



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

RENCANA AKSI KEGIATAN

PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT TAHUN 2020-2024

**DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2020 – 2024. Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat memuat kebijakan, peta strategis, sasaran startegis, indikator dan target yang akan dicapai. Dokumen ini diharapkan menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program, sehingga upaya kesehatan kerja dan olahraga dapat dilaksakana secara terarah dan terukur.

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada semua pihak atas perhatian dan dedikasinya untuk memberikan pemikiran, tenaga dan waktu dalam penyusunan rencana aksi ini.

Semoga Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2020–2024 dapat mendukung tercapainya implementasi dan efektifitas Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di daerah dalam mewujudkan masyarakat yang berperilaku sehat.

Salam sehat,

Direktur Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

The image shows a blue circular official stamp of the Indonesian Ministry of Health, Directorate General of Community Health. The stamp contains the text 'KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA' and 'DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT'. Overlaid on the stamp is a blue ink signature.

dr. Riskiyana Sukandhi Putra, M.Kes

Pembina

dr. Riskiyana Sukandhi Putra, M.Kes

Penyusun

Riza Afriani Margaresa, SKM, MPH

Wiji Astuti, S.Sos

Kontributor

Sakri Sabatmaja, SKM, M.Kes

Dra. Herawati, MA

drg. Marlina Ginting, M.Kes

Bambang Purwanto, SKM, MPH

Kiki Syahroni, SIP

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
PEMBINA	II
PENYUSUN	II
KONTRIBUTOR	II
DAFTAR ISI	III
DAFTAR GAMBAR	IV
DAFTAR TABEL	IV
BAB I 1	
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN PENYUSUNAN RENCANA AKSI	3
C. SASARAN.....	3
D. DASAR HUKUM.....	4
E. RUANG LINGKUP.....	5
1. ANALISA SITUASI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	5
2. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	5
3. INDIKATOR KEBERHASILAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT.....	5
4. MONITORING DAN EVALUASI.....	5
BAB II 6	
ANALISA SITUASI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	6
A. KONDISI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	6
B. ANALISIS SWOT.....	8
C. ANALISIS POSISI BERSAING.....	10
BAB III 14	
ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI	14
PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	14
1. ARAH KEBIJAKAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	14
2. STRATEGI PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	19
c. Sasaran	
d. indikator	
BAB IV 36	
PERAN PEMERINTAH PUSAT, PROVINSI, DAN KABUPATEN/KOTA	36
BAB V 39	
MONITORING DAN EVALUASI	39
BAB VI 42	
PENUTUP	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Analisis Perilaku Kesehatan berdasarkan Teori Green (1991).....	7
Gambar 2. Kuadran Posisi Bersaing Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.....	13
Gambar 3. Prioritas RPJMN IV Tahun 2020 – 2024	15
Gambar 4. Prioritas Nasional Meningkatkan SDM Berkualitas.....	16
Gambar 5. Prioritas Program Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	17
Gambar 6. Logical Framework Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2020 – 2024.....	18
Gambar 7. Ottawa Charter.....	19

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Analisis SWOT Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.....	10
Tabel 2. Sasaran dan Indikator Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2020-2024.....	33

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara berkembang termasuk Indonesia mengalami perubahan pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Perubahan pola penyakit ini disebabkan karena berubahnya perilaku manusia. Pada era tahun 1990an, penyebab kematian dan kesakitan terbesar adalah penyakit menular seperti Infeksi Saluran Pernapasan Atas, TBC, Diare, dll. Namun sejak tahun 2010, penyebab terbesar kesakitan dan kematian adalah akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti stroke, jantung, dan kencing manis. PTM tidak hanya menyerang usia tua tetapi telah bergeser ke usia muda, terjadi di semua kalangan kaya dan miskin, tinggal di kota maupun di desa.

Kecenderungan kesakitan dan kematian akibat PTM ini menyebabkan beban biaya kesehatan semakin tinggi karena penanganannya membutuhkan biaya yang besar dan memerlukan teknologi tinggi. Biaya untuk pengobatan PTM yang sangat besar dapat menyebabkan deficit JKN dan kemiskinan (pengeluaran katastrofik). Selain itu, kecacatan dan kematian yang disebabkan oleh kasus PTM juga menyebabkan hilangnya potensi/modal sumber daya manusia dan menurunnya produktivitas (*productivity loss*) yang pada akhirnya akan mempengaruhi pembangunan sosial dan ekonomi.

Meningkatnya PTM berkaitan dengan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin maju, informasi dan transportasi yang semakin mudah. Faktor risiko penyebab Penyakit Tidak Menular (PTM) yang terkait dengan berubahnya gaya hidup masyarakat diantaranya adalah :

- Penduduk kurang beraktivitas fisik, contohnya banyak menghabiskan waktu dengan menonton TV, bermain game dan terlalu lama di depan komputer. Hal ini dapat menyebabkan faktor risiko kegemukan.
- Pola makan yang berubah dimana kecenderungan masyarakat untuk makan makanan olahan, siap saji, tinggi gula, garam dan lemak dan kurang makanan yang berserat seperti buah dan sayur menyebabkan gangguan pencernaan.
- Faktor risiko selanjutnya adalah minum minuman beralkohol. Kebiasaan minum minuman beralkohol dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh dan berisiko kematian.

- Kebiasaan merokok, yang dapat menyebabkan bermacam macam penyakit di antaranya kanker paru-paru, kanker mulut.

Seiring dengan meningkatkan PTM, angka kesakitan dan kematian akibat Penyakit Menular (PM) semakin menurun, walaupun prevalensi PM masih cukup tinggi, salah satunya adalah TBC. Indonesia peringkat tertinggi kedua jumlah kasus baru TBC di dunia. Sebanyak 290.000 kasus TBC belum terjangkau dan terdeteksi. Menurut data WHO (2017), saat ini terdapat 1.020.000 kasus baru TBC. 1 orang dengan TBC aktif dapat menularkan ke 10-15 orang pertahunnya.

Selain kedua masalah diatas, saat ini Indonesia juga masih mengalami masalah terkait gizi serius dan cakupan serta mutu imunisasi yang belum maksimal. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya prevalensi *stunting* (anak pendek) pada anak balita, yaitu masih sebesar 37,2 persen (Riskesmas, 2013) dan sebanyak 1,7 Juta anak yang belum mendapat imunisasi dan imunisasinya tidak lengkap (Kemenkes, 2014 – 2016). *Stunting* balita merupakan gambaran terjadinya gangguan pada pertumbuhan fisik, pertumbuhan otak/kecerdasan, dan metabolisme tubuh. Sedangkan bagi anak yang tidak di imunisasi dasar lengkap, berisiko menimbulkan penyakit, kecacatan dan kematian. Dengan demikian, *stunting* dan anak belum diimunisasi atau imunisasinya tidak lengkap dapat menjadi faktor penghambat dalam mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas dan berdaya saing. Untuk itu, masalah gizi khususnya *stunting* serta cakupan dan mutu imunisasi harus segera ditangani secara serius dengan melibatkan berbagai pihak, termasuk lintas sektor.

Besarnya dampak dan kerugian yang akan ditanggung akibat *stunting*, Pemerintah berkomitmen untuk menekan angka *stunting* dengan berbagai program diantaranya dengan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitive. Intervensi gizi spesifik terdiri dari makanan tambahan untuk mengatasi KEK pada ibu hamil, tablet tambah darah untuk mengatasi anemia pada bumil, konsumsi garam beriodium, ASI Eksklusif, imunisasi, cuci tangan dengan benar, Pemberian ASI sampai usia 2 tahun didampingi dengan MP ASI adekuat, Pemberian Obat Cacing, Pemberian Makanan Tambahan, Pemberian Vitamin A, Tata Laksanakan Gizi Buruk, Penanggulangan Malaria, Pencegahan dan Pengobatan diare. Menurut Permendagri Nomor 18 tahun 2018 Posyandu adalah Wadah pemberdayaan masyarakat berbentuk Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD) yang

diprakarsai oleh masyarakat dan dikelola oleh masyarakat bersama Pemerintah Desa/Kelurahan guna memberikan kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan masyarakat. Posyandu bertugas membantu Kepala Desa dalam peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Desa. Pengurus LKD ditetapkan dengan Keputusan Kepala Desa. Menurut Permendagri 19 tahun 2011 kegiatan layanan sosial dasar dapat dilakukan terintegrasi dengan kegiatan Posyandu. Oleh karena itu, diperlukan suatu wadah koordinasi para pemangku kepentingan terkait di setiap tingkatan dan di desa/kelurahan. Wadah koordinasi posyandu adalah Pokjanal dan Pokja Posyandu. Posyandu aktif yaitu posyandu yang termasuk dalam dengan strata purnama dan mandiri. Capaian posyandu aktif di tahun 2018 mencapai 61,12% dari 291,872. Cakupan yang masih kurang baik dikarenakan pula karena kurangnya kapasitas kader dalam pengelolaan Posyandu. Kader posyandu yang terlatih hanya 2—3 orang per posyandu. Untuk diperlukan peningkatan kapasitas kader dalam pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan stunting.

Mengantisipasi persoalan tersebut, upaya promosi Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat saat ini diarahkan pada implemtasi kebijakan germas di masyarakat, penguatan promosi Kesehatan di berbagai tatanan, penguatan dan pembinaan posyandu aktif, dan Pelaksanaan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Percepatan Pencegahan Stunting

B. Tujuan Penyusunan Rencana Aksi

1. Mendukung pencapaian Rencana Pembangunan Jangka Menenngah (RPJMN), Rencana Strategi (Renstra) Kementerian Kesehatan dan Rencana Aksi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024.
2. Mendukung pencapaian pembudayaan Germas
3. Menentukan arah dan sasaran upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2020-2024 yang kesinambungan dan kelanjutan
4. Panduan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, evaluasi serta pengembangan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2020-2024.
5. Panduan bagi kabupaten/ kota melaksanakan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

C. Sasaran

1. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
2. Lintas program dan lintas sektor terkait

3. Pemangku kepentingan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota
4. Ormas, Perguruan Tinggi, Dunia Usaha/mitra potensial
5. Petugas Kesehatan dan kader kesehatan
6. Perencana dan pemeriksa/auditor

D. Dasar Hukum

1. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
2. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025.
3. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
4. Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.
6. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
8. Peraturan Presiden RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020 - 2024.
9. Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang Gerakan masyarakat Hidup Sehat
10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promkes di Puskesmas
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 2269/MENKES/PER/XI/2011 tentang Pedoman Pembinaan PHBS
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 473 Tahun 2014 tentang Pelimpahan Wewenang dan Tanggung jawab Kementerian Kesehatan di Tingkat Kabupaten/Kota;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 474 Tahun 2014 tentang Pelimpahan Wewenang dan Tanggung jawab Kementerian Kesehatan di Tingkat Provinsi.
15. Peraturan Menteri Kesehatan 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223);

17. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas Nomor 11 Tahun 2017 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau.
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
23. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 411.42/1978/SJ tentang Revitalisasi Posyandu

E. Ruang Lingkup

1. Analisa situasi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
2. Arah Kebijakan dan Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Indikator Keberhasilan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
4. Monitoring dan Evaluasi

BAB II

ANALISA SITUASI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

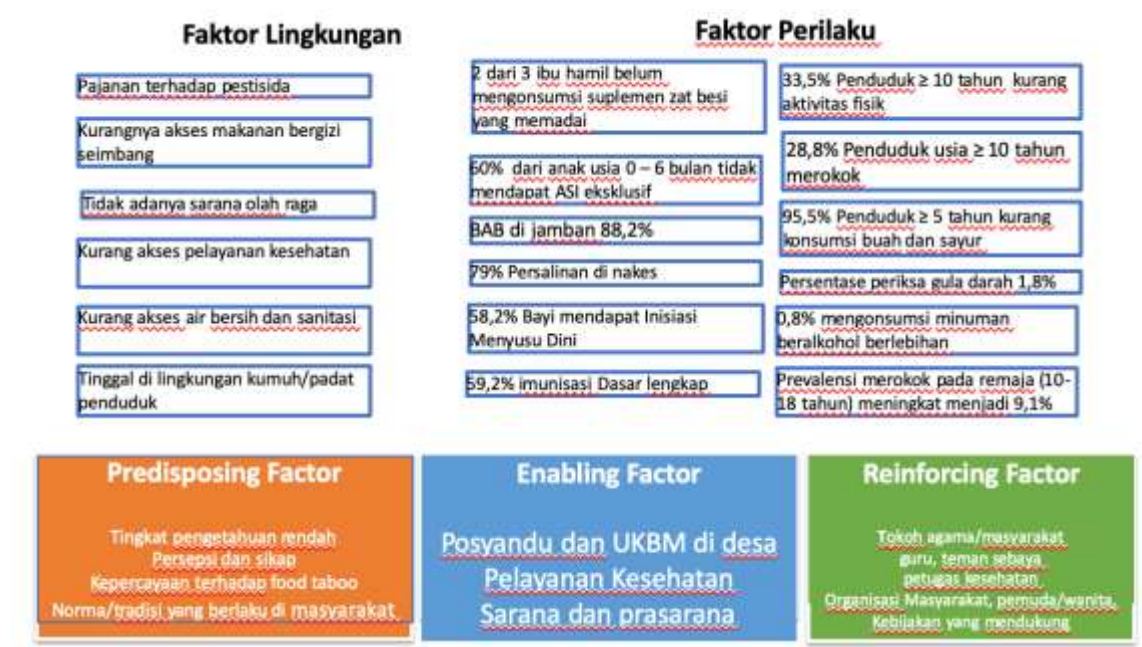
A. Kondisi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Secara umum pembangunan kesehatan telah menyebabkan terjadinya berbagai kemajuan penting dalam meningkatkan status kesehatan. Umur Harapan Hidup (UHH) orang Indonesia telah naik mengikuti tren kenaikan UHH global. Tahun 2017, UHH orang Indonesia telah mencapai 71,5 tahun, di mana UHH perempuan lebih tinggi 5 tahun dibandingkan dengan laki-laki (perempuan 74 tahun, laki-laki 69 tahun). Pendekatan terbaru untuk melihat kualitas tahun hidup, tidak semata-mata UHH, namun yang lebih penting adalah tahun hidup berkualitas (*Healthy Adjusted Life Expectancy/HALE*). HALE orang Indonesia secara rerata adalah 62,65 tahun, artinya terdapat 8,85 tahun yang hilang karena kualitas hidup yang buruk akibat menderita penyakit dan disabilitas. Dalam membangun SDM yang berkualitas, selisih angka inilah yang harus diperkecil.

Angka Kematian Ibu (AKI) telah menurun dari 346 kematian per 100.000 KH pada tahun 2010 (Sensus Penduduk 2010) menjadi 305 kematian per 100.000 KH pada tahun 2015 (SUPAS 2015). Angka Kematian Bayi (AKB) juga menurun dari 32 kematian per 1.000 KH pada tahun 2012 menjadi 24 kematian per 1.000 KH pada tahun 2017 (SDKI 2017). Prevalensi *stunting* pada balita dari 37,2% (Riskesdas 2013) turun menjadi 30,8% (Riskesdas 2018) dan 27,7% (SSGBI 2019). Prevalensi *wasting* menurun dari 12,1% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 10,2%.

pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Begitu pula untuk kasus gemuk, prevalensi gemuk pada balita terjadi penurunan dari 11,8% (Riskesdas 2013) menjadi 8% (Riskesdas 2018). Capaian tersebut didukung oleh berbagai upaya dalam rangka pemerataan akses pelayanan kesehatan dan juga peningkatan kesadaran masyarakat untuk melaksanakan hidup sehat. Dilihat dari beban penyakit (*diseases burden*) yang diukur dengan *Disability Adjusted Life Years* (DALYs), telah terjadi transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir; penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,3% pada tahun 1990 menjadi 23,6% pada tahun 2017, penyakit tidak menular (PTM) naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi 69,9% pada tahun 2017, serta cedera turun dari 8,9% pada tahun 1990 menjadi 6,5% pada tahun 2017. Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan

signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas. Penduduk Indonesia yang padat dengan geografis yang luas menyebabkan terbukanya transportasi di dalam negeri maupun antar negara yang dapat menyebabkan masuknya agen penyakit baru.



Gambar 1. Analisis Perilaku Kesehatan berdasarkan Teori Green (1991)

Selain kualitas pelayanan kesehatan, tingkat kesadaran publik dan perilaku masyarakat untuk memahami dan melakukan upaya pencegahan penyakit dan melaksanakan hidup sehat masih kurang baik, misalnya:

1. Asupan makan ibu hamil dipengaruhi oleh suaminya dan/atau mertua sebagai orang yang mengambil keputusan mengenai makanan apa yang akan dibeli dan dikonsumsi.
2. Inisiasi menyusu dini belum menjadi norma; hanya sekitar setengah dari ibu melahirkan melakukan inisiasi menyusu dini dalam satu jam kelahiran.
3. Pengenalan kepada makanan tambahan yang terlalu dini, setengah dari anak yang mendapatkan ASI sudah menerima makanan padat atau semi padat pada umur empat atau lima bulan.
4. Perilaku mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, memasak, atau saat memberi makan masih rendah.

5. Status ekonomi dan pantangan makanan (*food taboo*) masih menjadi faktor yang sangat berpengaruh bagi masyarakat Indonesia.
6. Stunting tidak hanya terjadi pada kalangan masyarakat miskin tetapi juga di kelompok rumah tangga terkaya, yaitu sebesar 29% balita dari 20% rumah tangga dengan status sosial ekonomi tertinggi.
7. Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terbatas juga mempengaruhi kepatuhan masyarakat, khususnya ibu hamil dan ibu menyusui, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai jadwal.
8. Ketimpangan akses air minum dan sanitasi masih cukup besar, terutama di wilayah Indonesia Timur.
9. Proporsi aktivitas fisik kurang 33,5% (Riskesmas 2018) dan.
10. Proporsi konsumsi buah dan sayur kurang pada penduduk 5 tahun, masih sangat bermasalah yaitu sebesar 95,5% (Riskesmas 2018).
11. Prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat menjadi 9,1% (Riskesmas 2018).

Dengan berbagai tantangan kesehatan yang dihadapi, diperlukan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang komprehensif dengan memperhatikan sesuai Teori Green (1991) a) *predisposing factor* yaitu faktor-faktor sosial budaya yang mempengaruhi perilaku, b) *enabling factor* yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan meliputi sarana dan prasarana atau fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan c) *reinforcing factors* adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, faktor – faktor tersebut yaitu : (a) dukungan petugas kesehatan, dimana semua petugas kesehatan, baik dilihat dari jenis dan tingkatannya pada dasarnya adalah penyuluhan kesehatan.

B. Analisis SWOT

Berdasarkan survey terkait SWOT kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat didapatkan:

Hal yang menjadi kekuatan (*Strength*) dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diantaranya:

1. Telah ada payung hukum/kebijakan terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang kuat.

2. Telah adanya pengelola promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah (minimal eselon IV).
3. Adanya NSPK terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang sesuai dengan kebutuhan saat ini.
4. Tersedianya anggaran pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
5. Adanya dukungan dari Kementerian Kesehatan untuk kegiatan promotive dan preventif melalui kegiatan promosi kesehatan.

Hal yang menjadi kelemahan (*weakness*) dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diantaranya:

1. Belum adanya sistem informasi terintegrasi kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
2. Data terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat belum cukup lengkap sebagai dasar perencanaan dan evaluasi.
3. Terbatasnya jumlah SDM dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di Puskesmas dan Kabupaten/Kota.
4. Adanya disparitas kemampuan pengelola program kesehatan kerja dan olahraga di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota

Hal yang menjadi kesempatan (*Opportunity*) dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diantaranya:

1. Tingginya kesadaran penentu kebijakan di tingkat pusat terkait pentingnya promotif dan preventif.
2. Jabatan fungsional penyuluh kesehatan masyarakat.
3. Dukungan organisasi profesi PPKMI dan *Health Promoting Hospital Network Indonesia (IHPH)*.
4. Adanya potensi pemanfaatan anggaran dari sumber lain yang tidak mengikat (Dana Desa, menu DAK, dukungan swasta, lintas kementerian, dan hibah)
5. Semakin kuatnya jejaring dan kerjasama Lintas program dan lintas sektor
6. Sebagian besar provinsi dan kabupaten/kota telah menganggarkan APBD untuk promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
7. Adanya berbagai kesepakatan internasional terkait promosi kesehatan (Ottawa Charter, SBCC, *Global Conference on Health Promotion*, dll)

Hal yang menjadi ancaman (*Threat*) dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diantaranya:

1. Kondisi geografis, infrastruktur dan sosiokultural yang sangat beragam di daerah
2. Masih rendahnya pemahaman masyarakat untuk melaksanakan perilaku sehat
3. Disparitas kemampuan Pemerintah Daerah dalam kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
4. Perubahan gaya hidup dan terjadinya transisi epidemiologi
5. Revolusi industri 4.0
6. Belum optimalnya koordinasi dan kerjasama lintas sektor dan lintas program (masih terfragmentasi)

C. Analisis Posisi Bersaing

Berdasarkan hasil SWOT tersebut dapat dipetakan posisi bersaing promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sebagai berikut ini :

Tabel 1. Analisis SWOT Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Strength

No.	Kekuatan	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
1.	Telah ada payung hukum/kebijakan terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang kuat.	2,5	10	25
2.	Telah adanya pengelola promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah (minimal eselon IV).	2,5	8	20
3.	Adanya NSPK terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang sesuai dengan kebutuhan saat ini.	2	5	10
4.	Tersedianya anggaran pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.	1,5	7	10,5

No.	Kekuatan	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
5.	Adanya dukungan dari Kementerian Kesehatan untuk kegiatan promotive preventif melalui promkes	1,5	8	12
TOTAL		10		77,5

Weakness

No.	Kelemahan	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
1.	Belum adanya sistem informasi terintegrasi kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.	3	6	18
2.	Data terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat belum cukup lengkap sebagai dasar perencanaan dan evaluasi.	3	5	15
3.	Terbatasnya jumlah SDM dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di Puskesmas dan Kabupaten/Kota.	2	5	10
4.	Adanya disparitas kemampuan pengelola program kesehatan kerja dan olahraga di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota	3	5	15
Total		10		58
(X) = Strength – Weakness				19,5

Opportunity

No.	Peluang	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
1	Tingginya kesadaran penentu kebijakan di tingkat pusat terkait pentingnya promotif dan preventif.	2	8	16

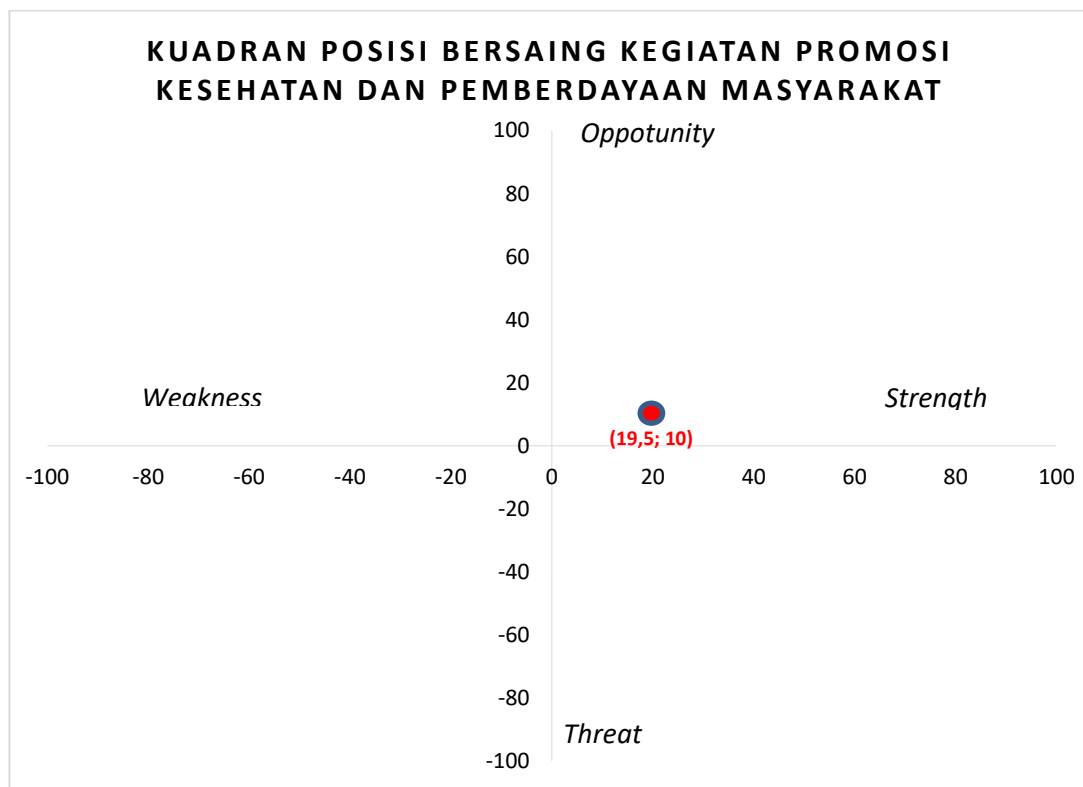
No.	Peluang	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
2	Jabatan fungsional penyuluh kesehatan masyarakat.	1	6	6
3	Dukungan organisasi profesi PPKMI dan <i>Health Promoting Hospital Network Indonesia (IHPH)</i> .	1	6	6
4	Adanya potensi pemanfaatan anggaran dari sumber lain yang tidak mengikat (Dana Desa, menu DAK, swasta, lintas kementerian, dan hibah)	2	8	16
5	Semakin kuatnya jejaring dan kerjasama Lintas program dan lintas sektor	1	7	7
6	Sebagian besar provinsi dan kabupaten/kota telah menganggarkan APBD untuk promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.	2	8	16
7	Adanya berbagai kesepakatan internasional terkait promosi kesehatan (Ottawa Charter, SBCC, Global Conference on Health Promotion, dll)	1	10	10
Total		10		77

Threat

No.	Ancaman	Bobot	Nilai	Nilai Terbobot
1	Kondisi geografis, infrastruktur dan sosiokultural yang sangat beragam di daerah	1	6	6
2	Masih rendahnya pemahaman masyarakat untuk melaksanakan perilaku sehat	3	8	24
3	Disparitas kemampuan Pemerintah Daerah dalam kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	2	7	14

4	Perubahan gaya hidup dan terjadinya transisi epidemiologi	2	7	14
5	Revolusi industri 4.0	1	4	4
6	Belum optimalnya koordinasi dan kerjasama lintas sektor dan lintas program (masih terfragmentasi)	1	5	5
Total		10		67
(Y) = Opportunity – Threat				10

Berdasarkan bobot dan nilai yang telah diperoleh untuk setiap faktor, maka dapat dipetakan posisi bersaing Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat berada di kuadran I, dimana telah sedang ada dalam posisi yang kuat dan sudah on the track. Yang perlu dilakukan adalah melakukan ekspansi, memperbesar serta mempercepat pertumbuhan organisasi. Strategi yang tepat dalam hal ini menggunakan **Progresif**.



Gambar 2. Kuadran Posisi Bersaing Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

BAB III
ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI
PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. Arah Kebijakan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Tema RPJMN IV tahun 2020-2024 adalah “Indonesia Berpenghasilan Menengah-Tinggi yang sejahtera, adil dan berkesinambungan” dengan pengarusutamaan pada 1) kesetaraan gender, 2) tata kelola yang baik, 3) pembanungan berkelanjutan, 4) model social budaya yang baik dan 5) pemanfaatan transformasi digital dengan optimal.

Prioritas RPJMN IV tahun 2020-2024 adalah :

1. Memperkuat ketahanan ekonomi untuk pertumbuhan yang berkualitas
2. Mengembangkan wilayah untuk mengurangi kesenjangan dan menjamin pemerataan
3. Meningkatkan SDM berkualitas dan berdaya saing
4. Revolusi mental dan pembangunan kebudayaan
5. Memperkuat infrastuktur mendukung pengembangan ekonomi dan pelayanan dasar
6. Membangun lingkungan hidup, meningkatkan ketahanan bencana dan perubahan iklim
7. Memperkuat stabilitas politik, hukum, dan keamanan dan transformasi pelayanan publik

Prioritas RPJMN IV 2020-2024



Gambar 3. Prioritas RPJMN IV Tahun 2020 - 2024

Sektor kesehatan berfokus pada Prioritas Nasional (PN) ke-3 yaitu **meningkatkan SDM berkualitas dan berdaya saing**, dalam PN ke-3 terdapat 7 Program Prioritas (PP) yaitu:

1. Pengendalian pendudukan dan tata kelola kependudukan
2. Penguatan perlindungan sosial
3. Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan
4. Pemerataan pelayanan pendidikan berkualitas
5. Peningkatan kualitas anak, perempuan dan pemuda
6. Pengentasan kemiskinan, dan
7. Peningkatan produktivitas dan daya saing

Prioritas Nasional No.3 Meningkatkan SDM Berkualitas dan Berdaya Saing



Gambar 4. Prioritas Nasional Meningkatkan SDM Berkualitas

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, maka ditetapkan arah kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai berikut :

1. Penguatan pelayanan kesehatan primer dengan mengutamakan UKM tanpa meninggalkan UKP, serta mensinergikan FKTP pemerintah dan FKTP swasta.
2. **Pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.**
3. **Penguatan pencegahan faktor risiko, deteksi dini, dan aksi multisectoral (pembudayaan GERMAS), guna pencegahan dan pengendalian penyakit.**
4. **Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan didukung inovasi teknologi.**
5. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah, untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program.



Gambar 5. Arah Kebijakan RPJMN Bidang Kesehatan 2020 - 2024

Kelima arah kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut digunakan sebagai pemandu dalam menyusun Tujuan Strategis dan Sasaran Strategis Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024. Tujuan strategis Kementerian Kesehatan, yaitu:

- 1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup**
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- 3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat**
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

Dalam rangka mencapai 5 (lima) Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan tersebut di atas, ditetapkan 8 (delapan) Sasaran Strategis sebagai berikut:

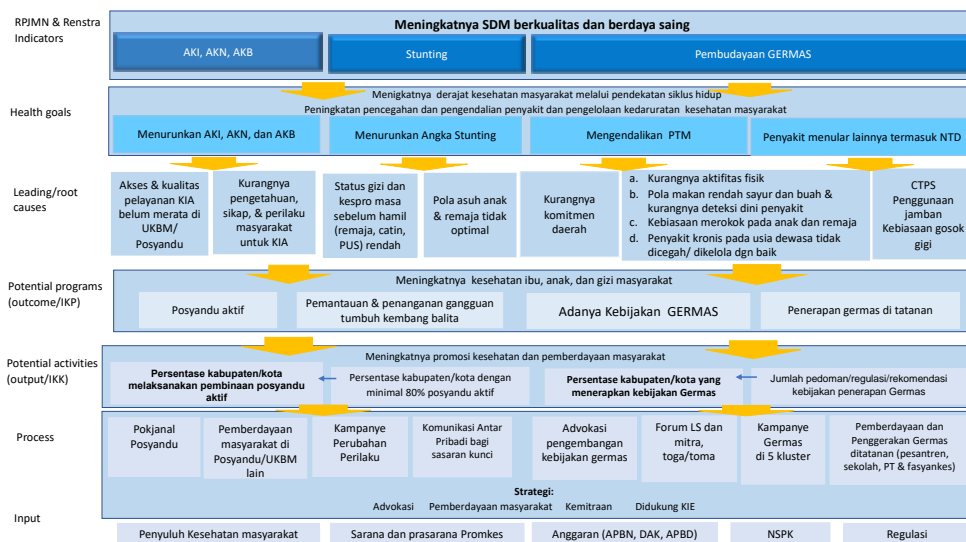
- 1. Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat**
2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
3. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat Kesehatan
5. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar
6. Terjaminnya pembiayaan Kesehatan

7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata Kelola pemerintahan yang baik dan bersih
8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan

Mengacu pada sasaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Indikator Dirjen Kesmas bersifat dampak (*impact atau outcome*). Dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai di akhir tahun 2024 yaitu:

1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebesar 95%
2. Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS) sebesar 80%
3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) sebesar 10%
- 4. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat.**

Menindaklanjuti arah kebijakan di atas, upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2020 – 2024 mendukung 1) peningkatan kesehatan ibu, anak, KB, dan kesehatan reproduksi, 2) peningkatan gizi masyarakat, dan 3) pembudayaan gerakan masyarakat hidup sehat. Adapun keterkaitan RPJMN, Renstra, RAP Kesehatan Masyarakat, dan RAK Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tercantum dalam *logical framework* di bawah:



Gambar 6. Logical Framework Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2020 - 2024

2. Strategi Pelaksanaan Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat

Promosi Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi, dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal.



Gambar 7. Ottawa Charter

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Kanada pada tahun 1986 menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter). Di dalam piagam Ottawa tersebut dirumuskan ruang lingkup promosi kesehatan, yang mencakup 5 aspek, yaitu:

- a. Mengembangkan Kebijakan Berwawasan Kesehatan (*Health Public Policy*)
- b. Menciptakan Lingkungan yang mendukung (*Supportive Environment*)
- c. Memperkuat Gerakan masyarakat (*Community Action*)
- d. Meningkatkan Keterampilan Individu (*Personnal Skill*)
- e. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)

Promosi Kesehatan diselenggarakan dengan strategi:

1. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk menciptakan kesadaran, kemauan, serta kemampuan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dalam rangka

meningkatkan kepedulian dan peran aktif di berbagai upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan cara memfasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif dengan memperhatikan kebutuhan, potensi, dan social budaya setempat.

2. Advokasi

Advokasi dilakukan kepada para penentu kebijakan dan pemangku kepentingan guna mendapatkan dukungan dalam bentuk kebijakan dan sumber daya yang diperlukan. Hasil advokasi di setiap jenjang pemerintahan dapat diinformasikan dan dijasikan bahan advokasi ke jenjang pemerintahan yang lain secara timbal balik.

3. Kemitraan

Kemitraan dilaksanakan untuk mendukung pemberdayaan masyarakat dan advokasi dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan. Kemitraan dilaksanakan dengan prinsip kesamaan kepentingan, kejelasan tujuan, kesetaraan kedudukan, dan transparansi di bidang kesehatan.

Penyelenggaraan Promosi Kesehatan harus didukung dengan metode dan media yang tepat, data dan informasi yang valid/akurat, serta sumber daya yang optimal termasuk sumberdayaa manusia yang profesional.

3. SASARAN

Pada periode 2020-2024 ini, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diarahkan untuk mencapai tujuan strategis yaitu penurunan AKI/AKB, penurunan stunting, dan pembudayaan masyarakat hidup sehat.

Sasaran strategisnya adalah meningkatnya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Untuk mencapai sasaran strategis tersebut, kebijakan kegiatan prioritas promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat ada 2 yaitu :

1. Peningkatan Posyandu Aktif, dengan indikator: Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif.
2. Penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, dengan indikator: Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Germas.

1. Posyandu Aktif

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 telah mengamanatkan pengintegrasian layanan sosial dasar ke dalam Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), mencakup pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak; pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; perilaku hidup bersih dan sehat; kesehatan lanjut usia; BKB; Pos PAUD; percepatan penganekaragaman konsumsi pangan; pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil dan penyandang masalah kesejahteraan sosial; kesehatan reproduksi remaja; dan peningkatan ekonomi keluarga.

Keberadaan Posyandu sangat diperlukan dalam mendekatkan upaya promotif dan preventif kepada masyarakat dan pelaksanaan pemberdayaan masyarakat. Dalam pengembangan dan pelaksanaan Posyandu merupakan tanggung jawab lintas sektor di wilayah desa, yang disebut Kelompok Kerja Operasional Posyandu. Pojangan ini bertugas untuk melakukan pembinaan administratif, keuangan, dan program Posyandu sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Posyandu buka minimal satu kali dalam sebulan. Pada saat pandemi, kegiatan rutin Posyandu tidak harus buka di suatu tempat, namun juga dapat dilakukan secara jemput bola kepada sasaran. Kader, tenaga Puskesmas, stakeholder (lurah/kepala desa, tokoh masyarakat, TP PKK, dll) merupakan sumber daya manusia penting dalam pelaksanaan Posyandu. Kader melaksanakan kegiatan sebelum, selama, dan di luar hari buka Posyandu. Petugas Puskesmas diwajibkan hadir satu kali dalam sebulan untuk membimbing kader dalam penyelenggaraan Posyandu, menyelenggarakan pelayanan kesehatan, melaksanakan penyuluhan atau konseling, dan menganalisis hasil kegiatan Posyandu.

2. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)

merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan

kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. GERMAS mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif- rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Tujuan GERMAS adalah terciptanya masyarakat berperilaku sehat yang berdampak pada kesehatan terjaga, produktif, lingkungan bersih, dan biaya berobat berkurang.

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) mengamanatkan setiap pihak terkait untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan GERMAS, melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, dan peningkatan edukasi hidup sehat. Inpres ini juga mengamanatkan Menteri Kesehatan untuk melaksanakan kampanye GERMAS serta meningkatkan advokasi dan pembinaan daerah dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), meningkatkan pendidikan mengenai gizi seimbang dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, aktivitas fisik, dan meningkatkan pelaksanaan deteksi dini penyakit di puskesmas dan menyusun panduan pelaksanaan deteksi dini penyakit di instansi pemerintah dan swasta.

Germas tidak hanya dijalankan oleh Kementerian Kesehatan saja, tetapi juga lintas kementerian dan lembaga, gubernur, bupati/walikota, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktikkan pola hidup sehat. Pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS dapat dilaksanakan dengan cara melakukan aktifitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan, dan menggunakan jamban. Kegiatan-kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, serta tidak membutuhkan biaya yang besar.

Ke depan pelaksanaan GERMAS harus lebih diarahkan pada “pembudayaan hidup sehat” kepada individu dan masyarakat untuk meningkatkan literasi kesehatan, yang pada ujungnya akan mampu merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Di sini perlu upaya advokasi kepada seluruh pemangku kepentingan (termasuk lintas sektor), pemberdayaan masyarakat, sinergisme pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Advokasi kepada lintas lintas sektor harus mampu menghasilkan pembangunan berwawasan kesehatan (*health in all policies*).

Oleh karena itu, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 241, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat menyelenggarakan fungsi:

- a. penyiapan perumusan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
- b. penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
- c. penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
- d. penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
- e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat; dan
- f. pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

Menindaklanjuti hasil analisis situasi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan pada Bab II, yaitu progresif sehingga sudah *on the track* dan perlu untuk mempercepat upaya untuk keberhasilan, ruang lingkup dan strategi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, maka kegiatan utama promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang akan dilaksanakan tahun 2020 – 2024 adalah:

1) Memperkuat Advokasi dan dukungan kebijakan

- a. Advokasi kepada Kementerian Lembaga dalam mendukung program kesehatan melalui Germas
- b. Advokasi ke Pemerintah Provinsi dan Kab/Kota untuk menerbitkan kebijakan Kesehatan, Germas dan Stunting
- c. Advokasi kepada dunia usaha, mitra potensial, ormas dan tokoh nasional/tokoh agama

Tahapan pelaksanaan advokasi adalah:

- a) Penjajakan masalah dan isu advokasi kesehatan
 - Pengumpulan data sekunder
Data sekunder merupakan data tentang situasi kesehatan masyarakat, sarana-prasarana kesehatan, kebijakan pembangunan kesehatan dan kebijakan anggaran kesehatan.
 - Pengumpulan data primer
Data primer merupakan semua informasi yang belum tersaji dalam tulisan, film, suara tetapi masih tersimpan di masing-masing sumber data. Secara umum, pengelompokan jenis data dan informasi primer yang perlu digali yaitu kondisi umum kesehatan masyarakat; kebijakan pemerintah dalam pembangunan sektor kesehatan dan sektor lain yang terkait; alokasi anggaran untuk sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang terkait; semua data dasar yang dibutuhkan untuk menghitung neraca kesehatan akibat penyakit yang diderita masyarakat; data jumlah penduduk, demografi usia produktif, upah dan pendapatan rerata penduduk dan angkatan kerja, angka morbiditas, mortalitas dll; data etnografi kesehatan penduduk; peta partisipasi masyarakat selama ini dalam program pelayanan kesehatan; peta berbagai organisasi lokal yang bergerak di sektor kesehatan atau yang berkaitan, serta akses pelayanan kesehatan, akses informasi kesehatan yang diperoleh masyarakat serta data lain yang terkait.
- b) Pengembangan Strategi Advokasi

Tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pengembangan strategi advokasi di pusat dan daerah adalah:

- Membentuk tim inti advokasi
Tim ini berperan untuk melakukan kajian advokasi, penentuan dari isu strategis, perumusan sasaran advokasi, perancangan strategi dan teknik yang akan digunakan, penyiapan dan penggalangan dukungan sumber daya yang dibutuhkan serta pemantauan seluruh proses, hasil dan dampak advokasi.
- Menganalisis kebijakan publik
Setelah tim inti advokasi terbentuk, tugas yang dilakukan oleh tim adalah menganalisis kebijakan publik dengan tujuan untuk menemukan masalah-masalah tertentu yang terdapat dalam satu kebijakan publik dan membuka ruang bagi tindakan advokasi bidang kesehatan yang dikaitkan dengan masalah kesehatan masyarakat. Seperti yang diketahui, masalah kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti ekonomi, pendidikan, sosial dan faktor-faktor lainnya yang terkait.
- Menetapkan isu strategis
Isu strategis merupakan perumusan jawaban terhadap sejumlah pertanyaan atau masalah kebijakan paling mendasar yang akan mempengaruhi kerja-kerja advokasi selanjutnya. Tolak ukur isu strategis yang akan diadvokasi adalah actual, relevan, mendesak/penting, dan dampak yang besar dan meluas.
- Merancang strategi dasar advokasi kesehatan
Selanjutnya tim inti advokasi menetapkan strategi dasar advokasi yang berisi tentang tahapan advokasi, menetapkan sasaran advokasi serta menetapkan waktu pelaksanaan advokasi.
- Pemilihan dan penggunaan media pendukung advokasi

c) Pelaksanaan Advokasi

Setelah pengembangan strategi advokasi, tahapan selanjutnya adalah pelaksanaan advokasi yang mengacu kepada rencana yang telah dibuat. Pelaksanaan advokasi merupakan kegiatan pertemuan mulai dari penggalangan komitmen sampai dengan tahap pengembangan dan penyusunan kebijakan publik berwawasan kesehatan.

- d) Pemantauan dan Evaluasi proses pembuatan dan implementasi kebijakan publik berwawasan kesehatan

Pada tahap ini merupakan tahap pemantauan dan evaluasi proses pembuatan dan implementasi kebijakan publik berwawasan kesehatan yang dikembangkan pada level pusat maupun daerah. Pada akhir tahun dilakukan evaluasi terhadap tahapan advokasi yang dilakukan serta implementasi kebijakan publik yang telah dilakukan pada 1 tahun sebelumnya.

2) Membangun Kemitraan

- a. Menggalang kerjasama dengan Dunia Usaha, Ormas, dan mitra potensial lainnya mendukung program kesehatan dan Germas
- b. Pengembangan model kemitraan *triple helix* dan *penta helix* dalam penurunan AKI, AKN, AKB dan stunting.

Tahapan pelaksanaan kemitraan di pusat dan daerah adalah:

- a) Penetapan kriteria dunia usaha/perusahaan yang berpotensi untuk menjalin kerjasama dalam program kesehatan. Penetapan kriteria ini akan menjadi acuan bagi seluruh pihak sehingga dapat menjadi rambu/prasyarat perlu tidaknya kerja sama dilakukan sehingga terhindar dari munculnya masalah yang bersifat kontraproduktif terhadap keberlangsungan program-program kesehatan.
- b) Pendataan terhadap seluruh perusahaan yang memiliki kepedulian terhadap program kesehatan, baik pada skala nasional maupun lokal.
- c) Merumuskan tujuan kemitraan dan peran calon mitra. Setelah mendapatkan data seluruh perusahaan yang memiliki kepedulian terhadap program kesehatan, selanjutnya dirumuskan tujuan kemitraan dan peran yang diharapkan dari para calon mitra.
- d) Penggalangan Komitmen dengan Dunia Usaha potensial. Tujuan dari langkah ini adalah dapat diperolehnya kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak-pihak yang diajak bermitra, untuk bersama-sama mendukung pelaksanaan gagasan kemitraan. Hasil dari langkah ini sebaiknya tidak dinyatakan dalam bentuk lisan atau ucapan-ucapan saja. Kesepakatan sebaiknya dinyatakan dan dirumuskan dalam bentuk perjanjian tertulis atau nota kesepahaman (*Memorandum of Understanding*). Langkah

menumbuhkan kesepakatan ini dilakukan melalui advokasi dengan menggunakan media penyampai gagasan. Penyiapan bentuk/format kerjasama yang akan disepakati dengan perusahaan.

- e) Merumuskan rencana kerjasama
Setelah kesepakatan dicapai dan dinyatakan secara tertulis, kesepakatan ini digunakan sebagai titik awal untuk menyusun rencana kerjasama. Rencana kerjasama ini sangat penting, karena merupakan acuan bagaimana mencapai tujuan-tujuan kerjasama. (kejelasan tujuan, sinronisasi kegiatan, alokasi sumber daya, kejelasan waktu pelaksanaan).
- f) Pelaksanaan Kerjasama sesuai dengan jadual yang telah ditetapkan, kegiatan-kegiatan dilaksanakan. Kerap kali sebagai tanda dimulainya kegiatan-kegiatan proyek kemitraan dilakukan semacam peresmian atau pencahangan. Acara ini tidak sekedar bersifat seremonial, tetapi yang penting adalah sebagai pengingat kembali atas kesepakatan- kesepakatan yang telah dicapai dan peneguhan tekad untuk memulai kerjasama (kemitraan).
- g) Evaluasi atas pelaksanaan kerjasama dengan dunia usaha baik di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota. Pemantauan dilakukan selama program kemitraan berlangsung untuk mengetahui dengan segera : (a) kemajuan-kemajuan yang dicapai, (b) penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Sedangkan evaluasi dilakukan secara *Cross Sectional* pada saat-saat tertentu setelah program kemitraan berjalan beberapa waktu, termasuk setelah berakhirnya program kemitraan. Evaluasi dilakukan untuk melihat apakah program kemitraan (khususnya strateginya) masih efektif dilihat dari sisi perkembangan lingkungan strategis.

3. Meningkatkan Pemberdayaan dan Peningkatan Peran Masyarakat

- a. Penguatan posyandu
- b. Peningkatan komitmen LS melalui Pokjanal Posyandu
- c. Pembinaan posyandu aktif
- d. Penyediaan sarana posyandu
- e. Penguatan UKBM lain
- f. Peningkatan peran serta organisasi kemasyarakatan dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat

Tahapan peningkatan Posyandu aktif:

- a) Pembentukan Pokjandal Posyandu yang melibatkan lintas sector dan lintas program secara berjenjang, dari pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/kelurahan, Posyandu.
- b) Koordinasi Pokjandal merupakan pertemuan koordinasi pemangku kepentingan di level pusat dan daerah sampai desa untuk pemantauan dan pembinaan Posyandu Aktif.
- c) Pembinaan teknis pada pokjandal/forum peduli kesehatan yang telah terbentuk. Pada tahap ini, pusat melakukan pembinaan teknis pada pokjandal/ yang sudah terbentuk agar dapat aktif yang ditandai dengan adanya rencana operasional kegiatan.

Tahapan kegiatan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan sebagai berikut:

- a) Penetapan kriteria organisasi kemasyarakatan yang berpotensi untuk menjalin kerjasama dalam program kesehatan. Penetapan kriteria organisasi kemasyarakatan dimaksudkan untuk menjangkau organisasi kemasyarakatan yang akan bekerjasama dengan kementerian kesehatan, dengan tujuan pelaksanaan kerjasama khususnya dibidang kesehatan dapat berjalan dengan efektif.
- b) Pengklasifikasian ruang lingkup program kesehatan yang selama ini dilaksanakan oleh organisasi kemasyarakatan. Pada tahap ini, pusat melakukan analisis atas hasil evaluasi terhadap program kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini oleh organisasi kemasyarakatan yang selanjutnya menetapkan ruang lingkup program kesehatan yang akan dilaksanakan berikutnya sesuai dengan arah kebijakan Kementerian Kesehatan.
- c) Pertemuan dengan organisasi kemasyarakatan potensial untuk tingkat nasional. Tujuan dari langkah ini adalah dapat diperolehnya kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak-pihak yang diajak bermitra, untuk bersama-sama mendukung pelaksanaan gagasan kemitraan. Hasil dari langkah ini sebaiknya tidak dinyatakan dalam bentuk lisan atau ucapan-ucapan saja. Kesepakatan sebaiknya dinyatakan dan dirumuskan dalam bentuk perjanjian tertulis atau nota kesepahaman (*Memorandum of Understanding*). Langkah menumbuhkan kesepakatan ini dilakukan melalui advokasi dengan

menggunakan media penyampai gagasan. Penyiapan bentuk/format kerjasama yang akan disepakati dengan perusahaan.

- d) Merumuskan rencana kerjasama
Setelah kesepakatan dicapai dan dinyatakan secara tertulis, kesepakatan ini digunakan sebagai titik awal untuk menyusun rencana kerjasama. Rencana kerjasama ini sangat penting, karena merupakan acuan bagaimana mencapai tujuan-tujuan kerjasama. Hal-hal penting yang perlu diperhatikan dan ditentukan dengan baik merumuskan rencana kerjasama adalah (Kejelasan Tujuan, Sinkronisasi Kegiatan, Alokasi Sumber Daya, Waktu Pelaksanaan).
- e) Pelaksanaan Kerjasama
Sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, kegiatan-kegiatan dilaksanakan. Kerap kali sebagai tanda dimulainya kegiatan-kegiatan proyek kemitraan dilakukan semacam peresmian atau pencanangan. Acara ini tidak sekedar bersifat seremonial, tetapi yang penting adalah sebagai pengingat kembali atas kesepakatan-kesepakatan yang telah dicapai dan penegasan tekad untuk memulai kerjasama (kemitraan).
- f) Pembinaan Teknis pada Organisasi Kemasyarakatan yang telah bekerjasama
Pemberian bimbingan teknis secara berkesinambungan kepada ormas- ormas bidang kesehatan baik secara nasional maupun lokal sehingga ormas-ormas dapat melaksanakan program-program kesehatan secara efektif sesuai sasaran yang diharapkan.
- g) Evaluasi pelaksanaan program-program kesehatan yang dilakukan oleh ormas baik untuk tingkat pusat, provinsi, maupun Kabupaten/Kota. Pemantauan dilakukan selama program kemitraan berlangsung untuk mengetahui dengan segera : (a) kemajuan-kemajuan yang dicapai, (b) penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Sedangkan evaluasi dilakukan secara cross sectional pada saat-saat tertentu setelah program kemitraan berjalan beberapa waktu, termasuk setelah berakhirnya program kemitraan.

4. Melaksanakan intervensi Promosi Kesehatan melalui pendekatan tatanan

- a. Promosi Kesehatan di Puskesmas
- b. Promosi Kesehatan di Sekolah
- c. Promosi Kesehatan di Pesantren
- d. Promosi Kesehatan di Rumah Sakit

e. Promosi Kesehatan di tempat umum

Tahapan kegiatan dalam pengembangan intervensi promosi kesehatan melalui model intervensi di tatanan adalah:

a) Pengembangan konsep

Pada tahap ini, pusat mengembangkan intervensi promosi kesehatan berdasarkan permasalahan kesehatan dengan menggunakan strategi promosi kesehatan dengan tujuan agar suatu daerah dapat mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi dengan metode promosi kesehatan. Sebelum mengembangkan model intervensi ini, Pusat melakukan kajian terhadap isu masalah kesehatan.

b) Pelaksanaan Uji Coba

Setelah mengembangkan konsep intervensi, Pusat melaksanakan uji coba model intervensi. Pemilihan lokasi uji coba sesuai dengan permasalahan kesehatan yang diintervensi terjadi. Pelaksanaan uji coba dilakukan pada tahun yang sama dengan pengembangan model intervensi.

c) Pembinaan Implementasi Intervensi Promosi Kesehatan Pembinaan dilakukan setelah model intervensi promosi kesehatan dilaksanakan oleh daerah. Pembinaan dilakukan dalam rangka meningkatkan pemahaman serta pendampingan petugas daerah dalam melaksanakan intervensi promosi kesehatan.

d) Evaluasi Implementasi Intervensi Promosi Kesehatan

Pada tahap ini pusat melakukan evaluasi terhadap model implementasi yang telah dilaksanakan oleh daerah pada tahun sebelumnya. Evaluasi dilakukan untuk melihat apakah konsep yang telah dikembangkan oleh pusat dapat membantu daerah dalam menghadapi permasalahan kesehatannya.

5. Menyusun Strategi Komunikasi dan Kampanye/Penyebarluasan Informasi program kesehatan prioritas

a. Menyusun strategi komunikasi

b. Melakukan kampanye nasional program bidang kesehatan

c. Penyebarluasan informasi melalui berbagai media dan teknologi informasi digital

d. Mengembangkan desain media iklan, kampanye dan media advokasi

Tahapan penyusunan Strategi Komunikasi dan penyebarluasan informasi adalah:

a) Analisis Situasi

- Tujuan (situasi kesehatan yang berusaha ditingkatkan program)
- Masalah kesehatan kunci (perilaku atau perubahan yang harus terjadi untuk meningkatkan situasi kesehatan)
- Konteks (kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman yang mempengaruhi situasi kesehatan)
- Kesenjangan informasi yang tersedia bagi perencana
- program dan khalayak sasaran, yang membatasi kemampuan program untuk mengembangkan strategi yang handal. Kesenjangan tersebut akan diungkap melalui riset untuk mempersiapkan pelaksanaan strategi
- Riset formatif (informasi baru yang akan mengungkap kesenjangan yang diidentifikasi)

b) Penyusunan Strategi Komunikasi

- Khalayak sasaran (primer, sekunder, dan/atau tersier/ yang berpengaruh)
- Tujuan
- Posisi dan identitas jangka panjang
- Pendekatan strategis
- Poin-poin pesan kunci
- Saluran dan alat bantu

c) Rencana Kegiatan dan manajemen

- Peran dan tanggung jawab mitra
- Kerangka waktu pelaksanaan strategi
- Anggaran
- Rencana pemantauan

d) Pengembangan media (perencanaan, uji coba, produksi media)

e) Penyebarluasan Informasi melalui berbagai media baik cetak, elektronik, digital, social berdasarkan strategi komunikasi yang telah ditetapkan.

f) Monitoring dan Evaluasi

Melacak kemajuan dan mengevaluasi dampak kegiatan strategi komunikasi
 Penyusunan strategi komunikasi dilakukan di pusat, sedangkan daerah dapat mengembangkannya sesuai dengan keadaan spesifik lokal.

6. Peningkatan Sarana dan Kapasitas Tenaga Promosi Kesehatan

- a. Peningkatan kapasitas kompetensi tenaga promkes (Puskesmas, Dinas Kesehatan kabupaten/Kota, Provinsi, Pusat) di semua jenjang dengan pelatihan, orientasi, lokakarya, dll.
- b. Peningkatan kapasitas tenaga potensial yang dapat membantu pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, misalnya kader, Saka Bakti Husada, tokoh agama, tokoh masyarakat, pengelola pesantren, dll.
- c. Pengembangan metode dan sarana promosi kesehatan di semua jenjang

7. Memperkuat kemampuan internal, seperti:

- a. penyusunan kebijakan/aturan terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan promosi kesehatan dan kesehatan.
- c. perbaikan manajemen SDM termasuk penempatan pegawai, pembagian beban kerja, pemberian *reward* dan *punishment* yang berdasarkan analisa dan peraturan yang berlaku.

4. INDIKATOR PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Sehubungan dengan arah kebijakan dan strategi serta sasaran promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat diatas, sehingga mendukung tpencapaian prioritas RPJMN 2020 – 2024 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024, serta Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat, ditetapkan indikator sebagai berikut:

Tabel 2. Sasaran dan Indikator Kinerja Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2020-2024

SASARAN	INDIKATOR	TARGET				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya pelaksanaan promosi Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Germas	30% (155)	35% (180)	40% (206)	45% (232)	50% (257)
	Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif	51% (262)	70% (360)	90% (463)	100% (514)	100% (514)

1. Kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Germas dengan kriteria :
 - a. Memiliki Kebijakan Germas sesuai dengan Inpres no 1 tahun 2017 (melaksanakan 5 kluster germas) dan atau kebijakan berwawasan Kesehatan
 - b. Melaksanakan Penggerakan Masyarakat dalam mendukung 5 (lima) kluster Germas minimal 3 kali setahun, dengan melibatkan lintas sektor, pendidikan (sekolah), Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan atau mitra potensial.
2. Kabupaten/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif dengan kriteria:
 - a. Memiliki Pokjandal yang disahkan melalui keputusan Bupati/walikota Memiliki Pokjandal yang keanggotaannya terdiri dari lintas sektor terkait pengembangan Posyandu tingkat Kabupaten/Kota.
 - b. Melakukan pertemuan Pokjandal Posyandu minimal 2 kali setahun Mengadakan pertemuan rutin setiap tahun minimal 2 kali untuk membahas perencanaan dan evaluasi pelaporan kegiatan.
 - c. Melakukan peningkatan kapasitas bagi petugas Puskesmas dan kader
Melakukan peningkatan kapasitas bagi petugas puskesmas dan kader yang berasal desa/kelurahan di wilayah kabupaten/Kota.

- d. Memiliki sistim pelaporan kegiatan Posyandu
Memiliki dan menggunakan sistim dalam melakukan pelaporan kegiatan Posyandu sehingga tersedia laporan posyandu seperti SIP online dan atau Si Cakep.
- e. Posyandu aktif minimal 50%
 - Melakukan kegiatan rutin Posyandu minimal 10x/tahun
 - Memiliki minimal 5 orang kader
 - Melakukan pelayanan kegiatan KIA, Gizi, imunisasi, KB dengan cakupan minimal 50%
 - Memiliki alat pemantauan pertumbuhan
 - Mengembangkan kegiatan tambahan kesehatan (remaja, usia kerja, lansia, TOGA, Penanggulangan penyakit).

Selain kedua indikator kinerja Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, terdapat 2 indikator antara yang adapat menunjang pencapaian indikator konerja kegiatan tersebut adalah:

1. Jumlah pedoman/regulasi/rekomendasi kebijakan penerapan Germas adalah Jumlah dokumen Pedoman/Regulasi/Rekomendasi Germas bidang kesehatan yang diadopsi oleh Kementerian/Lembaga sebagai acuan Kementerian/Lembaga dalam menerbitkan kebijakan Germas sesuai tugas dan fungsinya (Inpres no 1 tahun 2017).
2. Kabupaten/kota yang memiliki Posyandu aktif minimal 80% dengan kriteria:
 - a. Melakukan kegiatan rutin posyandu minimal 10 kali/tahun adalah Posyandu melakukan kegiatan hari buka Posyandu minimal 10 kali/tahun dalam bulan berbeda
 - b. Memiliki minimal 5 orang kader adalah memiliki kader sekurang-kurangnya 5 orang yang disahkan dengan surat keputusan Kepala Desa/Kelurahan
 - c. Cakupan minimal 50% sasaran posyandu mendapatkan layanan KIA, Gizi, Imunisasi dan KB adalah Sekurang-kurangnya 50% sasaran posyandu mendapatkan layanan KIA, Gizi, Imunisasi dan KB di Posyandu atau fasilitas Kesehatan
 - d. Memiliki alat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan adalah setiap posyandu memiliki alat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan berupa alat timbang berat badan dan tinggi badan serta alat ukur perkembangan

- e. Mengembangkan kegiatan tambahan Kesehatan adalah Posyandu melakukan sekurang-kurangnya 1 kegiatan pengembangan seperti kesehatan remaja, kesehatan usia kerja, kesehatan lanjut usia, TOGA, Penanggulangan penyakit atau kegiatan tambahan kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat

BAB IV

PERAN PEMERINTAH PUSAT, PROVINSI, DAN KABUPATEN/KOTA

A. Pelaksanaan

Urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan tugas Kementerian Kesehatan, namun demikian pelaksanaan urusan pemerintahan ini tidak hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sendiri, tetapi juga melibatkan lintas sektor/pemangku kepentingan/masyarakat. Hal ini antara lain didasarkan dalam ketentuan UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang membagi urusan kesehatan menjadi urusan pemerintahan konkuren yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/kota.

Untuk itu, dalam pelaksanaan Kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat perlu pemetaan keterlibatan dan peran Pemerintah mulai dari tingkat pusat maupun daerah, sesuai tugas pokok dan fungsi setiap tingkat administrasi.

3. Tingkat Pusat

- a. Mempersiapkan kebijakan, pedoman penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Melakukan sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil keputusan dan lintas sektor di pusat, dan daerah dalam kebijakan berwawasan kesehatan.
- c. Melakukan bimbingan, fasilitasi dan evaluasi termasuk memberikan dukungan pada Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kondisi tertentu untuk mendukung tercapainya implementasi serta efektivitas kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

4. Tingkat Daerah

- a. Dinas Kesehatan Provinsi selaku perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan, mengkoordinasikan serta memberikan bimbingan dan fasilitasi termasuk memberikan dukungan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dalam koordinasi pelaksanaan tugas promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Upaya yang dapat dilakukan sebagai berikut:
 - 1) Mendorong komitmen perintah daerah dalam melaksanakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang di wujudkan dalam bentuk regulasi daerah, penyiapan SDM, sarana dan prasarana untuk pelaksanaan kegiatan.

- 2) Melakukan pengembangan inovasi berkelanjutan mengikuti perkembangan teknologi 4.0 dan kebutuhan masyarakat.
 - 3) Menginisiasi terbentuknya jejaring/kelompok kerja yang mendukung kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah.
 - 4) Memperkuat program kemitraan dengan dunia usaha/swasta, organisasi profesi, perguruan tinggi/akademisi, organisasi kemasyarakatan dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah.
 - 5) Menginformasikan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat serta langkah langkah yang harus dilakukan pada setiap jejaring administrasi dalam rangka pengembangan dan peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan penanggung jawab pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, meliputi koordinasi, bimbingan, fasilitasi dalam pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di kabupaten/kota.

B. Sinkronisasi Kegiatan dan Pendanaan tingkat Pusat dan Daerah

Dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, pemerintah daerah diharapkan mengacu pada program dan kegiatan prioritas nasional dan menyesuaikan prioritas masalah kesehatan serta memperhatikan potensi yang ada di wilayahnya. Selain itu, pemerintah daerah harus menentukan kegiatan dan sumber pendanaan dari Dekonsentrasi, APBD, Dana Alokasi Khusus, dana hibah, CSR, dan lainnya.

C. Pemantauan dan Evaluasi

Berdasarkan tugas pokok dan fungsi, pemantauan dan evaluasi kegiatan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan tingkat administrasi.

Sistem pemantauan dan evaluasi merupakan bagian dari Sistem Pengendalian Interen Pemerintahan yang telah ditetapkan melalui PP 60 tahun 2008, dimana pemantauan tidak hanya pada proses pelaksanaan tetapi meliputi juga proses perencanaan.

Kegiatan pemantauan evaluasi kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sebagai berikut:

1. Pemerintah pusat, melalui Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melakukan bimbingan dan evaluasi kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
2. Provinsi, melalui Dinas Kesehatan Provinsi selaku perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan mengkoordinasikan serta membantu pengembangan kegiatan promosi kesehatan dan promosi kesehatan di kabupaten/kota.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan penanggung jawab pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat melalui berbagai tatanan yang dikembangkan baik di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun di Puskesmas atau fasilitas kesehatan rujukan dan masyarakat.

D. Harapan Pemerintah Pusat terhadap Pemerintah Daerah

Dalam mencapai target kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, pemerintah diharapkan melakukan hal berikut:

1. Pemerintah daerah melakukan kegiatan inovatif dan integratif
2. Menyusun dan menetapkan regulasi untuk mendukung pelaksanaan program kesehatan kebijakan daerah tentang Germas, rencana aksi konvergensi penurunan AKI AKB dan stunting.
3. Sinkronisasi peran dan kewenangan untuk pencapaian prioritas nasional dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan.
4. Menyediakan dan mengembangkan sarana Germas (seperti ruang terbuka hijau untuk aktivitas fisik, kawasan bersepeda, dan lainnya) menggunakan berbagai sumber pendanaan seperti dana desa, CSR, dana hibah, dan lain lain.
5. Mengoptimalkan berbagai sumber daya kesehatan dan lintas sektor lainnya seperti tenaga pendamping dan berbagai kader yang dimiliki di desa/kelurahan.
6. Meningkatkan kapasitas manajemen terutama dalam perencanaan dan pelaksanaan teknis kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
7. Melakukan kerja sama lintas program dengan membuat prioritas masalah berdasarkan hasil evaluasi untuk menentukan intervensi yang efektif dan efisien.

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi (Monev) dilakukan untuk mengetahui tingkat pencapaian dan kesesuaian antara rencana yang telah ditetapkan dalam perencanaan program dengan hasil yang dicapai melalui kegiatan dan/atau program secara berkala dan terus menerus. Sehingga didapatkan,

1. Tren dari luaran dalam kurun waktu tertentu
2. Informasi terkait penyebab dari sebuah hasil atau keadaan, dan
3. Umpan balik terhadap kebijakan dan usaha yang ada

Dalam pelaksanaannya monev dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Monev kuantitatif dilakukan untuk mengukur hubungan yang terjadi antar indikator dan variable pembentuk indikator, dan monev kualitatif dilakukan untuk menemukan proses, kondisi dan persepsi dari indikator dan variable pembentuk indikator. Monev dilakukan pada semua tahapan kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan kegiatan, dan hasil yang dicapai.

Dalam upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, monev dilakukan melalui:

A. Laporan Rutin

Laporan rutin dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan menggunakan format yang telah ditetapkan dan disepakati.

- Laporan rutin disampaikan melalui Manual per 3 bulan yang dilakukan secara berjenjang.
- Laporan rutin disampaikan melalui aplikasi Komdat Kesehatan Masyarakat setiap bulan.

B. Laporan Khusus

Laporan khusus adalah laporan monitoring dan evaluasi pada kegiatan atau masalah tertentu terkait Promosi Kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dari Kementerian Kesehatan, laporan khusus dapat bersifat *top down* yaitu berdasarkan

permintaan Kementerian Kesehatan atau *bottom up* yaitu berdasarkan urgensi daerah agar mendapat perhatian dari Kementerian Kesehatan.

Laporan khusus setidaknya berisi mengenai:

1. Masalah yang ada
2. Langkah Pengendalian/strategi mencapai tujuan yang telah dilaksanakan
3. Hasil yang dicapai
4. Dukungan yang diperlukan
5. Rencana tindaklanjut
6. Kesimpulan dan Saran

Contoh laporan khusus adalah laporan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat saat terjadi bencana, pandemic/epidemi penyakit yang berkaitan dengan perilaku masyarakat, serta keadaan mitra seperti mudik lebaran, natal, dan tahun baru.

C. Survei atau penelitian

Survei dan penelitian dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak dari pelaksanaan kegiatan atau program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Survei atau penelitian dilakukan secara nasional seperti melalui Riset Kesehatan Dasar, Survei Demografi Kesehatan Indonesia, Riset Fasilitas Kesehatan, dan Survei Sosial Ekonomi Nasional, ataupun bersifat lokal diwilayah kerja provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas

Pelaksanaan survei dilaksanakan dengan bekerjasama dengan Lembaga yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan survey atau penelitian seperti Badan Litbagkes maupun bekerjasama dengan perguruan tinggi, lembaga penelitian independen atau instansi pemerintah lain yang memiliki tisi penelitian.

D. Kunjungan lapangan

Kunjungan lapangan dapat dilakukan mulai dari tingkat puskesmas ke wilayah kerjanya, kabupaten/kota kewilayah kerjanya, provinsi ke wilayah kerjanya dan pusat ke berbagai wilayah dan lokus sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan.

Kunjungan lapangan dilakukan untuk mendapatkan:

1. Gambaran yang mendalam terhadap upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat baik secara terintegrasi ataupun parsial pada isu tertentu.
2. Gambaran pelaksanaan praktik terbaik (*best practices*) agar dapat direplikasi pada daerah/lokus lain.
3. Percepatan pencapaian indikator maupun penyerapan anggaran upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
4. Evaluasi secara keseluruhan atau perbagian sesuai urgensi dari kebijakan pimpinan.

BAB VI

PENUTUP

Penyusunan Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat diharapkan dapat menjadi panduan umum dalam implementasi upaya promosi Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat pada tahun 2020-2024, sehingga proses perencanaan, pelaksanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dapat terukur, terarah dan tepat sasaran.

Rencana Aksi ini bersifat umum dan perlu merujuk pelbagai panduan, literatur dan kebijakan yang ada dalam implementasinya. Semoga Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2020 – 2024, baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mendukung tercapainya akuntabilitas kinerja kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dan meningkatkan perilaku sehat agar terwujudnya masyarakat yang sehat, berkualitas dan berdaya saing.