

BAB IV

**ADVOKASI, KEMITRAAN, DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
UNTUK MENDUKUNG UPAYA
KESEHATAN IBU DAN ANAK**

BAB IV

ADVOKASI, KEMITRAAN, DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK Mendukung Upaya KESEHATAN IBU DAN ANAK

ADVOKASI

A. Definisi

Advokasi adalah upaya mendekati, mendampingi, dan memengaruhi para pembuat kebijakan secara bijak, sehingga mereka sepatutnya untuk memberi dukungan terhadap pembangunan kesehatan. Advokasi merupakan upaya pendekatan (*approach*) atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak yang terkait (*stake holders*). WHO (1989) dikutip dalam UNFPA dan BKKBN (2002) menggunakan "*advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support for particular health goal or programme*". Istilah advokasi digunakan pertama kali oleh WHO tahun 1984, untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan digunakan 3 strategi pokok yaitu:

1. Advokasi (*advocacy*) melakukan pendekatan atau lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka menerima dan bersedia mengeluarkan kebijakan dan keputusan untuk membantu program tersebut. Pembuat keputusan di tingkat pusat atau daerah, sebagai sasaran tersier.
2. Dukungan sosial (*social support*) melakukan pendekatan pada Tokoh (tokoh masyarakat) formal maupun informal setempat agar tokoh masyarakat mampu menyebarkan informasi tentang program

kesehatan dan membantu melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Kegiatan ini sebagai sasaran sekunder.

3. Pemberdayaan (*empowerment*) yaitu memampukan masyarakat atau memberdayakan masyarakat. Kegiatan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan dan konseling sehingga pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan meningkat.

Jadi advokasi adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan sistem yang mendukung tujuan atau program kesehatan tertentu. Advokasi kesehatan adalah upaya pendekatan kepada pemimpin atau pengambil keputusan supaya dapat memberikan dukungan, kemudahan dan semacamnya pada upaya pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, sasaran advokasi adalah para pemimpin, swasta, organisasi swasta, atau pemerintah yang memiliki pengaruh di masyarakat.

Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan, yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama. Pengembangan kemitraan adalah upaya membangun hubungan para mitra kerja berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling memberi manfaat. Sehingga advokasi kemitraan berarti mempertahankan, berbicara serta mendukung seseorang untuk mempertahankan ide dan kerja sama dengan berbagai pihak.

B. Tujuan

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007), tujuan advokasi adalah:

1. Tujuan umum

Diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan,

keikutsertaan dalam kegiatan maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan usaha.

2. Tujuan khusus
 - a. Adanya pengenalan atau kesadaran.
 - b. Adanya ketertarikan atau peminatan atau tanpa penolakan.
 - c. Adanya kemauan atau kepedulian atau kesanggupan untuk membantu dan menerima perubahan.
 - d. Adanya tindakan, perbuatan, kegiatan yang nyata (yang diperlukan).
 - e. Adanya kelanjutan kegiatan (kesinambungan kegiatan).

C. Sasaran dan Pelaku

Sasaran advokasi adalah berbagai pihak yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap upaya kesehatan, khususnya para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, mitra di kalangan pengusaha atau swasta, badan penyanggah dana, media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh masyarakat yang berpengaruh serta kelompok potensial lainnya dimasyarakat. Semuanya bukan hanya berpotensi mendukung, tetapi juga menentang, berlawanan atau merugikan kesehatan (misalnya industri rokok).

Di tingkat pemerintah daerah (*local government*) baik propinsi maupun kabupaten (*district*) dan kota, advokasi kesehatan dapat dilakukan terhadap para pejabat daerah. Seperti di tingkat pusat, advokasi di tingkat daerah ini dilakukan oleh para pejabat sektor kesehatan propinsi atau distrik. Tujuan utama advokasi di tingkat ini adalah agar program kesehatan memperoleh prioritas tinggi dalam pembangunan daerah yang bersangkutan. Implikasinya alokasi sumber daya, terutama anggaran kesehatan untuk daerah tersebut meningkat. Demikian pula dalam pengembangan sumber daya manusia atau petugas

kesehatan seperti pelatihan dan pendidikan lanjut, maka untuk sektor kesehatan juga mendapat prioritas.

Pelaku advokasi kesehatan adalah siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat (agama), LSM dan tokoh yang berpengaruh. Advokasi dilakukan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) sehingga terbentuk kemitraan antara sektor kesehatan dengan para pengusaha dan LSM. Melalui kemitraan ini diharapkan para pengusaha dan LSM memberikan dukungan program kesehatan baik berupa dana, sarana, prasarana dan bantuan teknis lainnya.

Advokasi kebijakan (*Policy Advocacy*) secara khusus berhubungan dengan apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah dengan menganjurkan kebijakan tertentu melalui diskusi, persuasi maupun aktivitas politik. Kebijakan ialah serangkaian keputusan yang dipilih oleh pemerintah atau elit politik, untuk menetapkan, melaksanakan, atau tidak melaksanakan, dalam kaitannya dengan adanya suatu permasalahan guna kebaikan bersama masyarakat. Kebijakan publik, tidak lain merupakan serangkaian pilihan tindakan pemerintah untuk menangani masalah yang ada di kehidupan masyarakat.

D. Prinsip Advokasi

Beberapa prinsip dibawah ini bisa dijadikan pedoman dalam melakukan advokasi sebagai berikut:

1. Realitas

Memilih isu dan agenda yang realistis, jangan buang waktu kita untuk sesuatu yang tidak mungkin tercapai.

2. Sistematis

Advokasi memerlukan perencanaan yang akurat, kemas informasi semenarik mungkin dan libatkan media yang efektif.

3. Taktis
Advokasi tidak mungkin bekerja sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya.
4. Strategis
Kita dapat melakukan perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategis jitu agar advokasi berjalan dengan sukses.
5. Berani
Jadikan isu dan strategis sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda bersama.

E. Pendekatan dalam Advokasi

Dengan pendekatan persuasif secara dewasa dan bijak sesuai keadaan yang memungkinkan tukar pikiran secara baik (*free choice*). Menurut BKKBN 2002, terdapat lima pendekatan utama dalam advokasi, yaitu: melibatkan para pemimpin, bekerja dengan media massa, membangun kemitraan, mobilisasi massa, dan membangun kapasitas. Strategi advokasi dapat dilakukan melalui pembentukan koalisi, pengembangan jaringan kerja, pembangunan institusi, pembuatan forum dan kerjasama bilateral.

1. Melibatkan para pemimpin
Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan publik sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah sosial termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.
2. Bekerja dengan media massa
Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini publik. Media juga sangat kuat dalam memengaruhi persepsi publik

atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi.

3. Membangun kemitraan

Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi dan sektor lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama (hampir sama).

4. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar motivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas di sini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif serta membangun *critical mass* pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain.

F. Langkah Advokasi

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007) terdapat lima langkah kegiatan advokasi, antara lain:

1. Identifikasi dan analisis masalah atau isi yang memerlukan advokasi.

Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Data berbasis fakta sangat

membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi, dan menentukan tujuan yang realistis.

2. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran

Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan (*decision maker*) atau penentu kebijakan (*policy maker*), baik di bidang kesehatan maupun di luar sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap publik. Tujuannya agar pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan yang menguntungkan kesehatan. Dalam mengidentifikasi sasaran, perlu ditetapkan siapa saja yang menjadi sasaran, mengapa perlu advokasi, apa kecenderungannya dan apa harapan kita kepadanya.

3. Siapkan dan kemas bahan informasi

Tokoh politik mungkin termotivasi dan akan mengambil keputusan jika mereka mengetahui secara rinci besarnya masalah kesehatan tertentu. Oleh sebab itu, penting diketahui pesan atau informasi apa yang diperlukan agar sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator. Kata kunci untuk bahan informasi ini adalah informasi yang akurat, tepat dan menarik. Beberapa pertimbangan dalam menetapkan bahan informasi ini meliputi:

- a. Bahan informasi minimal memuat rumusan masalah yang dibahas, latar belakang masalahnya, alternatif mengatasinya, usulan peran atau tindakan yang diharapkan, dan tindak lanjut penyelesaiannya. Bahan informasi juga minimal memuat tentang 5W + 1H (*what, why, who, where, when* dan *how*) tentang permasalahan yang diangkat.
- b. Dikemas menarik, ringkas, jelas, dan mengesankan.
- c. Bahan informasi tersebut akan lebih baik lagi jika disertakan data pendukung, ilustrasi contoh, gambar dan bagan.
- d. Waktu dan tempat penyampaian bahan informasi, apakah sebelum, saat, atau setelah pertemuan.

4. Rencanakan teknik atau acara kegiatan operasional
Beberapa teknik dan kegiatan operasional advokasi dapat meliputi: konsultasi, lobi, pendekatan dan pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, negosiasi atau resolusi konflik, pertemuan khusus, debat publik, petisi, pembuatan opini, dan seminar kesehatan.
5. Laksanakan kegiatan, pantau evaluasi serta lakukan tindak lanjut.

G. Kegiatan advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan untuk mendapatkan komitmen dan dukungan, bentuk dukungan dan komitmen tersebut seperti peraturan daerah, undang-undang, surat keputusan, sarana, prasarana, anggaran kesehatan dan sebagainya. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan advokasi dilakukan dengan cara:

1. Lobi politik
Berbicara secara informal menyampaikan informasi atau masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan dengan pejabat atau tokoh politik. Lobi dilakukan dengan membawa dan menunjukkan data yang akurat.
2. Seminar atau presentasi
Mengadakan seminar dan presentasi masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan disajikan secara menarik dengan gambar atau grafik, sekaligus diskusi untuk membahas masalah tersebut secara bersama.
3. Media
Menggunakan media massa seperti media cetak dan elektronik untuk menyajikan masalah kesehatan secara lisan, gambar, dalam bentuk artikel, berita, menyampaikan pendapat, diskusi dan sebagainya. Media massa dapat memengaruhi masyarakat serta menjadi tekanan bagi penentu kebijakan dan pengambil keputusan. Contoh saat sosialisasikan kesehatan reproduksi anti-AIDS dengan

membagikan kondom gratis melalui perguruan tinggi “masuk kampus” berbagai reaksi muncul protes, kecaman dan demonstrasi yang tidak menyetujui kebijakan tersebut. Sehingga program tersebut diberhentikan.

4. Perkumpulan asosiasi peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang yang mempunyai minat dan keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi juga merupakan bentuk advokasi. Contoh kelompok masyarakat peduli AIDS adalah kumpulan orang yang peduli terhadap masalah AIDS yang melanda masyarakat. Kemudian kelompok ini melakukan kegiatan untuk menaggulangi AIDS. Kegiatan ini disamping partisipasi menangani masalah AIDS tetapi juga untuk menarik perhatian pejabat dan pembuat kebijakan agar peduli terhadap AIDS.

H. Indikator Hasil Advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan menghasilkan suatu produk yaitu komitmen politik dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Oleh karena advokasi dalam bentuk kegiatan maka melalui: *input – proses – output* (keluaran). Penilaian advokasi didasarkan pada indikator yang jelas. Indikator komponen evaluasi berikut ini:

1. *Input*

Kegiatan advokasi sangat ditentukan oleh orang yang melakukan advokasi (advokator) serta bahan, informasi yang membantu atau mendukung argumen advokasi. Indikator evaluasi terhadap advokator atau tenaga kesehatan yang melakukan advokasi, antara lain:

1. Berapa kali petugas kesehatan, pejabat telah melakukan pelatihan tentang komunikasi, pelatihan tentang advokasi dan hubungan antar manusia.
2. Dinas kesehatan pusat dan daerah berkewajiban memfasilitasi petugas kesehatan melalui pelatihan advokasi.

3. Data hasil studi, *surveillance* atau laporan merupakan pendukung informasi atau program yang akan dilaksanakan. Sehingga data merupakan indikator evaluasi *input* dalam advokasi.

2. Proses

Merupakan kegiatan untuk melakukan advokasi oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokasi tersebut. Indikator proses advokasi antara lain:

1. Berapa kali dilakukan lobi, kepada siapa lobi tersebut dilakukan.
2. Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program pembangunan termasuk program kesehatan, siapa yang mengadakan rapat tersebut.
3. Berapa kali seminar atau lokakarya tentang masalah dan program kesehatan diadakan, siapa yang diundang dalam acara tersebut.
4. Berapa kali pejabat menghadiri seminar atau lokakarya yang diadakan sektor lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan kesehatan.
5. Seberapa sering media lokal termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan yang terkait dengan masalah kesehatan.

3. Output

Output menghasilkan perangkat lunak (*software*) dan perangkat keras (*hardware*). Indikator dalam perangkat lunak:

- a) Undang-undang
- b) Peraturan pemerintah
- c) Keputusan presiden
- d) Keputusan menteri atau dirjen
- e) Peraturan daerah
- f) Surat keputusan gubernur, bupati, camat

Indikator *output* dalam bentuk perangkat keras antara lain:

- a) Meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan

- b) Tersedianya atau dibangunnya fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik dan sebagainya.
- c) Dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga atau jamban umum, tempat sampah, dan sebagainya.
- d) Dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik dan sebagainya.

KEMITRAAN

A. Definisi

Di Indonesia istilah kemitraan atau *partnership* masih relatif baru, namun demikian praktiknya di masyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Sejak nenek moyang kita telah mengenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya kemitraan. Robert Davies, ketua eksekutif "*The Prince of Wales Business Leader Forum*" merumuskan, "*Partnership is a formal cross sector relationship between individuals, groups or organization who*":

1. *Work together to fulfill an obligation or undertake a specific task*
2. *Agree in advance what to commit and what to expect*
3. *Review the relationship regularly and revise their agreement as necessary, and*
4. *Share both risk and the benefits*

Dari pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan orang yang terlibat dalam kemitraan, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan yang telah dibuat dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh.

Dari definisi ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu:

1. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan Individu
2. Bersama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati)
3. Saling menanggung risiko dan keuntungan.

Pentingnya kemitraan atau *partnership* ini mulai digencarkan oleh WHO pada konferensi internasional promosi kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan upaya kerjasama yang saling memberikan manfaat. Hubungan kerjasama tersebut akan lebih efektif dan efisien apabila juga didasari dengan kesetaraan.

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerjasama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama dan melepaskan kepentingan orang yang terlibat dalam kemitraan kemudian membangun kepentingan bersama.

Oleh karena itu membangun kemitraan harus didasarkan pada berikut ini:

- a. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan.
- b. Saling mempercayai dan menghormati.
- c. Tujuan yang jelas dan terukur.
- d. Kesiediaan berkorban baik waktu, tenaga maupun sumber daya yang lain.

B. Prinsip Kemitraan

Dalam membangun kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing anggota kemitraan, yaitu:

1. *Equity* atau Persamaan.

Individu atau organisasi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa "*duduk sama rendah berdiri sama tinggi*". Oleh sebab itu didalam forum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain

karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain.

2. *Transparancy* atau keterbukaan.

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan tiap anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lainnya, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain sehingga tidak ada rasa saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

3. *Mutual benefit* atau saling menguntungkan.

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.

C. Landasan dalam Kemitraan

Tujuh landasan yaitu:

1. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
2. Saling memahami kemampuan anggota (kapasitas unit atau organisasi)
3. Saling menghubungi secara proaktif (*linkage*)
4. Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (empati, *proximity*)
5. Saling terbuka, dalam arti kesediaan untuk dibantu dan membantu (*openness*)
6. Saling mendorong atau mendukung kegiatan (*synergy*)
7. Saling menghargai kenyataan/kemampuan pribadi (*reward*)

D. Pengembangan dalam Kemitraan

Enam langkah pengembangan, meliputi:

1. Penjajakan atau persiapan.
2. Penyamaan persepsi.
3. Pengaturan peran.
4. Komunikasi intensif.
5. Melakukan kegiatan.
6. Melakukan pemantauan & penilaian.

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. Definisi

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan, memampukan masyarakat sehingga mempunyai kemampuan untuk hidup mandiri.

B. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

1. Menumbuh kembangkan potensi masyarakat.
Di dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat. Jika diperlukan bantuan dari luar, maka bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata bertumpu pada bantuan tersebut.
2. Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan.
Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, pustu, polindes, mau hadir ketika ada kegiatan

penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta Tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.

3. Mengembangkan semangat kegiatan gotong-royong dalam pembangunan kesehatan.

Semangat gotong-royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga ditunjukkan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerja sama dalam peningkatan sanitasi lingkungan. Penggalangan gerakan 3M (menguras, menutup, menimbun) dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah, dan lain sebagainya.

4. Bekerja bersama dengan masyarakat.

Setiap pembangunan kesehatan hendaknya pemerintah/petugas kesehatan menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Maka akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan, serta alih pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.

5. Penyerahan pengambilan keputusan kepada masyarakat.

Semua bentuk upaya pemberdayaan masyarakat termasuk di bidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu, pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat, pemerintah atau tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator. Dengan demikian, masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakannya, hanya pada hakikatnya mereka adalah subjek dan bukan objek pembangunan.

6. Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat.

Prinsip lain dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah pemerintah atau tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerjasama dengan LSM serta organisasi kemasyarakatan yang ada di tempat tersebut. Dengan demikian, upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien).

7. Promosi, pendidikan, dan pelatihan dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat.
8. Upaya dilakukan secara kemitraan dengan berbagai pihak.
9. Desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan budaya setempat).

C. Ciri Pemberdayaan Masyarakat

Sebuah kegiatan dapat dikategorikan sebagai upaya yang berlandaskan pada pemberdayaan masyarakat apabila dapat menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri, bukan kegiatan yang segala sesuatunya diatur dan disediakan oleh pemerintah maupun pihak lain. Kemampuan (potensi) yang dimiliki oleh masyarakat dapat berupa berikut ini:

1. Tokoh Masyarakat (Toma).

Tokoh masyarakat adalah semua orang yang memiliki pengaruh di masyarakat setempat baik yang bersifat formal (ketua RT, ketua RW, ketua kampung, kepala dusun, kepala desa) maupun tokoh nonformal (tokoh agama, adat, tokoh pemuda, kepala suku). Tokoh masyarakat ini merupakan kekuatan yang sangat besar yang mampu menggerakkan masyarakat didalam setiap upaya pembangunan.

2. Organisasi kemasyarakatan.

Organisasi yang ada di masyarakat seperti PKK, lembaga persatuan pemuda (LPP), pengajian, dan lain sebagainya merupakan wadah berkumpulnya para anggota dari berbagai organisasi tersebut. Upaya pemberdayaan masyarakat akan lebih berhasil guna apabila pemerintah (tenaga kesehatan) memanfaatkannya dalam upaya pembangunan kesehatan.

3. Dana masyarakat.

Pada golongan masyarakat tertentu, penggalangan dana masyarakat merupakan upaya yang tidak kalah pentingnya. Namun, pada golongan masyarakat yang ekonominya prasejahtera, penggalangan dana masyarakat hendaknya dilakukan sekedar agar mereka merasa ikut memiliki dan bertanggung jawab terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya. Cara lain yang dapat ditempuh adalah dengan model tabungan atau sistem asuransi yang bersifat subsidi silang.

4. Sarana dan material yang dimiliki masyarakat.

Pendayagunaan sarana dan material yang dimiliki oleh masyarakat seperti peralatan, batu kali, bambu, kayu, dan lain sebagainya untuk pembangunan kesehatan akan menumbuhkan rasa tanggung jawab dan ikut memiliki dari masyarakat.

5. Pengetahuan masyarakat.

Masyarakat memiliki pengetahuan yang bermanfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat, seperti pengetahuan tentang obat tradisional (asli Indonesia), pengetahuan mengenai penerapan teknologi tepat guna untuk pembangunan fasilitas kesehatan di wilayahnya, misalnya penyaluran air menggunakan bambu. Pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat tersebut akan meningkatkan keberhasilan upaya pembangunan kesehatan.

6. Teknologi yang dimiliki masyarakat.
Masyarakat juga memiliki teknologi sendiri dalam memecahkan masalah yang dialaminya, teknologi ini biasanya bersifat sederhana tetapi tepat guna. Untuk itu pemerintah sebaiknya memanfaatkan teknologi yang dimiliki masyarakat tersebut dan apabila memungkinkan dapat memberikan saran teknis guna meningkatkan hasil gunanya.
7. Pengambilan keputusan.
Apabila tahapan penemuan masalah dan perencanaan kegiatan pemecahan masalah kesehatan telah dapat dilakukan oleh masyarakat, maka pengambilan keputusan terhadap upaya pemecahan masalahnya akan lebih baik apabila dilakukan oleh masyarakat sendiri. Dengan demikian kegiatan pemecahan masalah kesehatan tersebut akan berkesinambungan karena masyarakat merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap kegiatan yang mereka rencanakan sendiri.

D. Model Pemberdayaan Masyarakat

1. Pemberdayaan pimpinan masyarakat (*Community Leaders*), misalnya melalui sarasehan.
2. Pengembangan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (*community organizations*), seperti posyandu dan polindes.
3. Pemberdayaan pendanaan masyarakat (*community fund*), misalnya dana sehat.
4. Pemberdayaan sarana masyarakat (*community material*), misalnya membangun sumur atau jamban di masyarakat.
5. Peningkatan pengetahuan masyarakat (*community knowledge*), misalnya lomba asah terampil dan lomba lukis anak.
6. Pengembangan teknologi tepat guna (*community technology*), misalnya penyederhanaan deteksi dini kanker dan ISPA.

7. Peningkatan manajemen atau proses pengambilan keputusan (*community decision making*) misalnya, pendekatan edukatif.

E. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan.
2. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.
3. Mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan.
4. Mengembangkan berbagai bentuk kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat.
5. Mengembangkan manajemen sumberdaya yang dimiliki masyarakat secara terbuka (transparan)

F. Langkah Pemberdayaan Masyarakat

Langkah utama pemberdayaan masyarakat melalui upaya pendampingan atau memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat).

Tahap siklus pemecahan masalah meliputi hal berikut:

1. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
2. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki.
3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.
4. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya yang telah dilakukan.

UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Definisi

Upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, dan anak balita, serta anak pra sekolah.

Pemberdayaan masyarakat bidang KIA merupakan upaya memfasilitasi masyarakat untuk membangun sistem kesiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek nonklinis terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong yang dibentuk dari, oleh, dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi dan komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencatatan pemantauan dan informasi KB.

Dalam pengertian ini, tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan program kesehatan ibu dan anak adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan Indonesia, serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

2. Tujuan Khusus

a. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya

pembinaan kesehatan keluarga, Desa Wisma, penyelenggaraan posyandu dan sebagainya.

- b. Meningkatkan upaya pembinaan kesehatan balita dan anak pra sekolah secara mandiri didalam lingkungan keluarga, Desa Wisma, Posyandu dan Karang Balita, serta di sekolah TK.
- c. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui.
- d. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita.
- e. Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak pra sekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya.

C. Kegiatan

Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

1. Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
2. Pemantauan tumbuh kembang balita.
3. Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT-Hb 3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.

Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.

1. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk berbagai macam penyakit ringan.
2. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari).
3. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader kesehatan.

Sistem kesiagaan dibidang KIA di tingkat masyarakat terdiri atas:

1. Sistem pencatatan-pemantauan.
2. Sistem transportasi-komunikasi.
3. Sistem pendanaan.
4. Sistem pendonor darah.
5. Sistem Informasi KB.

Proses Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA ini tidak hanya proses memfasilitasi masyarakat dalam pembentukan sistem kesiagaan itu saja, tetapi juga merupakan proses fasilitasi yang terkait dengan upaya perubahan perilaku, yaitu:

1. Upaya mobilisasi sosial untuk menyiagakan masyarakat saat situasi gawat darurat, khususnya untuk membantu ibu hamil saat bersalin.
2. Upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menurunkan angka kematian maternal.
3. Upaya untuk menggunakan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat dalam menolong perempuan saat hamil dan persalinan.
4. Upaya untuk menciptakan perubahan perilaku sehingga persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan profesional.
5. Merupakan proses pemberdayaan masyarakat sehingga mereka mampu mengatasi masalah mereka sendiri.
6. Upaya untuk melibatkan lelaki dalam mengatasi masalah kesehatan maternal.
7. Upaya untuk melibatkan semua pemangku kepentingan (*stake holders*) dalam mengatasi masalah kesehatan.

Karena itu pemberdayaan masyarakat bidang KIA ini berpijak pada konsep berikut ini:

1. Revitalisasi praktik kebersamaan sosial dan nilai tolong menolong untuk perempuan saat hamil dan bersalin.

2. Merubah pandangan persalinan adalah urusan semua pihak, tidak hanya urusan perempuan.
3. Merubah pandangan masalah kesehatan tidak hanya tanggung jawab pemerintah tetapi merupakan masalah dan tanggung jawab masyarakat.
4. Melibatkan semua pemangku kepentingan (*stake holders*) di masyarakat.
5. Menggunakan pendekatan partisipatif.
6. Melakukan aksi dan advokasi.

D. Manajemen Kegiatan KIA

Pemantauan kegiatan KIA dilaksanakan melalui Pemantauan Wilayah Setempat - KIA (PWS-KIA) dengan batasan: Pemantauan Wilayah Setempat KIA adalah alat untuk pengelolaan kegiatan KIA serta alat untuk motivasi dan komunikasi kepada sektor lain yang terkait dan dipergunakan untuk pemantauan program KIA secara teknis maupun non teknis. Melalui PWS-KIA dikembangkan indikator pemantauan teknis dan non teknis, yaitu:

1. Indikator Pemantauan Teknis
Indikator ini digunakan oleh para pengelola program dalam lingkungan kesehatan yang terdiri dari:
 - 1) Indikator Akses
 - 2) Indikator Cakupan Ibu Hamil
 - 3) Indikator Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
 - 4) Indikator Penjaringan Dini Faktor Risiko oleh Masyarakat
 - 5) Indikator Penjaringan Faktor risiko oleh Tenaga Kesehatan
 - 6) Indikator Neonatal
2. Indikator Pemantauan Nonteknis
Indikator ini dimaksudkan untuk motivasi dan komunikasi kemajuan maupun masalah operasional kegiatan KIA kepada para

penguasa di wilayah, sehingga dimengerti dan mendapatkan bantuan sesuai keperluan. Indikator ini dipergunakan dalam berbagai tingkat administrasi.

3. Indikator pemerataan pelayanan KIA

Untuk ini dipilih indikator akses (jangkauan) dalam pemantauan secara teknis memodifikasinya menjadi indikator pemerataan pelayanan yang lebih dimengerti oleh para penguasa wilayah.

4. Indikator efektivitas pelayanan KIA.

Untuk ini dipilih cakupan (*coverage*) dalam pemantauan secara teknis dengan memodifikasinya menjadi indikator efektivitas program yang lebih dimengerti oleh para penguasa wilayah. Kedua indikator tersebut harus secara rutin dijabarkan per bulan, per desa serta dipergunakan dalam pertemuan lintas sektoral untuk menunjukkan desa mana yang masih ketinggalan.

Pemantauan secara lintas sektoral ini harus diikuti dengan suatu tindak lanjut yang jelas dari para penguasa wilayah perihal: peningkatan penggerakan masyarakat serta penggalan sumber daya setempat yang diperlukan.

MENGGERAKKAN PERAN SERTA MASYARAKAT

A. Definisi

Peran serta masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat dalam kegiatan yang diprogramkan pemerintah khususnya masalah kesehatan masyarakat, melalui wadah atau forum yang ada di masyarakat. Mengingat jumlah tenaga kesehatan belum mampu mengatasi semua masalah kesehatan masyarakat, maka peran serta masyarakat sangat diharapkan membantu mengatasi masalah tersebut. Untuk mengenal masalah dan kebutuhan masyarakat, diperlukan bimbingan dan motivasi dari tenaga kesehatan dan bekerja sama dengan sektor yang terkait.

Pendekatan dilakukan melalui tokoh masyarakat (TOMA), pemangku adat untuk membahas masalah dan kebutuhan yang dirasakan masyarakat. Petugas kesehatan memberikan bimbingan pemecahan masalah dan memenuhi kebutuhan berdasarkan sumber daya setempat. Masalah dan kebutuhan masyarakat hanya sebagian yang diatasi sendiri oleh masyarakat, untuk pelayanan kesehatan diberikan langsung oleh tenaga kesehatan dan dokter puskesmas.

B. Tujuan

Tujuan umum:

Untuk meningkatkan jumlah dan mutu upaya masyarakat di bidang kesehatan.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan kemampuan tokoh/pemuka masyarakat dalam menggerakkan upaya kesehatan.
2. Meningkatkan kemampuan organisasi masyarakat dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.
3. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menggali, menghimpun dan mengelola dana (sarana) masyarakat untuk kesehatan.
4. Untuk menghasilkan masukan dan persepsi yang berguna dari warga negara dan masyarakat yang berkepentingan (*public interest*) dalam rangka meningkatkan kualitas pengambilan keputusan masalah kesehatan.
5. Meningkatkan persatuan dan kebersamaan kegotong-royongan dalam menyelesaikan masalah secara mandiri.

C. Tahap Peran Serta Masyarakat

Tahapan peran serta masyarakat:

1. Tahap pendekatan tingkat desa atau penjangkauan. Pada awal penggerakan dan pemberdayaan masyarakat akan tahu apa

sebenarnya yang dibutuhkan dan juga potensi apa yang dimiliki oleh masyarakat. Dalam tahap ini yang dilakukan adalah: pengenalan masalah, pengenalan sosiobudaya masyarakat setempat dan penentuan prioritas masalah, identifikasi potensi masyarakat, dan sumber lainnya serta pemecahan masalah dan pemikiran alternatif pemecahan masalah.

a. Pengenalan masalah

Masalah adalah kesenjangan antara apa yang ditemukan dengan apa yang seharusnya, atau adanya suatu kesenjangan antara apa yang diharapkan (*what should be*) dengan apa yang terjadi (*what it is*).

1. Masalah yang menyangkut masyarakat.
2. Masalah manajemen upaya kesehatan.
3. Masalah pada lingkungan.

Contoh masalah target kunjungan ibu hamil 100% dari ibu hamil yang ada (jumlah ibu hamil 100 orang). Hasil Kegiatan jumlah kunjungan ibu hamil 75 orang. Kesenjangan: target tidak tercapai 25% (hanya tercapai 75% dari ibu hamil yang ada).

b. Penentuan prioritas masalah

Dusahakan prioritas masalah dipilih melalui kesepakatan. Penentuan prioritas masalah diperlukan karena adanya keterbatasan sumber daya dibandingkan dengan *problem* dan atau kebutuhan yang harus diselesaikan atau dipenuhi. *Problem* dan kebutuhan kesehatan lebih besar dibandingkan dengan sumber daya yang ada.

c. Merumuskan masalah

Menggunakan rumus 5 W + 1 H (*What* = Apa masalahnya, *Who* = Siapa yang terkena masalahnya, *When* = kapan masalah terjadi, *Where* = Dimana masalah terjadi, *Why* = mengapa

- masalah itu terjadi dan *How* = Bagaimana/Berapa besar masalahnya).
- d. Mencari akar penyebab masalah
Kategori yang dapat digunakan adalah: *man, money, material*, metode, apa, bagaimana, mengapa, di mana.
 - e. Menetapkan cara memecahkan masalah
Kesepakatan di antara anggota masyarakat. Bila tidak terjadi kesepakatan, dapat digunakan kriteria matriks. Harus dicari alternatif pemecahan masalahnya.
2. Tahap perencanaan, dengan membuat rumusan tujuan kegiatan, menyusun rencana kegiatan dan berikutnya melakukan pengorganisasian kegiatan. Pada tahap ini dilakukan survei mawas diri (*community self survey*).
 3. Tahap persiapan pelaksanaan, melakukan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), penyuluhan tentang kegiatan yang akan dilakukan selanjutnya dilakukan orientasi dan latihan bagi petugas (kader) dan selanjutnya menyiapkan fisik dan non fisik untuk melaksanakan kegiatan.
 4. Tahap pelaksanaan kegiatan di lapangan, adalah melakukan advokasi kepada penentu kebijakan, tokoh masyarakat (Toma), tokoh agama (Toga) dan komponen masyarakat lainnya yang mempunyai pengaruh dalam keberhasilan kegiatan, selanjutnya dilakukan KIE dan KIP Konseling, melakukan pemberdayaan institusi masyarakat, dan akhirnya dilakukan pelaksanaan upaya kesehatan oleh masyarakat.
 5. Monitoring dan Evaluasi, melakukan pengawasan dan evaluasi kegiatan. Apabila program berjalan dengan baik dilakukan pembinaan pelestarian kegiatan.

D. Tingkat Peran Serta Masyarakat

1. Peran serta masyarakat karena Imbalan (*reward*)
Adanya peran serta karena adanya imbalan tertentu yang diberikan baik dalam bentuk imbalan materi atau imbalan kedudukan.
2. Karena paksaan, ancaman atau sanksi
Masyarakat berperan serta karena adanya ancaman atau sanksi dari pemerintah.
3. Timbul karena kesadaran, tanpa adanya paksaan atau harapan mendapat imbalan, disertai kreasi dan daya cipta.
4. Teknik kombinasi, karena kesadaran disertai dengan mendapat imbalan.

E. Bentuk Peran Serta Masyarakat

Bentuk peran serta masyarakat:

1. Posyandu (pos pelayanan terpadu)
Wadah pelayanan masyarakat untuk menunjang kesehatan ibu dan anak.
2. Poskesdes (pos kesehatan desa)
Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat untuk menyediakan pelayanan dasar masyarakat desa.
3. KP-KIA (Kelompok Pembelajaran Kesehatan Ibu dan Anak)
Kelompok belajar tentang kesehatan ibu dan anak yang beranggotakan semua ibu hamil dan menyusui diwilayah desa. Kegiatan ini dibimbing oleh kader posyandu setempat.
4. Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin)
Tabulin adalah uang yang dikumpulkan oleh ibu hamil dan disimpan sendiri di rumah, bank atau bidan yang akan membantu persalinan. Pada saat ini tabulin sudah hampir tidak ada, mengingat pemerintah telah memberikan pelayanan melahirkan gratis bagi keluarga miskin melalui program Jampersal, dan saat ini dikenal

dengan program KIS (Kartu Indonesia Sehat) dan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan.

5. Dosalin (Dana Sosial Bersalin)

Dana bersama yang dikumpulkan warga dan dikelola oleh pengurus berdasarkan kesepakatan bersama dengan warga, bentuk tabungan bisa dengan mengumpulkan barang yang bisa diuangkan. Dosalin ini juga sudah tidak ada lagi diselenggarakan di desa.

6. Donor darah berjalan

Fasilitas untuk mengetahui golongan darah.

7. Ambulan desa

Suatu alat transportasi yang dapat digunakan untuk mengantarkan warga yang membutuhkan pertolongan dan perawatan ke tempat pelayanan kesehatan.

F. Pengembangan Peran Serta Masyarakat

Peran masyarakat perlu dikembangkan sehingga masyarakat mempunyai kemampuan mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya. Hal ini sangat membantu tenaga kesehatan dan pemerintah mencapai target kesehatan masyarakat secara menyeluruh "*health for all*".

Ciri pengembangan peran serta masyarakat:

1. Langkah berantai.
2. Intensitas tiap langkah berbeda hal ini tergantung situasi dan kondisi masyarakat.
3. Tiap langkah ada dasar rasional.
4. Mempunyai tujuan rasional.
5. Secara kumulatif akan menghasilkan perubahan yang diharapkan.
6. Hakekat merupakan rangkaian yang mencerminkan lingkaran pemecahan masalah dan proses perubahan.

Langkah pengembangan peran serta masyarakat:

1. Pendekatan tingkat desa.

2. Pendataan dan perumusan masalah.
3. Perencanaan.
4. Pelaksanaan dan penilaian.
5. Pemantapan dan pembinaan.

POSYANDU

Posyandu atau pos pelayanan terpadu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan keluarga berencana yang dilaksanakan oleh masyarakat, dari masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan, yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan sumber daya manusia sejak dini dalam rangka:

1. Pembinaan kelangsungan hidup anak (*child survival*) yang ditujukan untuk menjaga kelangsungan hidup anak sejak janin dalam kandungan ibu sampai usia balita.
2. Pembinaan perkembangan anak (*child development*) yang ditujukan untuk membina tumbuh kembang anak secara sempurna, fisik maupun mental sehingga menjadi manusia yang produktif dan tangguh.

A. Posyandu Diadakan dari Tujuan

Masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat sehingga masyarakat diharapkan mampu mengatasi permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, maka tujuan dari penyelenggaraan posyandu tidak terlepas dari lingkup kesehatan ibu dan anak. Dasar penyelenggaraan posyandu didasarkan pada keputusan Menteri dalam negeri, Menteri Kesehatan dan BKKBN melalui Surat Keputusan Bersama Nomor 23 tahun 1985, 21/Men.Kes/Inst.B/IV 1985 dan 112/HK-011/A/1985.

Tujuan penyelenggaraan posyandu adalah:

1. Mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu), AKB (Angka Kematian Bayi), anak balita dan penurunan kelahiran.
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak.
3. Mempercepat penerimaan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera).
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan dan melaksanakan kegiatan yang menunjang kesehatan.
5. Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berdasarkan letak geografis.
6. Pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi agar mampu mengelola usaha kesehatan secara mandiri.
7. Meningkatkan peran lintas sektor dalam menyelenggarakan posyandu.

B. Sasaran

Sasaran kegiatan posyandu adalah:

1. Bayi usia kurang dari 1 tahun.
2. Balita usia 1-5 tahun.
3. Ibu hamil, ibu menyusui, dan ibu nifas.
4. Wanita Usia Subur (WUS).
5. Pasangan Usia Subur (PUS).

C. Fungsi

1. Sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat dan antarsesama.
2. Sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.

D. Manfaat Posyandu

1. Bagi masyarakat:
 - a) Memberikan kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan dasar berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.
 - b) Mendapat bantuan secara profesional terhadap masalah kesehatan.
 - c) Efisiensi jarak untuk mendapatkan pelayanan terpadu kesehatan dan sektor lain.
2. Bagi kader, pengurus posyandu, dan tokoh masyarakat:
 - a) Memberikan tambahan pengetahuan dan ketrampilan masalah kesehatan ibu dan anak.
 - b) Bentuk pengabdian dan keikutsertaan membantu sesama.
 - c) Mewujudkan aktualisasi diri membantu masyarakat.
3. Bagi puskesmas:
 - a) Optimalisasi fungsi puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama.
 - b) Lebih spesifik membantu masyarakat memecahkan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat.
 - c) Meningkatkan efisiensi waktu, tenaga dan dana melalui pelayanan kesehatan secara terpadu.
4. Bagi sektor lain
 - a) Pendekatan kepada masyarakat secara spesifik untuk membantu memecahkan masalah kesehatan.
 - b) Meningkatkan efisiensi sesuai dengan fungsi setiap sektor.

E. Kegiatan Posyandu

Kegiatan posyandu terbagi atas panca krida posyandu dan sapta krida posyandu. Panca krida posyandu yaitu: KIA, KB, imunisasi, peningkatan gizi dan penanggulangan diare. Sapta krida posyandu lima panca krida ditambah sanitasi dasar dan penyediaan obat esensial. Penyelenggaraan posyandu dilakukan dengan pola "lima meja" yaitu:

Meja 1 : pendaftaran

Meja 2 : penimbangan bayi dan anak balita, ibu hamil atau WUS

Meja 3 : pengisian KMS (Kartu Menuju Sehat)

Meja 4 : penyuluhan perorangan, antara lain:

Balita, dilakukan berdasarkan hasil penimbangan berat badan naik atau tidak naik, diikuti dengan pemberian makanan tambahan, pemberian oralit dan vitamin A dosis tinggi.

Ibu hamil, penyuluhan ibu hamil yang mempunyai risiko tinggi, pemberian tablet zat besi.

WUS atau PUS, penyuluhan agar menjadi peserta KB lestari.

Meja 5 : pelayanan teknis kesehatan, meliputi pelayanan KIA, KB, imunisasi dan pengobatan.

Posyandu dikelompokkan menjadi empat strata:

1. Posyandu pratama (warna merah)
Posyandu ini belum mantap, kegiatan belum rutin serta memiliki kader terbatas.
2. Posyandu madya (warna kuning)
Posyandu madya kegiatan lebih teratur dan mempunyai kader minimal lima orang.
3. Posyandu purnama (warna hijau)
Posyandu ini mempunyai kegiatan yang teratur, cakupan program dan kegiatan baik, jumlah kader lebih dari lima orang serta mempunyai program tambahan.

4. Posyandu mandiri (warna biru)

Kelompok posyandu terakhir ini kegiatan teratur dan mantap, memiliki dana sehat dan JKM yang mantap.

POLINDES

Pondok Bersalin Desa (Polindes) merupakan salah satu peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan, pelayanan kesehatan ibu dan anak lainnya. Dapat dibentuk di desa yang mempunyai bidan yang tinggal di desa tersebut. Hal ini sejalan dengan prioritas program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian balita yang masih tinggi. Pemerintah telah menempatkan bidan di desa melalui program bidan desa, oleh karena itu sebaiknya jumlah polindes sama dengan jumlah penempatan bidan di desa. Kendala yang dihadapi dalam program ini ketersediaan tenaga, distribusi dan alokasi yang tersedia. Penempatan bidan di daerah terpencil banyak mengalami hambatan yang belum terselesaikan hingga saat ini.

Kegiatan di Pondok Bersalin Desa antara lain melakukan pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita. Pemberian pertolongan persalinan normal yang bersih dan aman, memberikan pelayanan KB, memberikan imunisasi, penyuluhan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu dan anak, serta pelatihan dan pembinaan kader dan masyarakat. Keberadaan Polindes telah tergeserkan dengan adanya praktik swasta bidan di desa. Mengingat saat ini desa telah banyak mengalami kemajuan sehingga masyarakat lebih memilih untuk konsultasi pada praktik bidan swasta dibandingkan Polindes. Walaupun demikian program Polindes dan praktik bidan swasta ini perlu di evaluasi lebih jauh efektifitasnya. Kesulitan sistem rujukan terhadap penyulit kelahiran belum berjalan secara optimal, keadaan ini yang membentuk persepsi masyarakat enggan berkonsultasi ke Polindes.

Indikator yang digunakan untuk tingkat perkembangan Polindes pada tabel 5.1 yaitu: unsur fisik bangunan, lokasi tempat tinggal bidan,

pengelolaan Polindes, Cakupan persalinan, Tersedianya sarana air bersih, Cakupan kemitraan bidan dan dukun bayi, adanya kegiatan KIE untuk dukun bayi serta dukungan oleh program Dana Sehat (JPKM).

Tabel 5.1 Indikator tingkat perkembangan polindes

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Fisik	Bangunan belum tetap dan belum memenuhi syarat	Bangunan memenuhi syarat tapi belum tetap	Ada bangunan tetap tapi belum memenuhi syarat	Bangunan bersifat tetap dan memenuhi syarat
2.	Tempat tinggal bidan	Tidak tinggal	> 3 km	1 – 3 km	< 1 km
3.	Pengelolaan Polindes	Di desa tersebut tak ada kesepakatan	Ada tak tertulis	Ada dan tertulis	Ada dan tertulis
4.	Cakupan persalinan	< 10%	10 – 19%	20 – 29%	≥ 30%
5.	Sarana air bersih	Ada tapi belum dilengkapi sumber air MCK	Ada air bersih belum ada sumber air, tapi ada MCK	Ada air bersih, sumber air dan MCK	Ada air bersih, sumber air, MCK dilengkapi SPAL
6.	Kemitraan bidan dgn dukun bayi	< 25%	25 – 49%	50 – 74%	> 75%
7.	Kegiatan KIE untuk kelompok sasaran	< 6 kali	6 – 8 kali	6 – 12 kali	>12 kali
8.	Dana sehat	< 50 %	< 50%	< 50%	> 50%

Sumber : Ditjen Kesmas DepKes RI, 2010