehatan Masyarakat, 2 orang S-1 Kesehatan Masyarakat, 3 orang D-III kesehatan, Dinkes Provinsi 2 orang S-2 Kesehatan Masyarakat, 3 orang S-1 Kesehatan Masyarakat, 5 orang D-III kesehatan

Sebagian besar tenaga penyuluh kesehatan masyarakat tersebut masih merangkap jabatan dengan tugas lain. Keterbatasan tenaga penyuluh kesehatan masyarakat terjadi di tingkat puskesmas. Padahal Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No.58/Kep/M.PAN/8/2000 telah menetapkan pembentukan jabatan fungsional penyuluh kesehatan masyarakat di setiap fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), sehingga dengan dikeluarkannya keputusan ini dapat menjadi peluang baik di tingkat nasional maupun daerah untuk memenuhi kebutuhan akan tenaga promosi kesehatan. Tenaga ini diharapkan dapat mendukung pelaksanaan kegiatan advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan,

Dari hasil kajian menunjukkan jumlah tenaga kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan dalam bidang promosi kesehatan di lokasi kajian masih sangat terbatas. Tenaga penyuluh kesehatan masyarakat adalah tenaga kesehatan yang sudah pernah mengikuti pelatihan promosi kesehatan yang ditetapkan dengan Surat Keputusan (SK). Sementara itu, di tingkat rumah sakit, kelembagaan (struktur organisasi) promosi kesehatan belum jelas sehingga dukungan ketenagaan belum dapat memenuhi kebutuhan. Namun demikian, setiap daerah telah melakukan upaya pelatihan untuk peningkatan kinerja promosi kesehatan dari tenaga-tenaga kesehatan lainnya.

Penyediaan sarana promosi kesehatan sebagian besar dilaksanakan dari pusat, yang selanjutnya didistribusikan kepada provinsi untuk diteruskan sampai dengan tingkat kabupaten dan kota maupun puskesmas. Berdasarkan data dari Pusat Promosi Kesehatan, peralatan pendukung kegiatan promosi kesehatan telah dialokasikan di seluruh propinsi berupa mobil dan peralatan teknis lainnya. Hasil pengumpulan data beberapa unit pelayanan di lokasi kajian menunjukkan bahwa walaupun jenis media promosi dan sarana promosi kesehatan jenisnya bervariasi, tetapi jumlah masih kurang terutama di tingkat puskesmas dan rumah sakit, padahal dukungan media promosi kesehatan sangat penting dalam pelaksanaan kegiatan seperti penyuluhan dan sosialisasi promosi kesehatan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, nantinya diharapkan pemerintah daerah mampu menyediakan sarana dan media promosi kesehatan dengan prototipe yang dikembangkan oleh pusat sesuai dengan standar dalam pedoman promosi kesehatan di daerah. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, menyebutkan bahwa isi dari pesan promosi kesehatan disesuaikan dengan masalah-masalah kesehatan yang ada pada masyarakat setempat dan dilakukan secara berkesinambungan.

#### **4.4 BENTUK-BENTUK KERJASAMA LINTAS SEKTORAL**

Kerjasama dan koordinasi lintas sektoral merupakan salah satu faktor keberhasilan dalam pelaksanaan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Kerjasama atau kemitraan yang digalang itu harus berlandaskan kepada tiga prinsip dasar, yaitu (kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan). Banyak program dan kegiatan yang pada dasarnya memiliki sasaran yang sama tidak dapat berjalan efektif karena tidak menerapkan prinsip-prinsip kerjasama diatas dalam menggalang dengan pihak swasta serta tidak adanya koordinasi dari terutama sektor terkait di pemerintahan yang terlibat. Disamping itu, kerjasama lintas sektoral antar pemerintah dan swasta serta masyarakat/LSM juga diperlukan untuk mengoptimalkan potensi sumber daya yang ada dalam rangka mendukung pencapaian sasaran perilaku hidup bersih dan sehat.

Beberapa bentuk kemitraan sudah dikembangkan di lokasi kajian walaupun intensitas kegiatannya masih kurang dan dalam lingkup yang terbatas. Kegiatan tersebut antara lain; lomba PHBS, lomba sekolah sehat, lomba gerakan sayang ibu penyuluhan PHBS; penyuluhan AIDS; penyuluhan Keluarga Berencana (KB), serta program kesehatan lainnya. Kegiatan tersebut melibatkan antara lain Tim Penggerak PKK, universitas, organisasi profesi, perusahaan setempat (corporate social responsibilities/ CSR), lembaga swadaya masyarakat (LSM), termasuk media massa lokal (cetak dan elektronik). Mitra utama sebagian besar kerjasama lintas sektoral masih dilakukan dengan instansi pemerintah daerah sehingga ke depan diharapkan penggalangan peran serta aktif unsur lain terutama swasta, organisasi profesi, dan LSM dapat ditingkatkan.

Dari wawancara mendalam di dapatkan kesamaan peran dalam kemitraan dengan unsur swasta dan NGO di kelima lokus kajian, model kemitraan dalam bentuk yang paling sederhana yaitu *networking* dimana masing-masing mitra mempunyai peran merencanakan dan mengimplementasikan program masing-masing, kemudian bila didapatkan kesamaan program dengan pemerintah maka unsur-unsur swasta akan membentuk *networking* menjadikan kegiatan bersifat insidental. Pembinaan secara khusus untuk menjaga kesinambungan kemitraan ini sangat minimal. Perbedaan di kelima lokus kajian: di DIY, kemitraan dengan unsur swasta secara khusus di lingkungan kota belum ada karena industri swasta masih berupa industri skala kecil. Namun, peran unsur NGO besar dan unsur perusahaan swasta besar dalam peningkatan kapasitas kader; di Provinsi Banten, belum terdapat kejelasan peran unsur swasta; di Provinsi Sulawesi Tengah, lebih banyak peran unsur LSM yang terdiri dari 15 LSM; di Provinsi Lampung, peran unsur swasta dalam kemitraan belum banyak, ditambah lagi, di dalam sektor pemerintah sendiri kurang koordinasi, masih berjalan sendiri-sendiri dalam hal pendanaan, sektor yang paling menyatu perannya adalah sektor pendidikan; di Provinsi Sulawesi Barat, kemitraan dengan unsur swasta masing sangat terbatas karena belum adanya kesadaran unsur swasta seperti hotel yang sudah memberikan dampak pada lingkungan tapi tidak diimbangi dengan peran dalam promosi kesehatan.

#### **4.5 PERAN DAN FUNGSI UNIT PROMOSI KESEHATAN DALAM MEMBINA UKBM**

Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) merupakan perwujudan pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat untuk mendorong perilaku masyarakat hidup bersih dan sehat. UKBM berpengaruh dalam membantu akses masyarakat terhadap promosi kesehatan, mengingat tenaga promosi kesehatan yang masih terbatas. UKBM berperan dalam pendekatan keluarga yang nantinya akan memperkuat pendekatan komunitas.

Bentuk-bentuk UKBM yang ada masyarakat mencakup antara lain posyandu, polindes, poskesdes, dan lain-lain. Dari data hasil kajian, posyandu merupakan jenis UKBM yang terbanyak (seperti digambarkan dalam Tabel 3). Posyandu sebagai salah satu UKBM dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam pelayanan imunisasi, pemeriksaan ibu hamil, dan penyuluhan kesehatan. Selain posyandu bentuk UKBM yang banyak terdapat di lokasi kajian adalah UKS, khususnya di Provinsi Lampung dan DIY. Bentuk UKBM lain yang cukup banyak yang ditemukan di lokasi kajian adalah Poskesdes, UKK, dan Pos Obat Desa

**Tabel 3. Jenis UKBM di Lokasi Kajian**

No.	Jenis UKBM	Provinsi (Jumlah)				
		Lampung	Banten	DIY	Sulteng	Sulawesi Barat
1.	Posyandu	7.609	9.650	5.643	3.073	1.421
2.	Polindes	407	-	48	609	68
3.	Poskesdes	1.391	228	79	705	-
4.	Pos Obat Desa	-	-	253	702	-
6.	Posbindu	-	31	1.329	761	-
7.	UKS	7.862	50	2.225 (SD)	-	-
8.	Poskestren	165	83	64	26	-
9.	UKK	98	-	73	-	-
10.	SBH	-	-	78	-	-
11.	Dana Sehat	-	-	686	-	-

Dalam melakukan pembinaan UKBM, Dinas Kesehatan di tingkat provinsi melakukan beberapa kegiatan pendampingan, seperti advokasi, pelatihan petugas, sosialisasi program, dukungan sarana dan prasarana, supervisi dan monitoring pelaksanaan program. Namun demikian, dari hasil temuan di lapangan masih dirasakan kurangnya dukungan pembiayaan untuk puskesmas sebagai ujung tombak pendamping UKBM di lapangan dalam melakukan pembinaannya. Pembiayaan tersebut diperlukan dalam mendukung kegiatan pelatihan kader, kegiatan penyuluhan, termasuk kebutuhan pembiayaan dalam menyiapkan materi-materi penyuluhan. Untuk menuju kemandirian puskesmas, sesuai dengan RENSTRA Kementerian Kesehatan 2010-2014 diantaranya diperlukan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis pada program pembinaan upaya kesehatan. Selain itu, dibutuhkan bantuan operasional kesehatan (BOK) untuk puskesmas termasuk monitoring dan evaluasi BOK.

#### 4.6 KEBUTUHAN DI DAERAH UNTUK MEMBINA UKBM

Untuk meningkatkan kapasitas daerah dalam melaksanakan pembinaan UKBM, secara umum daerah memerlukan capacity building berupa pelatihan-pelatihan teknis terhadap tenaga penyuluh kesehatan masyarakat terutama di puskesmas dan rumah sakit. Kebutuhan pelatihan yang diperlukan mencakup antara lain pelatihan pengembangan media promosi kesehatan dan pelatihan pemberdayaan masyarakat.

Berdasarkan Renstra Kemenkes 2010-2014, manajemen pelaksanaan upaya pembinaan kesehatan sangat dibutuhkan tenaga kesehatan. Berkaitan dengan hal penguatan tenaga promosi kesehatan, pelatihan dan kompetensi terkait manajemen pelaksanaan upaya pembinaan UKBM di daerah terutama penanggung jawab promosi kesehatan di tingkat kabupaten atau kota diperlukan untuk meningkatkan peran UKBM dalam mendukung desa siaga aktif.

Dalam rangka mendukung kegiatan pembinaan UKBM diperlukan juga dukungan fasilitas sarana dan prasarana yang mencakup media cetak, media elektronik, serta sarana mobilisasi dalam bentuk kendaraan.

#### 4.7 PRIORITAS MASALAH

Penetapan prioritas masalah dalam pelaksanaan promosi kesehatan digunakan metode NGT (Nominal Group Technique) yang merupakan metode pencarian masalah berdasarkan penjumlahan pendapat dari seluruh anggota kelompok yang menjadi faktor kunci (responden). Daftar masalah ditetapkan berdasarkan kendala pada komponen input dan proses dalam pelaksanaan kegiatan, meliputi regulasi, ketenagaan, biaya, sarana, kelembagaan, kerjasama lintas sektoral, dan pembinaan UKBM. Berdasarkan hasil NGT di 5 lokasi kajian, prioritas permasalahan yang perlu mendapat perhatian dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah (1) pembiayaan, (2) regulasi, (3) ketenagaan, dan (4) kerjasama lintas sektoral. Secara rinci, prioritas masalah pada masing-masing provinsi kajian seperti digambarkan pada tabel berikut.

**Tabel 4. Prioritas Masalah Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan**

Provinsi	Tiga Prioritas Masalah Paling Mendesak Berdasarkan Hasil NGT
Lampung	1. Biaya 2. Regulasi 3. Ketenagaan
Banten	1. Regulasi 2. Biaya 3. Kerjasama lintas sektoral



**Tabel 4. Prioritas Masalah Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan**

Provinsi	Tiga Prioritas Masalah Paling Mendesak Berdasarkan Hasil NGT
DI Yogyakarta	1. Kerjasama lintas sektoral 2. Ketenagaan 3. Biaya
Sulawesi Tengah	1. Regulasi 2. Biaya 3. Kerjasama lintas sektoral
Sulawesi Barat	1. Biaya 2. Regulasi 3. Ketenagaan

## 5. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

### 5.1 KESIMPULAN

1. Kebijakan operasional Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat Pusat, telah diterjemahkan dalam bentuk visi, misi dan strategi yang sejalan dengan RPJPN 2005-20025, RPJMN 2004-2009 dan Renstra Kementerian Kesehatan, serta dituangkan dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan tentang kebijakan nasional promosi kesehatan dan pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di daerah.
2. Di daerah, diterjemahkan melalui berbagai strategi kegiatan yang tertuang dalam perencanaan jangka menengah (RPJMD) dan perencanaan tahunan (RKPD) serta berbagai regulasi di daerah seperti peraturan gubernur/bupati/walikota. Serta mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan sebagai acuan pelaksanaannya di daerah.
3. Masih belum optimalnya kondisi ketenagaan, pembiayaan, sarana, organisasi dan regulasi untuk melaksanakan kegiatan.
4. Bentuk-bentuk kerjasama lintas sektor/LSM/dunia usaha diwujudkan dalam bentuk dukungan terhadap berbagai kegiatan seperti lomba, penyuluhan dan gerakan masyarakat.
5. Peran dan fungsi unit promosi kesehatan dalam membina UKBM di daerah sejauh ini masih belum optimal, karena belum merupakan unit khusus pada struktur organisasi institusi.
6. Jumlah dan kualitas tenaga promosi kesehatan serta sarana dan prasarana pendukungnya belum sesuai dengan kebutuhan lapangan.
7. Prioritas permasalahan yang perlu mendapat perhatian dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah pembiayaan, regulasi, ketenagaan dan kerjasama lintas sektoral.
8. Kebijakan dan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, menurut persepsi pemegang keputusan daerah, antara lain adalah akan mempengaruhi perubahan pengetahuan dan sikap serta memerlukan fleksibilitas penterjemahan dan sosialisasi secara continue di daerah.

### 5.2 REKOMENDASI

1. Kebijakan. Untuk meningkatkan sinergi kebijakan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat pusat dan daerah diperlukan: (a) Peningkatan intensitas sosialisasi kebijakan nasional ke provinsi, kabupaten dan kota; (b) Peningkatan asistensi dan pembinaan teknis terutama dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran; (c) Penguatan advokasi pada pemangku kepentingan; (d) Peningkatan intensitas konsultasi oleh daerah secara berjenjang; (e) Pemanfaatan teknologi informasi dalam mengakses kebijakan promosi kesehatan, dan (f) Penguatan monitoring dan evaluasi secara berkala.
2. Sumberdaya Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
  - a. Dalam rangka meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga promosi kesehatan di daerah diperlukan pengembangan kerjasama pendidikan promosi kesehatan di lembaga pendidikan kesehatan (Diploma III di Poltekkes), peningkatan pelatihan teknis, on the job training (magang) dan sertifikasi tenaga promosi kesehatan dalam jabatan fungsional penyuluh kesehatan masyarakat.
  - b. Terkait pembiayaan promosi kesehatan diperlukan penguatan komitmen pusat dan daerah dalam pengalokasian anggaran promosi kesehatan, pemetaan pembiayaan promosi kesehatan di unit teknis lain, mobilisasi sumberdaya dari masyarakat dan dunia usaha (Corporate Social Responsibilities/CSR).
  - c. Terkait sarana prasarana Promosi kesehatan diperlukan peningkatan dari segi kuantitas dan kualitas, antara lain melalui peningkatan penyediaan sarana dan prasarana terutama yang dialokasikan melalui dana alokasi khusus (DAK) dan pengembangan prototype media KIE sebagai acuan daerah.
  - d. Dalam hal regulasi, perlu ditingkatkan advokasi kepada pemangku kepentingan baik di pusat maupun daerah terkait dengan pengembangan tenaga fungsional promosi kesehatan di daerah dan pengembangan jejaring kemitraan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
  - e. Peningkatan kemitraan promosi kesehatan melalui pembuatan nota kesepahaman (MoU) antar sektor, antara pemerintah dengan organisasi kemasyarakatan serta dunia usaha.

3. Pembinaan UKBM. Dalam rangka pembinaan UKBM diperlukan upaya untuk mereplikasikan daerah yang memiliki best practices dalam pembinaan UKBM ke daerah lain.
4. Organisasi. Perlu penguatan peran unit promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di Pusat sebagai koordinator program dan kegiatan terkait promosi kesehatan lintas bidang, lintas sektor dan perlu unit khusus yang menangani promosi kesehatan pada struktur dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.
5. Advokasi kegiatan promosi kesehatan kepada pihak legislatif di pusat dan daerah sebagai bagian dari upaya mendorong pembangunan kesehatan yang menekankan pada preventif dan promotif

---

## DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik (2007). Survei demografi dan kesehatan Indonesia SDKI.

Badan Pusat Statistik (2005). Behavioral surveillance survey result in Indonesia.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H (2006). Planning health promotion programs: an intervention mapping approach (2nd ed.): San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Departemen Kesehatan RI (2008). Pedoman pengelolaan promosi kesehatan. Dalam pencapaian perilaku hidup bersih dan sehat.

Green, L.W., Kreuter, M. W (2005). Health program planning. 4th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Peraturan Presiden RI No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004-2009.

Peraturan Presiden RI No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014.

Pusat Promosi Kesehatan, Departemen Kesehatan RI dan Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (2009). Komitmen Global, FKM UI.

Perry, J., Linsley, S (2006). The use of the nominal group technique as an evaluative tool in the teaching and summative assessment of the interpersonal skills of student mental health nurse. *Nurse Education Today*, 26: 346-353.

Potter, M, Gordon S, Hamer P. (2004). The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 32(3): 126-130.

Renstra Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005 – 2009.

Renstra Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010 – 2014.

Riskesdas (2007). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Tuffrey-Wijne, I., Bernal, J., Butler, G., Hollins, S. & Curfs, L. (2007). Using Nominal Group Technique to investigate the views of people with intellectual disabilities on end-of-life care provision. *Journal of Advanced Nursing*. 58(1), 80-89.

Undang-undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025.

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.