



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.755, 2011

KEMENTERIAN KESEHATAN. Perilaku Hidup
Bersih dan Sehat. Pedoman Pembinaan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 2269/MENKES/PER/XI/2011
TENTANG
PEDOMAN PEMBINAAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mendukung pencapaian target-target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014, perlu ditingkatkan upaya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat masyarakat di semua tatanan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tercantum dalam huruf a di atas, perlu ditetapkan Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Peraturan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor PER.05/Men/1996 tentang Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1405/Menkes/SK/XI/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri;
6. Keputusan Bersama Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri Nomor 1/U/SKB/2003, Nomor 1067/Menkes/SKB/VII/2003, Nomor MA/230 A/2003, Nomor 26 Tahun 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/Menkes/SK/I/2011 Tahun 2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014;
12. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 140.05/292 Tahun 2011 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Operasional dan Sekretariat Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PEMBINAAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT.

Pasal 1

Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang selanjutnya disebut PHBS sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 2

- (1) PHBS sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 agar digunakan sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) PHBS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah koordinasi Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Pasal 3

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan PHBS ini dilakukan oleh:

- a. Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri serta kementerian dan sektor terkait lainnya;
- b. Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi;
- c. Pemerintah Kabupaten melalui Dinas Kesehatan Kabupaten, dan Pemerintah Kota melalui Dinas Kesehatan Kota dengan melibatkan Badan/Dinas/Kantor terkait.

Pasal 4

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 November 2011
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 10 November 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 2269/MENKES/PER/XI/2011
TENTANG PEDOMAN PEMBINAAN
PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Berkaitan dengan hal itu, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dicapai melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Banyak hal di bidang kesehatan telah dicapai melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Namun demikian, bila digunakan sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang harus dicapai tahun 2014 dan target-target *Millennium Development Goals (MDGs)* yang harus dicapai tahun 2015 sebagai acuan, berbagai hal yang telah dicapai tersebut kiranya masih memerlukan peningkatan yang luar biasa. Angka Kematian Ibu melahirkan (AKI) telah menurun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004, menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Sementara itu, sasaran strategis Kementerian Kesehatan adalah 118 per 100.000 kelahiran hidup dan target *MDGs* adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2004, menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Padahal sasaran strategis Kementerian Kesehatan adalah 24 per 1.000 kelahiran hidup dan target *MDGs* adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup. Secara umum telah terjadi penurunan angka kesakitan, namun beberapa penyakit menular terutama HIV dan AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan yang cukup besar. Cakupan *Universal Child Immunization (UCI)* yang belum tercapai akan dapat berdampak pada rawannya bayi terhadap serangan berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan beberapa penyakit menular lain seperti Filariasis, Kusta, dan Frambusia menunjukkan kecenderungan meningkat kembali, dan penyakit Pes masih terdapat di sejumlah daerah. Sementara itu, prevalensi penyakit tidak menular seperti Penyakit Kardiovaskular, Hipertensi, Diabetes mellitus, dan Obesitas cenderung meningkat dan menunjukkan potensi yang semakin besar sebagai penyebab kematian (Riskesdas, 2007). Keadaan ini mengakibatkan adanya beban ganda dalam penanggulangan penyakit di Indonesia. Beberapa hal juga telah dicapai dalam rangka perbaikan gizi masyarakat, namun pemberian ASI

eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan justru mengalami penurunan. Status gizi ibu hamil, bayi dan anak balita juga masih perlu ditingkatkan, karena masih tingginya bayi yang lahir dengan berat lahir rendah (11,1%) dan tingginya prevalensi anak balita kerdil (35,7%) akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu lama (Riskesdas, 2010).

Derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal tersebut di atas pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, dan genetika. Kalangan ilmuwan umumnya berpendapat bahwa determinan utama dari derajat kesehatan masyarakat tersebut, selain kondisi lingkungan, adalah perilaku masyarakat. Dari hasil Riskesdas 2007 memang diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%. Oleh sebab itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 mencantumkan target 70% rumah tangga sudah mempraktikkan PHBS pada tahun 2014. Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS memang merupakan salah satu Indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan.

Meningkatkan cakupan rumah tangga yang mempraktikkan PHBS sebesar lebih dari 30% dalam kurun waktu 2010-2014 merupakan upaya yang sangat berat. Perilaku rumah tangga sangat dipengaruhi oleh proses yang terjadi di tatanan-tatanan sosial lain, yaitu tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2009 menyajikan data bahwa baru 64,41% sarana yang telah dibina kesehatan lingkungannya, yang meliputi institusi pendidikan (67,52%), tempat kerja (59,15%), tempat ibadah (58,84%), fasilitas pelayanan kesehatan (77,02%), dan sarana lain (62,26%). Hal ini menunjukkan bahwa pembinaan PHBS di tatanan-tatanan selain rumah tangga, yaitu di tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan, juga belum berjalan sebagaimana mestinya. Agar target tahun 2014 PHBS di Rumah Tangga dapat tercapai, tentu diperlukan upaya-upaya untuk juga membina PHBS di semua tatanan lain. Dengan demikian diperlukan pendekatan yang paripurna (komprehensif), lintas program dan lintas sektor, serta mobilisasi sumberdaya yang luar biasa, di semua tingkat administrasi pemerintahan.

Pembinaan PHBS juga merupakan bagian dari Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif menyatakan bahwa masyarakat di Desa atau Kelurahan Siaga Aktif wajib melaksanakan PHBS. Dengan demikian, maka salah satu kriteria dalam rangka pentahapan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah persentase rumah tangga di desa atau kelurahan yang mendapat pembinaan PHBS.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum:

Meningkatnya PHBS di tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Khusus:

- a. Meningkatkan komitmen dan aliansi strategis pemangku kepentingan di tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, desa dan kelurahan untuk pembinaan PHBS.
- b. Meningkatkan aliansi dan kemitraan dengan swasta/dunia usaha.
- c. Meningkatkan peran serta organisasi masyarakat/kelompok potensial.
- d. Mengembangkan kebijakan pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan, di semua tingkat administrasi pemerintahan.
- e. Memperkuat gerakan dan peran serta masyarakat melalui PHBS di tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan.
- f. Meningkatkan akses informasi dan edukasi kepada masyarakat di tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan.
- g. Meningkatkan kapasitas pengelola pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB II

PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)

A. PENGERTIAN PHBS

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, PHBS mencakup beratus-ratus bahkan mungkin beribu-ribu perilaku yang harus dipraktikkan dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Di bidang pencegahan dan penanggulangan penyakit serta penyehatan lingkungan harus dipraktikkan perilaku mencuci tangan dengan sabun, pengelolaan air minum dan makanan yang memenuhi syarat, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, pengelolaan limbah cair yang memenuhi syarat, memberantas jentik nyamuk, tidak merokok di dalam ruangan, dan lain-lain. Di bidang kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana harus dipraktikkan perilaku meminta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, menimbang balita setiap bulan, mengimunisasi lengkap bayi, menjadi akseptor keluarga berencana, dan lain-lain. Di bidang gizi dan farmasi harus dipraktikkan perilaku makan dengan gizi seimbang, minum Tablet Tambah Darah selama hamil, memberi bayi air susu ibu (ASI) eksklusif, mengonsumsi Garam Beryodium, dan lain-lain. Sedangkan di bidang pemeliharaan kesehatan harus dipraktikkan perilaku ikut serta dalam jaminan pemeliharaan kesehatan, aktif mengurus dan atau memanfaatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), memanfaatkan Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lain, dan lain-lain.

1. Konsep Tatanan

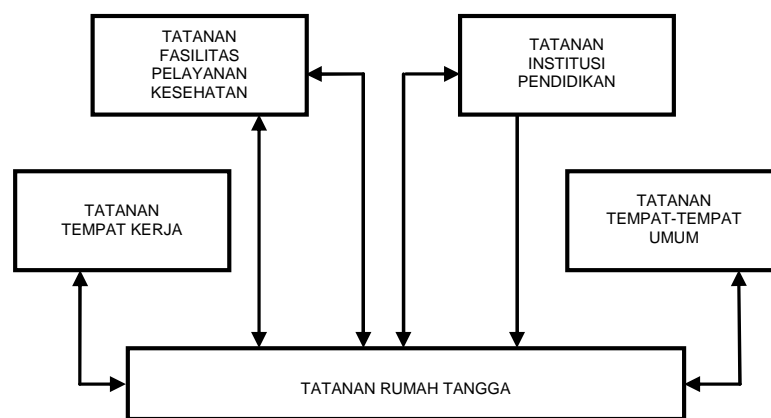
Manusia hidup di berbagai tatanan, yaitu berbagai tempat atau sistem sosial dimana ia melakukan kegiatan sehari-harinya. Di setiap tatanan, faktor-faktor individu, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial berinteraksi dan menimbulkan dampak terhadap kesehatan. Oleh sebab itu dapat pula dikatakan bahwa suatu tatanan adalah suatu tempat dimana manusia secara aktif memanipulasi lingkungan, sehingga menciptakan dan sekaligus juga mengatasi masalah-masalahnya di bidang kesehatan. Jelas bahwa setiap tatanan memiliki kekhasan, sehingga dengan demikian pembinaan PHBS harus disesuaikan untuk masing-masing tatanan.

Telah disepakati adanya lima tatanan, yaitu tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan. Akan tetapi, untuk melihat keberhasilan pembinaan PHBS, praktik PHBS yang diukur adalah yang

dijumpai di tatanan rumah tangga. Telah ditetapkan 10 (sepuluh) indikator untuk menetapkan apakah sebuah rumah tangga telah mempraktikkan PHBS. Kesepuluh indikator tersebut merupakan sebagian dari semua perilaku yang harus dipraktikkan di rumah tangga, dan dipilih karena dianggap mewakili atau dapat mencerminkan keseluruhan perilaku.

2. Masyarakat Dalam Tatanan

Namun demikian perlu disadari bahwa PHBS di tatanan rumah tangga sangat dipengaruhi oleh PHBS di tatanan-tatanan lain. Demikian sebaliknya, PHBS di tatanan-tatanan lain juga dipengaruhi oleh PHBS di tatanan rumah tangga.



Saling-pengaruh Antar-tatanan Dalam PHBS

Oleh sebab itu, yang dimaksud dengan masyarakat dalam hal ini tidak terbatas pada masyarakat dalam pengertian umum (yaitu tatanan rumah tangga), tetapi juga masyarakat khusus di berbagai tatanan lain. Sebagaimana masyarakat di tatanan rumah tangga, yaitu masyarakat umum, masyarakat di masing-masing tatanan pun memiliki struktur masyarakat dan peran-peran dalam masyarakat. Jika di masyarakat umum terdapat struktur masyarakat formal dan struktur masyarakat informal, di tatanan-tatanan lain pun terdapat pula struktur yang serupa.

B. PHBS DI BERBAGAI TATANAN

Di atas disebutkan bahwa PHBS mencakup semua perilaku yang harus dipraktikkan di bidang pencegahan dan penanggulangan penyakit, penyehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi, farmasi, dan pemeliharaan kesehatan. Perilaku-perilaku tersebut harus dipraktikkan dimana pun seseorang berada di rumah tangga, di institusi pendidikan, di tempat kerja, di tempat umum, dan di fasilitas pelayanan kesehatan – sesuai dengan situasi dan kondisi yang dijumpai.

1. PHBS di Rumah Tangga

Di rumah tangga, sasaran primer harus mempraktikkan perilaku yang dapat menciptakan Rumah Tangga Ber-PHBS, yang mencakup persalinan

ditolong oleh tenaga kesehatan, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, pengelolaan air minum dan makan di rumah tangga, menggunakan jamban sehat (Stop Buang Air Besar Sembarangan/Stop BABS), pengelolaan limbah cair di rumah tangga, membuang sampah di tempat sampah, memberantas jentik nyamuk, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, tidak merokok di dalam rumah, dan lain-lain.

2. PHBS di Institusi Pendidikan

Di institusi pendidikan (kampus, sekolah, pesantren, seminari, padepokan, dan lain-lain), sasaran primer harus mempraktikkan perilaku yang dapat menciptakan Institusi Pendidikan Ber-PHBS, yang mencakup antara lain mencuci tangan menggunakan sabun, mengonsumsi makanan dan minuman sehat, menggunakan jamban sehat, membuang sampah di tempat sampah, tidak merokok, tidak mengonsumsi napza, tidak meludah sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk, dan lain-lain.

3. PHBS di Tempat Kerja

Di tempat kerja (kantor, pabrik, dan lain-lain), sasaran primer harus mempraktikkan perilaku yang dapat menciptakan Tempat Kerja Ber-PHBS, yang mencakup mencuci tangan dengan sabun, mengonsumsi makanan dan minuman sehat, menggunakan jamban sehat, membuang sampah di tempat sampah, tidak merokok, tidak mengonsumsi napza, tidak meludah sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk, dan lain-lain.

4. PHBS di Tempat Umum

Di tempat umum (tempat ibadah, pasar, pertokoan, terminal, dermaga, dan lain-lain), sasaran primer harus mempraktikkan perilaku yang dapat menciptakan Tempat Umum Ber-PHBS, yang mencakup mencuci tangan dengan sabun, menggunakan jamban sehat, membuang sampah di tempat sampah, tidak merokok, tidak mengonsumsi napza, tidak meludah di sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk, dan lain-lain.

5. PHBS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

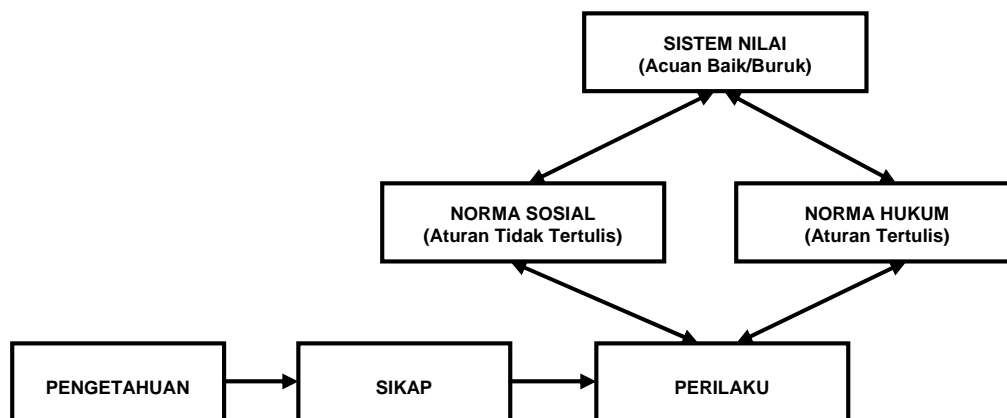
Di fasilitas pelayanan kesehatan (klinik, Puskesmas, rumah sakit, dan lain-lain), sasaran primer harus mempraktikkan perilaku yang dapat menciptakan Fasilitas pelayanan kesehatan Ber-PHBS, yang mencakup mencuci tangan dengan sabun, menggunakan jamban sehat, membuang sampah di tempat sampah, tidak merokok, tidak mengonsumsi napza, tidak meludah di sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk, dan lain-lain.

C. HAKIKAT PERILAKU

Perilaku adalah sesuatu yang rumit. Perilaku individu berkaitan dengan faktor-faktor pengetahuan dan sikap individu. Perilaku juga menyangkut dimensi kultural yang berupa sistem nilai dan norma. Sistem nilai adalah

acuan tentang hal-hal yang dianggap baik dan hal-hal yang dianggap buruk. Sedangkan norma adalah aturan tidak tertulis yang disebut norma sosial, dan aturan tertulis yang disebut norma hukum. Selain itu, perilaku juga berkaitan dengan dimensi ekonomi dan hal-hal lain yang merupakan pendukung perilaku. Perilaku seseorang, selain dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikapnya, memiliki acuan kepada sistem nilai dan norma yang dianutnya. Dengan kata lain, sistem nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma dibuat oleh masyarakat di suatu tatanan untuk dianut oleh individu-individu anggota masyarakat tatanan tersebut. Inilah yang juga disebut sebagai faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*).

Namun demikian sistem nilai dan norma, sebagai sistem sosial, adalah sesuatu yang dinamis. Artinya, sistem nilai dan norma suatu masyarakat akan berubah mengikuti perubahan-perubahan lingkungan dari masyarakat yang bersangkutan. Jadi, antara sistem nilai dan norma di satu pihak dengan individu-individu masyarakat di pihak lain, terdapat hubungan timbal-balik – sistem nilai dan norma mempengaruhi perilaku individu, perilaku individu yang berubah akan dapat mengubah sistem nilai dan norma.



Faktor-faktor Predisposisi Yang Mempengaruhi Perilaku

Untuk sistem nilai dan norma yang sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, perlu diupayakan terpeliharanya sistem nilai dan norma tersebut. Sedangkan untuk sistem nilai dan norma yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, perlu dilakukan upaya guna mengubah sistem nilai dan norma tersebut melalui perubahan perilaku individu-individu anggota masyarakat. Individu-individu anggota masyarakat yang memiliki potensi besar untuk mengubah sistem nilai dan norma adalah mereka yang disebut dengan pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat, baik yang formal maupun yang informal. Pemuka masyarakat formal mencakup para petugas atau pejabat kesehatan dan mereka yang menduduki posisi formal (resmi) dalam organisasinya. Pemuka masyarakat informal adalah mereka yang tidak menduduki posisi formal dalam organisasi, tetapi memiliki pengaruh individual terhadap masyarakat oleh sebab keahlian, pengalaman, keturunan,

kharisma, dan lain-lain. Mereka inilah yang berperan sebagai faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) bagi terjadinya perubahan perilaku masyarakat.

Akan tetapi perilaku juga menyangkut dimensi ekonomi, termasuk tersedianya sarana dan prasarana. Seseorang yang sudah mau berperilaku tertentu tidak pernah mempraktikkan perilaku itu karena tidak adanya kemampuan secara ekonomis atau tidak tersedianya sarana. Misalnya, seseorang yang sudah mau membuang hajat (air besar) di jamban, tidak kunjung melakukan hal itu karena ia tidak mampu membuat jamban pribadi dan di sekitarnya tidak terdapat jamban umum. Contoh lain: seorang ibu yang sudah mau memeriksakan kandungannya secara teratur, tidak juga datang ke Puskesmas karena ia tidak memiliki uang untuk ongkos transpor, walaupun untuk periksa di Puskesmas tidak dipungut biaya alias gratis. Karena prasarana jalan raya yang masih buruk, maka tidak hanya ongkos transpor yang dibutuhkan, melainkan tenaga untuk berjalan kaki beberapa kilometer. Di dekat tempat tinggalnya juga tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan lain yang dapat membantunya untuk periksa kehamilan secara teratur. Sarana dan prasarana ini sering pula disebut sebagai faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) bagi terjadinya perubahan perilaku masyarakat.

Oleh karena itu, agar perilaku dari sasaran primer di setiap tatanan dapat tercipta dan berkesinambungan diperlukan dukungan perilaku dari sasaran sekunder dan sasaran tersier di setiap tatanan yang bersangkutan. Sasaran sekunder harus berperilaku yang dapat menciptakan suasana kondusif dan lingkungan sosial yang mendorong (*social pressure*) bagi tercipta dan berkesinambungnya perilaku sasaran primer. Sasaran sekunder juga diharapkan berperilaku sebagai panutan dalam rangka mempraktikkan PHBS. Sedangkan sasaran tersier harus berperilaku memberikan dukungan, baik material maupun non material, bagi tercipta dan berkesinambungnya perilaku sasaran primer. Dukungan tersebut antara lain dalam bentuk menetapkan dan memberlakukan kebijakan atau peraturan sebagai acuan dan rambu-rambu bagi pembinaan PHBS di tatanan, dan juga menyediakan sarana-sarana sebagai faktor pendukung seperti misalnya tempat sampah, air bersih, jamban sehat, kantin sehat, perlengkapan kesehatan kerja, dan lain-lain.

BAB III

PROSES PEMBINAAN PHBS

A. PENGERTIAN PEMBINAAN PHBS

Pembinaan PHBS diluncurkan oleh Pusat Penyuluhan Kesehatan (sekarang Pusat Promosi Kesehatan) pada tahun 1996 dengan menggunakan pendekatan tatanan sebagai strategi pengembangannya. Untuk masing-masing tatanan ditetapkan indikator guna mengukur pencapaian pembinaan PHBSnya. Namun demikian, fokus pembinaan adalah pada PHBS tatanan rumah tangga.

PHBS tatanan rumah tangga sejak dicanangkan tahun 1996 memiliki 10 indikator yaitu persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, imunisasi dan penimbangan balita, memiliki jamban sehat, memiliki akses air bersih, penanganan sampah, kebersihan kuku, gizi keluarga, tidak merokok dan menyalahgunakan napza, memiliki informasi PMS/AIDS, memiliki Jaminan Pemeliharaan Kesehatan/Dana Sehat. Tahun 2001 indikator PHBS tatanan rumah tangga ini kemudian dikembangkan menjadi 16 indikator dengan menambahkan indikator-indikator gosok gigi sebelum tidur, olahraga teratur, memiliki saluran pembuangan air limbah, ventilasi rumah baik, kepadatan penghunian rumah baik (kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni), dan lantai rumah bukan tanah. Akan tetapi, indikator baru ini dirasakan terlalu banyak, sehingga melalui serangkaian pertemuan/diskusi intensif, uji instrumen, uji sistem, dan uji statistik/*item reduction* untuk melihat keterkaitan indikator-indikator tersebut dengan penyebab terjadinya gangguan kesehatan dan angka kesakitan yang dilakukan sejak tahun 2000-2003, dari 16 indikator awal ditetapkan 10 indikator PHBS.

Penetapan indikator dari hasil uji statistik ini, dipilihlah 10 indikator yang selanjutnya ditetapkan sebagai indikator PHBS Di Rumah Tangga yang baru, yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi diberi ASI Eksklusif, memiliki Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, tersedia jamban, tersedia air bersih, kesesuaian luas lantai rumah dengan jumlah penghuni, lantai rumah bukan tanah, tidak merokok, melakukan aktivitas fisik, serta mengonsumsi sayur dan buah. Berdasarkan pada Rapat Koordinasi Promosi Kesehatan Tingkat Nasional, pada tahun 2007 indikator PHBS Di Rumah Tangga diubah menjadi *persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, mengonsumsi buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan tidak merokok di dalam rumah.*

Pada era desentralisasi ditetapkan standar untuk mengukur kinerja sektor kesehatan untuk kabupaten dan kota yang disebut Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan. Dalam SPM terdapat sembilan urusan yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten dan pemerintah kota. Salah satunya adalah penyelenggaraan promosi kesehatan dengan indikator kinerja

persentase Rumah Tangga Sehat dan target pencapaian 65% pada tahun 2010. Pencapaian Rumah Tangga Sehat atau Rumah Tangga ber-PHBS ini sejak diluncurkan terus mengalami peningkatan. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2001 dan 2004 melaporkan bahwa persentase Rumah Tangga ber-PHBS di Indonesia berturut-turut adalah 19,5 % dan 24,38%.

Pembinaan PHBS adalah upaya untuk menciptakan dan melestarikan perilaku hidup yang berorientasi kepada kebersihan dan kesehatan di masyarakat, agar masyarakat dapat mandiri dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Oleh karena itu, pembinaan PHBS dilaksanakan melalui penyelenggaraan promosi kesehatan, yaitu upaya untuk membantu individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar tahu, mau, dan mampu mempraktikkan PHBS, melalui proses pembelajaran dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi, sesuai sosial budaya setempat serta didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

B. SASARAN PEMBINAAN PHBS

Karena di masing-masing tatanan dijumpai masyarakat (yaitu masyarakat tatanan yang bersangkutan), maka di masing-masing tatanan juga terdapat berbagai peran. Dengan demikian di masing-masing tatanan dapat dijumpai tiga kelompok besar sasaran pembinaan PHBS, yaitu sasaran primer, sasaran sekunder, dan sasaran tersier. Sasaran primer berupa sasaran langsung, yaitu individu anggota masyarakat, kelompok-kelompok dalam masyarakat, dan masyarakat secara keseluruhan, yang diharapkan untuk mempraktikkan PHBS.

Sasaran sekunder adalah mereka yang memiliki pengaruh terhadap sasaran primer dalam pengambilan keputusannya untuk mempraktikkan PHBS. Termasuk di sini adalah para pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat, yang umumnya menjadi panutan sasaran primer. Terdapat berbagai jenis tokoh masyarakat, seperti misalnya tokoh atau pemuka adat, tokoh atau pemuka agama, tokoh politik, tokoh pertanian, tokoh pendidikan, tokoh bisnis, tokoh pemuda, tokoh remaja, tokoh wanita, tokoh kesehatan, dan lain-lain. Pemuka atau tokoh adalah seseorang yang memiliki kelebihan di antara orang-orang lain dalam suatu kelompok atau dalam masyarakat. Ia akan menjadi panutan bagi kelompoknya atau bagi masyarakat karena ia merupakan figur yang menonjol. Di samping itu, ia dapat mengubah sistem nilai dan norma masyarakat secara bertahap, dengan terlebih dulu mengubah sistem nilai dan norma yang berlaku dalam kelompoknya.

Sedangkan sasaran tersier adalah mereka yang berada dalam posisi pengambilan keputusan formal, sehingga dapat memberikan dukungan, baik berupa kebijakan/pengaturan dan atau sumber daya dalam proses pembinaan PHBS terhadap sasaran primer. Mereka sering juga disebut sebagai tokoh masyarakat formal, yakni orang yang memiliki posisi menentukan dalam struktur formal di masyarakatnya (disebut juga penentu kebijakan). Dengan posisinya itu, mereka juga memiliki kemampuan untuk

mengubah sistem nilai dan norma masyarakat melalui pemberlakuan kebijakan/pengaturan, di samping menyediakan sarana yang diperlukan.

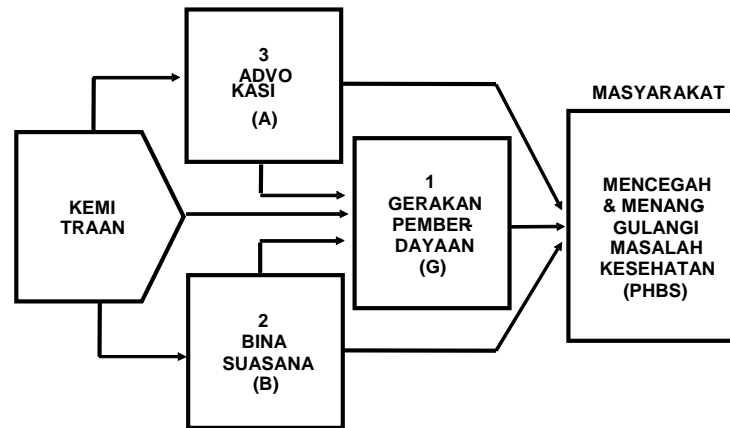
C. STRATEGI PEMBINAAN PHBS

Menyadari rumitnya hakikat dari perilaku, maka perlu dilaksanakan strategi promosi kesehatan untuk pembinaan PHBS yang bersifat menyeluruh. Mengacu pada Piagam Ottawa (Ottawa Charter) yang merupakan hasil dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama di Ottawa (Kanada), tiga strategi pokok yang harus dilaksanakan dalam promosi kesehatan adalah (1) advokasi, (2) bina suasana, dan (3) pemberdayaan. Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam bentuk tindakan-tindakan (aksi-aksi) sebagai berikut.

1. Mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (*healthy public policy*), yaitu mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor di setiap tingkatan administrasi menetapkan kebijakan dengan mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportive environment*), yaitu mengupayakan agar setiap sektor dalam melaksanakan kegiatannya mengarah kepada terwujudnya lingkungan sehat (fisik dan nonfisik).
3. Memperkuat gerakan masyarakat (*community action*), yaitu memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
4. Mengembangkan kemampuan individu (*personal skills*), yaitu mengupayakan agar setiap individu masyarakat tahu, mau, dan mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya memelihara, meningkatkan, serta mewujudkan kesehatannya, melalui pemberian informasi, serta pendidikan dan pelatihan yang memadai.
5. Menata kembali arah pelayanan kesehatan (*reorient health services*), yaitu mengubah pola pikir serta sistem pelayanan kesehatan masyarakat agar lebih mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan aspek kuratif dan rehabilitatif.

Di Indonesia, strategi pokok tersebut kemudian diformulasikan kembali ke dalam kalimat (1) gerakan pemberdayaan (G), yang didukung oleh (2) bina suasana (B), dan (3) advokasi (A), serta dilandasi oleh semangat (4) kemitraan.

Dengan demikian, pemberdayaan adalah strategi pokok dalam rangka mengembangkan kemampuan individu dan memperkuat gerakan masyarakat. Bina suasana adalah strategi pokok dalam rangka menciptakan lingkungan (khususnya nonfisik) yang mendukung. Sedangkan advokasi adalah strategi pokok dalam rangka mengembangkan kebijakan berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan fisik yang mendukung, dan menata kembali arah pelayanan kesehatan. Kesemuanya itu dilaksanakan melalui pengembangan kemitraan. Dengan melaksanakan strategi pokok tersebut secara benar dan terkoordinasi diharapkan akan tercipta PHBS yang berupa kemampuan masyarakat berperilaku mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan.



Strategi Promosi Kesehatan Untuk Pembinaan PHBS

1. Gerakan Pemberdayaan

Dalam upaya promosi kesehatan, pemberdayaan merupakan bagian yang sangat penting, dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan merupakan proses memosisikan masyarakat agar memiliki peran yang besar (kedaulatan) dalam pengambilan keputusan dan penetapan tindakan yang berkaitan dengan kesehatannya. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (sasaran) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*). Oleh sebab itu, sesuai dengan sasarannya dapat dibedakan adanya (a) pemberdayaan individu, (b) pemberdayaan keluarga, dan (c) pemberdayaan kelompok/ masyarakat.

Dalam mengupayakan agar sasaran tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat sasaran tersebut memahami bahwa sesuatu (misalnya Diare) adalah masalah baginya dan bagi masyarakatnya. Sepanjang sasaran yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka sasaran tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Saat sasaran telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan.

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

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

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

2. Bina Suasana

Bina Suasana adalah upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial dimana pun ia berada (keluarga di rumah, organisasi siswa/mahasiswa, serikat pekerja/karyawan, orang-orang yang menjadi panutan/idola, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) menyetujui atau mendukung perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk memperkuat proses pemberdayaan, khususnya dalam upaya meningkatkan para individu dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana.

Terdapat tiga kategori proses bina suasana, yaitu (a) bina suasana individu, (b) bina suasana kelompok, dan (c) bina suasana publik.

a. Bina Suasana Individu

Bina suasana individu dilakukan oleh individu-individu tokoh masyarakat. Dalam kategori ini tokoh-tokoh masyarakat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan. Yaitu dengan mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut (misalnya seorang kepala sekolah atau pemuka agama yang tidak merokok).

Lebih lanjut bahkan mereka juga bersedia menjadi kader dan turut menyebarkan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perubahan perilaku individu.

b. Bina Suasana Kelompok

Bina suasana kelompok dilakukan oleh kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita (misalnya PKK), organisasi siswa/mahasiswa, Pramuka, organisasi pemuda, serikat pekerja, dan lain-lain. Bina suasana ini dapat dilakukan bersama pemuka/tokoh masyarakat yang telah peduli. Dalam kategori ini kelompok-kelompok tersebut menjadi kelompok yang peduli terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan dan menyetujui atau mendukungnya. Bentuk dukungan dapat berupa kelompok tersebut bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak terkait, dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

c. Bina Suasana Publik

Bina suasana publik dilakukan oleh masyarakat umum melalui pengembangan kemitraan dan pemanfaatan media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dalam kategori ini media massa tersebut peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media massa tersebut lalu menjadi mitra dalam rangka menyebarkan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum atau opini publik yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau “penekan” (*social pressure*) oleh individu-individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang sedang diperkenalkan.

3. Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*). Pihak-pihak yang terkait ini berupa tokoh-tokoh masyarakat (formal dan informal) yang umumnya berperan sebagai narasumber (*opinion leader*), atau penentu kebijakan (norma) atau penyandang dana (termasuk swasta dan dunia usaha). Juga berupa kelompok-kelompok dalam masyarakat dan media massa yang dapat berperan dalam menciptakan suasana kondusif, opini publik, dan dorongan (*pressure*) bagi terciptanya PHBS masyarakat. Advokasi merupakan upaya untuk menyukseskan bina suasana dan pemberdayaan atau proses pembinaan PHBS secara umum.

Perlu disadari bahwa komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh dalam waktu singkat. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan, yaitu (1) mengetahui

atau menyadari adanya masalah, (2) tertarik untuk ikut mengatasi masalah, (3) peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah, (4) sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternatif pemecahan masalah, dan (5) memutuskan tindak lanjut kesepakatan. Dengan demikian, maka advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat, dan tepat. Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang, yaitu:

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

Sebagaimana pemberdayaan dan bina suasana, advokasi juga akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan. Yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama, dengan melibatkan kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita (misalnya PKK), organisasi siswa/mahasiswa, Pramuka, organisasi pemuda, serikat pekerja, dan lain-lain. Dengan kerjasama, melalui pembagian tugas dan saling-dukung, maka sasaran advokasi akan dapat diarahkan untuk sampai kepada tujuan yang diharapkan. Sebagai konsekuensinya, metode dan media advokasi pun harus ditentukan secara cermat, sehingga kerjasama dapat berjalan baik.

4. Kemitraan

Kemitraan harus digalang baik dalam rangka pemberdayaan maupun bina suasana dan advokasi guna membangun kerjasama dan mendapatkan dukungan. Dengan demikian kemitraan perlu digalang antar individu, keluarga, pejabat atau instansi pemerintah yang terkait dengan urusan kesehatan (lintas sektor), pemuka atau tokoh masyarakat, media massa, dan lain-lain. Kemitraan yang digalang harus berlandaskan pada tiga prinsip dasar, yaitu (a) kesetaraan, (b) keterbukaan, dan (c) saling menguntungkan.

a. Kesetaraan

Kesetaraan berarti tidak diciptakan hubungan yang bersifat hirarkhis. Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sama (berdiri sama tinggi, duduk sama rendah). Keadaan ini dapat dicapai apabila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan. Yaitu hubungan yang dilandasi kebersamaan atau kepentingan bersama. Bila kemudian

dibentuk struktur hirarkhis (misalnya sebuah tim), adalah karena kesepakatan.

b. Keterbukaan

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

c. Saling menguntungkan

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

D. PERSIAPAN PEMBINAAN PHBS

Pembinaan PHBS yang saat ini sudah memiliki payung hukum adalah Pembinaan PHBS di Rumah Tangga, yaitu dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan tersebut, pembinaan PHBS di Rumah Tangga terintegrasi ke dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, karena merupakan salah satu kriteria dalam pentahapan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Dengan demikian, pembinaan PHBS di Rumah Tangga otomatis menjadi tugas dari Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sejak tingkat Pusat sampai ke tingkat Kabupaten/Kota serta Forum Desa/Kelurahan Siaga Aktif di Kecamatan dan di Desa/ Kelurahan.

Oleh sebab kenyataan yang demikian, maka pembinaan PHBS di tatanan-tatanan lain sebaiknya terintegrasi ke dalam pembinaan PHBS di tatanan Rumah Tangga, yaitu melalui struktur dan mekanisme pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Hal ini berarti diperlukan perluasan keanggotaan dari Pokjanal dan Forum, penetapan kebijakan tambahan, penambahan tugas untuk Pokjanal dan Forum, penerbitan pedoman-pedoman tambahan, pelatihan-pelatihan tambahan, dan pengembangan berbagai sistem informasi PHBS lain.

Persiapan dilaksanakan sejak dari tingkat Pusat oleh Kementerian Kesehatan dan Kemeterian Dalam Negeri, berkoordinasi dengan instansi lintas sektor dan pihak-pihak terkait, untuk sinkronisasi pembinaan PHBS di berbagai tatanan melalui integrasinya ke dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

E. PEMBINAAN PHBS DI BERBAGAI TATANAN

Pelaksanaan pembinaan PHBS diselenggarakan dengan menerapkan strategi pemberdayaan yang didukung oleh bina suasana dan advokasi, dengan semangat kemitraan. Strategi ini harus dilaksanakan secara paripurna sehingga menjangkau semua tatanan melalui pembagian tugas di antara pemangku kepentingan.

1. Pembinaan PHBS di Rumah Tangga

Di tatanan rumah tangga, pembinaan PHBS dilaksanakan secara terintegrasi dengan kegiatan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif. Tanggung jawab pembinaan terendah berada di tingkat kecamatan (Forum Kecamatan).

a. Pemberdayaan

Pemberdayaan di tatanan rumah tangga dilakukan terhadap individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Prosesnya diawali dengan pemberdayaan terhadap kelompok masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat, untuk membentuk atau merevitalisasi Forum Desa/ Kelurahan (pengembangan kapasitas pengelola). Dengan pengorganisasian masyarakat, maka selanjutnya pemberdayaan individu dan keluarga dapat ditimbang-terimakan kepada perangkat desa/kelurahan, pemuka masyarakat, dan anggota-anggota masyarakat yang ditunjuk sebagai kader. Pemberdayaan individu dilaksanakan dalam berbagai kesempatan, khususnya pada saat individu-individu masyarakat berkunjung dan memanfaatkan upaya-upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Poskesdes, dan lain-lain, melalui pemberian informasi dan konsultasi. Sedangkan pemberdayaan keluarga dilaksanakan melalui kunjungan rumah dan konsultasi keluarga oleh para kader. Juga melalui bimbingan atau pendampingan ketika keluarga tersebut membutuhkan (misalnya tatkala membangun jamban, membuat taman obat keluarga, dan lain-lain).

b. Bina Suasana

Bina suasana di tatanan rumah tangga dilakukan oleh para pemuka atau tokoh-tokoh masyarakat, termasuk pemuka agama dan pemuka adat, dalam rangka menciptakan opini publik, suasana yang kondusif, dan panutan di tingkat desa dan kelurahan bagi dipraktikkannya PHBS oleh rumah tangga. Bina suasana juga dilakukan oleh para pengurus organisasi kemasyarakatan di tingkat desa dan kelurahan seperti pengurus Rukun Warga/Rukun Tetangga, pengurus PKK, pengurus pengajian, pengurus arisan, pengurus koperasi, pengurus organisasi pemuda (seperti Karang Taruna), Pramuka, dan lain-lain. Para pengurus organisasi kemasyarakatan tersebut ikut memotivasi anggota-anggotanya agar mempraktikkan PHBS. Di samping itu, bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media seperti pemasangan spanduk dan atau *billboard* di jalan-jalan desa/kelurahan, penempelan poster di tempat-tempat strategis, pembuatan dan pemeliharaan taman

obat/taman gizi percontohan di beberapa lokasi, serta pemanfaatan media tradisional.

c. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kecamatan/kabupaten/kota terhadap para pemuka masyarakat dan pengurus organisasi kemasyarakatan tingkat desa dan kelurahan, agar mereka berperanserta dalam kegiatan bina suasana. Advokasi juga dilakukan terhadap para penyandang dana, termasuk pengusaha (swasta), agar mereka membantu upaya pembinaan PHBS di Rumah Tangga (desa/kelurahan).

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di desa dan kelurahan tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS di Rumah Tangga dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang dari tingkat pusat ke tingkat provinsi, dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota, dan dari tingkat kabupaten/kota ke tingkat kecamatan.

2. Pembinaan PHBS di Institusi Pendidikan

Di institusi pendidikan, pembinaan PHBS dilaksanakan melalui kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang terintegrasi dengan kegiatan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif. Namun demikian, tanggung jawab pembinaan yang terendah tidak diletakkan di tingkat kecamatan, melainkan di tingkat kabupaten/kota (Pokjanel Kabupaten/Kota).

a. Pemberdayaan

Pemberdayaan di institusi pendidikan seperti sekolah, madrasah, pesantren, seminari, dan lain-lain, dilakukan terhadap para anak didik. Sebagaimana di desa atau kelurahan, di sebuah institusi pendidikan pemberdayaan juga diawali dengan pengorganisasian masyarakat (yaitu masyarakat institusi pendidikan tersebut). Pengorganisasian masyarakat ini adalah untuk membentuk atau merevitalisasi Tim Pelaksana UKS atau yang disebut dengan nama lain dan para pendidik di institusi pendidikan yang bersangkutan (pengembangan kapasitas pengelola). Dengan pengorganisasian masyarakat di institusi pendidikan tersebut, maka selanjutnya pemberdayaan anak didik dapat diserahkan kepada pimpinan institusi pendidikan, komite atau dewan penyantun, Tim Pelaksana UKS atau yang disebut dengan nama lain, para pendidik, dan anak-anak didik yang ditunjuk sebagai kader (misalnya dokter kecil).

Pemberdayaan dilaksanakan di berbagai kesempatan, yaitu terintegrasi dalam proses belajar-mengajar (kurikuler) dan dalam kegiatan-kegiatan di luar proses belajar-mengajar (ekstra kurikuler). Juga dapat dilaksanakan melalui penyelenggaraan Klinik Konsultasi Kesehatan

sebagai UKBM yang dikelola oleh para pendidik dan kader dibantu petugas kesehatan dari Puskesmas/rumah sakit/dinas kesehatan.

b. Bina Suasana

Bina suasana di institusi pendidikan selain dilakukan oleh para pendidik, juga oleh para pemuka masyarakat (khususnya pemuka masyarakat bidang pendidikan dan agama), pengurus organisasi anak didik seperti OSIS dan sejenisnya, Pramuka, dan para kader. Para pendidik, pemuka masyarakat, pengurus organisasi anak didik, Pramuka, dan kader berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS di institusi pendidikan tersebut. Bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media seperti *billboard* di halaman, poster di dinding ruang kelas, pertunjukan film, pemuatan makalah/berita di majalah dinding atau majalah sekolah, serta penyelenggaraan seminar/simposium/diskusi, mengundang pakar atau alim-ulama atau figur publik untuk berceramah, pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi, dan lain-lain.

c. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kabupaten/kota/provinsi terhadap para pemilik/pimpinan institusi pendidikan, para pendidik, dan pengurus organisasi peserta didik, agar mereka berperanserta dalam kegiatan pembinaan PHBS di institusi pendidikannya. Para pemilik/pimpinan institusi pendidikan misalnya, harus memberikan dukungan kebijakan/pengaturan dan menyediakan sarana agar PHBS di Institusi Pendidikannya dapat dipraktikkan. Advokasi juga dilakukan terhadap para penyandang dana, termasuk pengusaha, agar mereka membantu upaya pembinaan PHBS di Institusi Pendidikan.

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di institusi pendidikan tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS di Institusi Pendidikan dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang dari tingkat pusat ke tingkat provinsi, dan dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota.

3. Pembinaan PHBS di Tempat Kerja

Di tempat kerja, pembinaan PHBS dilaksanakan melalui kegiatan pengembangan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang diintegrasikan dengan kegiatan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Namun, sebagaimana pembinaan PHBS di Institusi Pendidikan, tanggung jawab pembinaan terendah PHBS di Tempat Kerja juga diletakkan di tingkat kabupaten/kota (Pokjanal Kabupaten/Kota).

a. Pemberdayaan

Pemberdayaan di tempat kerja seperti kantor, pabrik, dan lain-lain ditujukan terhadap para pekerja. Di tempat kerja pun pemberdayaan diawali dengan pengorganisasian masyarakat (yaitu masyarakat tempat kerja). Tujuannya adalah untuk membentuk atau merevitalisasi Tim Manajemen K3 (pengembangan kapasitas pengelola). Dengan pengorganisasian masyarakat ini, maka selanjutnya pemberdayaan pekerja dapat ditimbang-terimakan kepada pemilik dan pengelola tempat kerja, Tim Manajemen K3, dan pekerja-pekerja yang ditunjuk sebagai kader. Pemberdayaan dapat dilaksanakan melalui penyelenggaraan Klinik Konsultasi Kesehatan sebagai UKBM di tempat kerja yang dikelola oleh tenaga kesehatan (dari tempat kerja/rumah sakit/dinas kesehatan) dibantu para kader.

b. Bina Suasana

Bina suasana di tempat kerja dilakukan oleh para pengelola/manajer, pengurus organisasi/serikat pekerja, dan para pemuka masyarakat pekerja. Para manajer, pengurus organisasi/serikat pekerja, dan pemuka masyarakat pekerja, selain berperan sebagai panutan, juga sebagai kelompok penekan (*pressure group*) dalam mempraktikkan PHBS di tempat kerja tersebut. Bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media tentang PHBS seperti pemasangan *billboard* di halaman, poster di dinding, *banner* di ruang kerja, pertunjukan film, pemuatan makalah/berita di majalah/warta perusahaan, dan pembagian selebaran (*leaflet*), serta seminar/simposium/diskusi, mengundang pakar atau tokoh atau figur publik untuk berceramah, pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi, dan lain-lain.

c. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kabupaten/kota/provinsi terhadap para pemilik dan manajer tempat kerja dan pengurus organisasi/serikat pekerja, agar mereka berperanserta dalam kegiatan pembinaan PHBS di Tempat Kerjanya. Para pemilik dan manajer tempat kerja misalnya, harus memberikan dukungan kebijakan/ pengaturan dan menyediakan sarana agar PHBS di tempat kerjanya dapat dipraktikkan.

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di tempat kerja tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS di Tempat Kerja dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang dari tingkat pusat ke tingkat provinsi, dan dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota.

4. Pembinaan PHBS di Tempat Umum

Pembinaan PHBS di Tempat Umum dilaksanakan secara terintegrasi dengan kegiatan pembinaan oleh Kementerian terkait sesuai dengan tempat umum yang dibinanya dan juga dengan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Tanggung jawab pembinaan terendah PHBS di Tempat Umum juga diletakkan di tingkat kabupaten/kota (Pokjanal Kabupaten/Kota).

a. Pemberdayaan

Pemberdayaan di tempat umum seperti tempat ibadah, pasar, terminal, pertokoan, tempat rekreasi, lain-lain ditujukan terhadap para pengunjung tempat umum. Di tempat umum pun pemberdayaan diawali dengan pengorganisasian masyarakat (yaitu masyarakat tempat umum, khususnya para pemilik dan pengelola tempat umum). Tujuannya adalah untuk membentuk atau merevitalisasi Tim Kesehatan di tempat umum yang bersangkutan (pengembangan kapasitas pengelola). Dengan pengorganisasian masyarakat ini, maka selanjutnya pemberdayaan pengunjung tempat umum dapat ditimbang-terimakan kepada pemilik dan pengelola tempat umum serta Tim Kesehatannya. Pemberdayaan dapat dilaksanakan melalui penyelenggaraan Klinik Konsultasi Kesehatan sebagai UKBM di tempat umum yang dikelola oleh Tim Kesehatan.

b. Bina Suasana

Pemilik/pengelola tempat umum dan Tim Kesehatan juga bertugas menyelenggarakan bina suasana di tempat umum yang mereka kelola. Tugas yang utama adalah berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS bagi pengunjung tempat umum yang dikelolanya. Tugas berikutnya adalah memanfaatkan media tentang PHBS seperti pemasangan *billboard*, poster, *banner* di tempat-tempat strategis, pembagian selebaran (*leaflet*), pertunjukan film, serta, jika mungkin, menyelenggarakan seminar/simposium /diskusi, mengundang pakar atau tokoh atau figur publik untuk berceramah, pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi, dan lain-lain.

c. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kabupaten/kota/provinsi terhadap para pemilik dan pengelola tempat umum agar mereka berperanserta dalam kegiatan pembinaan PHBS di Tempat Umum yang dikelolanya. Para pemilik dan pengelola tempat umum misalnya, harus memberikan dukungan kebijakan/pengaturan dan menyediakan sarana agar PHBS di Tempat Umum dapat dipraktikkan.

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di tempat umum tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS di Tempat Umum dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang

dari tingkat pusat ke tingkat provinsi, dan dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota.

5. Pembinaan PHBS di Fasilitas Kesehatan

Pembinaan PHBS Di Fasilitas Kesehatan dilaksanakan secara terintegrasi ke dalam kegiatan-kegiatan pelayanan dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, dan juga dalam kaitannya dengan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Tanggung jawab pembinaan terendah PHBS di Fasilitas Kesehatan juga diletakkan di tingkat kabupaten/kota (Pokjanel Kabupaten/Kota).

a. Pemberdayaan

Pemberdayaan individu di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, rumah sakit, dan lain-lain dilakukan terhadap pasien/klien dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, pemberdayaan individu di fasilitas kesehatan merupakan kewajiban setiap petugas di fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Setiap petugas harus menyediakan waktunya untuk memberikan informasi tentang PHBS berkaitan dengan masalah yang dihadapi pasien/klien. Sedangkan pemberdayaan keluarga pasien/klien dilakukan oleh petugas yang bertugas melaksanakan kunjungan rumah. Di desa dan kelurahan, pemberdayaan keluarga ini dilakukan bersama-sama dengan kader. Fasilitas kesehatan khususnya Puskesmas, juga harus menyediakan tenaga yang akan bekerjasama dengan fasilitator dari kabupaten/kota untuk menyelenggarakan pengorganisasian masyarakat di desa dan kelurahan. Dengan demikian pemberdayaan di fasilitas kesehatan harus diawali dengan pengembangan pengetahuan dan keterampilan para petugas fasilitas pelayanan kesehatan tersebut (pengembangan kapasitas pengelola).

b. Bina Suasana

Bina suasana di fasilitas kesehatan dilaksanakan oleh petugas promosi kesehatan di fasilitas kesehatan tersebut dengan memanfaatkan pengantar atau penjenguk pasien/ klien. Pengantar atau penjenguk pasien/klien dibekali dengan informasi tentang PHBS agar bersedia turut menasehati, menjadi panutan, dan menjadi pendorong (*pressure*) bagi pasien/klien untuk mempraktikkan PHBS. Di samping itu, bina suasana juga dilakukan dengan memanfaatkan media tentang PHBS seperti pemasangan *billboard* di halaman, poster di dinding, *banner* di ruang pemeriksaan/ perawatan, pertunjukan film, biblioterapi, dan pembagian selebaran (*leaflet*), serta penyelenggaraan seminar/simposium/diskusi, mengundang pemuka agama untuk menasihati pasien, pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi, dan lain-lain.

c. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kabupaten/kota/provinsi terhadap para pemilik dan pengelola fasilitas kesehatan agar mereka berperanserta dalam kegiatan pembinaan PHBS di fasilitas kesehatan

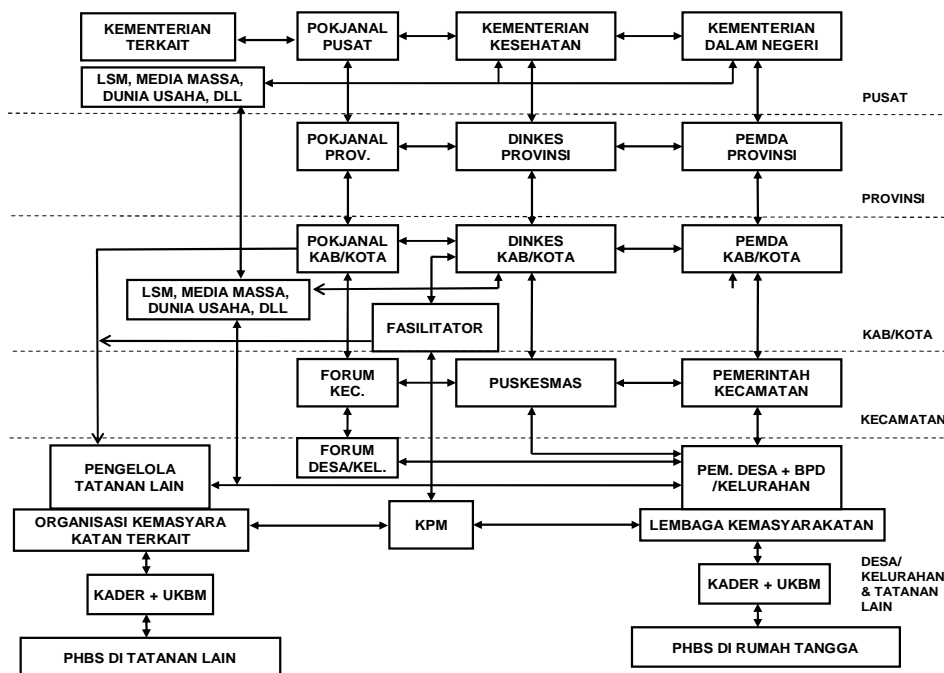
yang dikelolanya. Para pemilik dan pengelola fasilitas kesehatan misalnya, harus memberikan dukungan kebijakan/pengaturan dan menyediakan sarana agar PHBS di fasilitas kesehatan dapat dipraktikkan. Advokasi juga dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan itu sendiri kepada para penyandang dana, termasuk donatur, agar bersedia membantu pembinaan PHBS di fasilitas kesehatannya.

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di fasilitas kesehatan tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS Di Fasilitas Kesehatan dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang dari tingkat pusat ke tingkat provinsi, dan dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota.

BAB IV

PERAN PEMANGKU KEPENTINGAN DI BERBAGAI TINGKAT PEMERINTAHAN DAN TATANAN

Pembinaan PHBS dilakukan di semua tatanan, sehingga tidak hanya Kementerian Kesehatan yang terlibat dalam upaya besar ini. Pembinaan PHBS merupakan kerja bersama yang melibatkan Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Perindustrian, Kementerian Perdagangan, Kementerian Kebudayaan dan Pariwisata, Kementerian Perhubungan, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Lingkungan Hidup, Kementerian Perumahan Rakyat, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, Pemerintah Daerah, organisasi kemasyarakatan, tokoh masyarakat, swasta, dunia usaha, dan lain-lain. Kerjasama dikoordinasikan dalam bentuk Kelompok Kerja Operasional (Pokjnal) dan Forum yang diintegrasikan dengan Pokjnal dan Forum-forum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Secara skematis keterlibatan berbagai pemangku kepentingan tersebut digambarkan sebagai berikut.



Keterlibatan Pemangku Kepentingan Dalam Pembinaan PHBS

A. PUSAT

1. Kementerian Dalam Negeri

- a. Membina pelaksanaan pembinaan PHBS di semua tatanan di daerah.

- b. Melengkapi keanggotaan Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat, dengan unsur-unsur dari Kementerian yang terkait dengan pembinaan PHBS.
 - c. Bersama Kementerian Kesehatan menerbitkan petunjuk-petunjuk pelaksanaan yang diperlukan dalam pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - d. Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian terkait mengembangkan Sistem Informasi PHBS di berbagai tatanan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi dari Kementerian terkait.
2. Kementerian Kesehatan
- a. Bersama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian terkait menetapkan kebijakan yang mendukung operasionalisasi pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - b. Bersama Kementerian terkait menerbitkan dan menyosialisasikan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang diperlukan dalam pembinaan PHBS, yaitu antara lain tentang :
 - (1) PHBS di tatanan Rumah Tangga.
 - (2) PHBS di tatanan Institusi Pendidikan.
 - (3) PHBS di tatanan Tempat Kerja.
 - (4) PHBS di tatanan Tempat Umum.
 - (5) PHBS di tatanan Fasilitas pelayanan kesehatan.
 - (6) Pelatihan Pelatih (TOT) Pembinaan PHBS.
 - (7) Pelatihan Fasilitator Pembinaan PHBS.
 - (8) Pelatihan dan Kursus Penyegar Kader tentang PHBS.
 - c. Menyelenggarakan TOT pembinaan PHBS bagi aparatur Provinsi.
 - d. Mengalokasikan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pembinaan PHBS.
 - e. Melakukan sosialisasi dan advokasi bersama instansi/lembaga terkait lainnya.
 - f. Menyelenggarakan bina suasana lingkup nasional untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - g. Bersama Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat melakukan advokasi kepada Pemerintah Provinsi dan pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - h. Bersama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian terkait mengembangkan Sistem Informasi PHBS di semua tatanan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian terkait.

3. Kementerian Terkait.

- a. Bersama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan yang mendukung operasionalisasi pembinaan PHBS di semua tatanan.
- b. Bersama Kementerian Kesehatan menerbitkan dan menyosialisasikan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang diperlukan dalam pembinaan PHBS.
- c. Bersama Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat melakukan advokasi kepada Pemerintah Provinsi dan pihak-pihak lain.
- d. Bersama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan mengembangkan Sistem Informasi PHBS di semua tatanan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian masing-masing.

4. Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 2 kali setahun) dan rapat sewaktu-waktu untuk pemantauan perkembangan PHBS lingkup nasional.
- b. Bersama Kementerian Kesehatan melakukan advokasi kepada Pemerintah Provinsi dan pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- c. Secara berkala melaporkan perkembangan PHBS di semua tatanan kepada Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan, dan Menteri-menteri lain terkait.

B. PROVINSI

1. Pemerintah Provinsi

- a. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pembinaan PHBS di semua tatanan.
- b. Melengkapi keanggotaan Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Provinsi dengan instansi yang terkait pembinaan PHBS.
- c. Menyelenggarakan pelatihan untuk pelatih (TOT) pembinaan PHBS bagi aparatur Kabupaten dan Kota.
- d. Menyelenggarakan bina suasana lingkup provinsi untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- e. Bersama Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Provinsi melakukan advokasi kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota serta pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- f. Memberikan dukungan dana dan sumber daya lain untuk pembinaan PHBS di semua tatanan.
- g. Menyelenggarakan Sistem Informasi PHBS di semua tatanan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian terkait lingkup provinsi.

2. Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Provinsi

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 2 kali setahun) dan rapat sewaktu-waktu untuk pemantauan perkembangan PHBS lingkup provinsi.
- b. Bersama Pemerintah Provinsi melakukan advokasi kepada Pemerintah Kabupaten, Pemerintah Kota, dan pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- c. Secara berkala melaporkan perkembangan PHBS kepada Gubernur.

C. KABUPATEN DAN KOTA

1. Pemerintah Kabupaten/Pemerintah Kota

- a. Menetapkan kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pembinaan PHBS di semua tatanan.
- b. Melengkapi keanggotaan Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten dan Kota dengan instansi terkait pembinaan PHBS.
- c. Menyelenggarakan pelatihan pembinaan PHBS bagi pengelola institusi pendidikan, pemilik/pengelola tempat kerja, pemilik/pengelola tempat umum, pemilik/pengelola fasilitas pelayanan kesehatan, aparatur desa dan kelurahan, kader pemberdayaan masyarakat (KPM), dan lembaga kemasyarakatan serta pihak-pihak lain.
- d. Memberikan bantuan pembiayaan dari APBD Kabupaten/Kota dan sumber daya lain untuk pembinaan PHBS.
- e. Menyelenggarakan bina suasana lingkup kabupaten/kota untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- f. Bersama Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Kabupaten/Kota melakukan advokasi kepada pejabat-pejabat kecamatan serta pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- g. Menyelenggarakan Sistem Informasi PHBS di semua tatanan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian terkait lingkup kabupaten/kota.
- h. Memfasilitasi kecamatan, desa, dan kelurahan untuk ikut bertanggungjawab dalam pembinaan PHBS di rumah tangga.
- i. Melaksanakan hal-hal lain yang dianggap perlu sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing daerah.

2. Pokjanal Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Kabupaten/Kota

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 3 kali setahun) dan rapat sewaktu-waktu untuk pemantauan perkembangan PHBS lingkup kabupaten/kota.
- b. Bersama Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan advokasi kepada pejabat-pejabat kecamatan serta pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.

- c. Secara berkala melaporkan perkembangan PHBS kepada Bupati/Walikota.

D. KECAMATAN

1. Pemerintah Kecamatan

- a. Mengkoordinasikan pelaksanaan pembinaan PHBS terintegrasi dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat terkait.
- b. Mengkoordinasikan penerapan kebijakan/peraturan perundang-undangan berkaitan dengan pembinaan PHBS di semua tatanan.
- c. Menyelenggarakan Sistem Informasi PHBS yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian terkait lingkup kecamatan.

2. Forum Desa/Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Kecamatan

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 4 kali setahun) dan rapat sewaktu-waktu untuk pemantauan perkembangan PHBS lingkup kecamatan.
- b. Secara berkala melaporkan perkembangan PHBS kepada Camat.

E. DESA DAN KELURAHAN

1. Pemerintah Desa dan Pemerintah Kelurahan

- a. Menerbitkan peraturan tingkat desa dan kelurahan untuk pembinaan PHBS di Rumah Tangga serta mengawasi pelaksanaannya.
- b. Mengupayakan bantuan dana dan sumber daya lain baik dari pemerintah, pemerintah daerah, maupun pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
- c. Dalam rangka pelaksanaan Alokasi Dana Desa agar dalam pendistribusian pada kebutuhan lokal desa diharapkan dapat membantu pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
- d. Melaksanakan pembinaan PHBS rumah tangga di desa dan kelurahan, melalui pengadaan sarana pendukung bagi kelancaran pembinaan PHBS di rumah tangga.
- e. Melakukan konsultasi dengan BPD dan masyarakat tentang pentingnya pembinaan PHBS di rumah tangga.
- f. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan PHBS rumah tangga terintegrasi dalam laporan pertanggungjawaban Kepala Desa atau Lurah.

2. Forum Desa/Kelurahan Siaga Tingkat Desa/Kelurahan

- a. Melakukan rapat berkala (minimal 4 kali setahun) dan rapat sewaktu-waktu untuk pemantauan perkembangan PHBS Rumah Tangga.
- b. Secara berkala melaporkan perkembangan PHBS di Rumah Tangga kepada Kepala Desa/Lurah.

3. Lembaga Kemasyarakatan

- a. Menyusun rencana pembinaan PHBS rumah tangga yang terintegrasi dalam pembangunan desa atau kelurahan secara partisipatif.
- b. Menumbuhkembangkan kondisi dinamis masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat untuk terwujudnya PHBS di Rumah Tangga.

4. Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)

- a. Menyusun rencana pembinaan PHBS di Rumah Tangga bersama Forum Desa/Kelurahan Siaga.
- b. Melaksanakan promosi kesehatan kepada masyarakat dan membantu masyarakat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi.

F. TATANAN INSTITUSI PENDIDIKAN

1. Pemilik/Komite/Dewan Penyantun/Pengelola Institusi Pendidikan

- a. Memberikan dukungan kebijakan berupa peraturan yang mendukung pembinaan PHBS di institusi pendidikannya.
- b. Menyediakan sarana/fasilitas (air bersih, jamban sehat, kantin sehat, tempat sampah, dan lain-lain) untuk mendukung PHBS di institusi pendidikannya.
- c. Menyediakan dana dan sumber daya lain yang diperlukan untuk pembinaan PHBS di institusi pendidikannya.

2. Tim Pelaksana UKS/Pendidik

- a. Menyusun rencana, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi pembinaan PHBS di institusi pendidikannya.
- b. Membentuk dan menyelenggarakan Klinik Konsultasi Kesehatan.

3. Kader

- a. Melaksanakan promosi kesehatan dalam rangka pembinaan PHBS bagi teman-teman (anak didik) lainnya.
- b. Membantu penyelenggaraan Klinik Konsultasi Kesehatan.

G. TATANAN TEMPAT KERJA

1. Pemilik/Pengelola Tempat Kerja/Tim Manajemen K3

- a. Memberikan dukungan kebijakan berupa peraturan yang mendukung pembinaan PHBS di tempat kerjanya.
- b. Menyediakan sarana/fasilitas (air bersih, jamban sehat, kantin sehat, tempat sampah, perlengkapan K3, dan lain-lain) untuk mendukung PHBS di tempat kerjanya.
- c. Menyediakan dana dan sumber daya lain yang diperlukan untuk pembinaan PHBS di tempat kerjanya, termasuk Klinik Konsultasi Kesehatan.

2. Kader

- a. Menyusun rencana, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi pembinaan PHBS di tempat kerjanya.
- b. Menyelenggarakan Klinik Konsultasi Kesehatan.
- c. Melaksanakan promosi kesehatan dalam rangka pembinaan PHBS bagi teman-teman (pekerja/karyawan) lainnya.

H. TATANAN TEMPAT UMUM

1. Pemilik/Pengelola Tempat Umum

- a. Memberikan dukungan kebijakan berupa peraturan yang mendukung pembinaan PHBS di Tempat Umum yang dikelolanya.
- b. Menyediakan sarana/fasilitas (air bersih, jamban sehat, tempat sampah, dan lain-lain) untuk mendukung PHBS di Tempat Umum yang dikelolanya.
- c. Menyediakan dana dan sumber daya lain yang diperlukan untuk pembinaan PHBS di Tempat Umum yang dikelolanya, termasuk Klinik Konsultasi Kesehatan.

2. Tim Kesehatan

- a. Menyusun rencana, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi pembinaan PHBS di tempat umum.
- b. Menyelenggarakan Klinik Konsultasi Kesehatan.
- c. Melaksanakan promosi kesehatan dalam rangka pembinaan PHBS bagi pengunjung tempat umum.

I. TATANAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1. Pemilik/Pengelola Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- a. Memberikan dukungan kebijakan berupa peraturan yang mendukung pembinaan PHBS di Fasilitas Kesehatan yang dikelolanya.
- b. Menyediakan sarana/fasilitas (air bersih, jamban sehat, tempat sampah, dan lain-lain) untuk mendukung PHBS di Fasilitas Kesehatan yang dikelolanya.
- c. Menyediakan dana dan sumber daya lain yang diperlukan untuk pembinaan PHBS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dikelolanya.

2. Petugas Kesehatan

- a. Melaksanakan pemberdayaan terhadap individu pasien/klien dalam pelaksanaan tugas sehari-harinya.
- b. Melaksanakan kunjungan rumah dan pemberdayaan keluarga bilamana diperlukan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

3. Petugas Promosi Kesehatan

- a. Mendukung pelaksanaan pemberdayaan oleh petugas kesehatan lain melalui penyediaan alat peraga, pelaksanaan bina suasana, dan advokasi.
- b. Ikut melaksanakan pengorganisasian masyarakat di desa dan keluarahan wilayah kerjanya dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

BAB V PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. PEMANTAUAN

Sebagaimana disebutkan di atas, untuk melihat keberhasilan pembinaan PHBS, yang diukur atau dievaluasi adalah PHBS di tatanan rumah tangga. Namun demikian disadari bahwa hasil akhir ini sangat dipengaruhi oleh hasil-hasil antara, yaitu PHBS di berbagai tatanan lain. Oleh sebab itu, kemajuan dalam pembinaan PHBS di tatanan lain tersebut dan di tatanan rumah tangga harus dipantau. Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan lain dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan memanfaatkan data dari sistem Informasi PHBS yang terintegrasi dalam sistem Informasi Kementerian terkait. Hasil pengolahan data diumpun-balikkan untuk tujuan perbaikan.

1. Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan institusi pendidikan menggunakan data dari sistem informasi PHBS tatanan institusi pendidikan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Agama.
2. Pemantauan pembinaan PHBS di Tatanan Tempat Kerja menggunakan data dari sistem informasi PHBS tatanan tempat kerja yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi,
3. Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan tempat umum menggunakan data dari sistem informasi PHBS tatanan tempat umum yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kementerian Kebudayaan Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, Kementerian Perhubungan dan Kementerian Perdagangan.
4. Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan data dari sistem informasi PHBS Fasilitas Kesehatan yang terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).
5. Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga dilaksanakan dengan memanfaatkan kegiatan Lomba Desa dan Kelurahan yang berlangsung setiap tahun dan berjenjang. Panitia Lomba Desa dan Kelurahan diberi tugas tambahan untuk mengevaluasi pembinaan PHBS di Rumah Tangga. Di samping itu juga melalui pencatatan dan pelaporan PHBS dalam SIKNAS dari Kementerian Kesehatan dan data Profil Desa dari Kementerian Dalam Negeri.

Selain menggunakan data dari Sistem Informasi PHBS, pemantauan juga dapat dilakukan dengan melaksanakan supervisi dan bimbingan secara berkala dan sewaktu-waktu. Dengan supervisi dan bimbingan, kesulitan-kesulitan yang dihadapi di tingkat pelaksanaan dapat segera diatasi.

B. EVALUASI

Evaluasi dilakukan terhadap dampak pembinaan PHBS, yaitu yang berupa perubahan perilaku masyarakat di tatanan rumah tangga. Evaluasi dilakukan beberapa tahun sekali dengan menyelenggarakan survai secara

nasional terhadap masyarakat. Oleh karena survai secara nasional memerlukan biaya yang cukup besar, maka evaluasi terhadap keberhasilan pembinaan PHBS diintegrasikan dengan survai-survai yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Riset Kesehatan Dasar dan oleh Badan Pusat Statistik (Susenas, SDKI, dan lain-lain). Frekuensi evaluasi pembinaan PHBS dengan demikian mengikuti frekuensi penyelenggaraan survai-survai tersebut.

C. INDIKATOR KEBERHASILAN

Keberhasilan pembinaan PHBS dapat dilihat dari pencapaian upaya-upaya yang dilakukan di pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, desa, kelurahan, dan di berbagai tatanan lain sebagai berikut.

1. Pusat

- a. Adanya kebijakan nasional yang mendukung operasionalisasi pembinaan PHBS di semua tatanan.
- b. Terlaksananya advokasi terhadap Pemerintah Provinsi dan pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- c. Terselenggaranya bina suasana lingkup nasional yang mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- d. Adanya sistem informasi nasional PHBS yang terintegrasi di sistem-sistem informasi Kementerian terkait.
- e. Adanya dan tersosialisasikannya petunjuk pelaksanaan pembinaan PHBS di semua tatanan.
- f. Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*training of trainers – TOT*) pembinaan PHBS untuk aparaturnya provinsi.
- g. Teralokasikannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pembinaan PHBS.
- h. Terselenggaranya pertemuan berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan pembinaan PHBS di semua tatanan.
- i. Adanya pembinaan PHBS di semua tatanan yang terintegrasi secara berjenjang.

2. Provinsi

- a. Adanya kebijakan koordinatif yang mendukung operasionalisasi pembinaan PHBS di semua tatanan.
- b. Terlaksananya advokasi terhadap Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota serta pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- c. Terselenggaranya bina suasana lingkup provinsi yang mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
- d. Adanya Sistem Informasi PHBS lingkup provinsi yang terintegrasi di sistem informasi Kementerian terkait.

- e. Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*training of trainers – TOT*) pembinaan PHBS untuk aparatur kabupaten dan kota.
 - f. Terselenggaranya pertemuan berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - g. Adanya pembinaan PHBS di semua tatanan yang terintegrasi secara berjenjang.
3. Kabupaten/Kota
- a. Adanya kebijakan koordinatif yang mendukung operasionalisasi pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - b. Terlaksananya advokasi terhadap Pemerintah Kecamatan dan pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - c. Terselenggaranya bina suasana lingkup kabupaten/kota yang mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - d. Adanya Sistem Informasi PHBS lingkup kabupaten/kota yang terintegrasi di sistem informasi Kementerian terkait.
 - e. Terselenggaranya pelatihan pembinaan PHBS untuk para pengelola institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, fasilitas pelayanan kesehatan, aparatur desa dan kelurahan, KPM, lembaga kemasyarakatan, dan pihak-pihak lain.
 - f. Terselenggaranya pertemuan berkala (minimal 3 kali setahun) untuk pemantauan pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - g. Adanya pembinaan PHBS di semua tatanan yang terintegrasi secara berjenjang.
4. Kecamatan
- a. Terkoordinasinya penerapan kebijakan terkait dengan pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - b. Terlaksananya advokasi terhadap aparat desa dan kelurahan serta pihak-pihak lain untuk mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - c. Terselenggaranya bina suasana lingkup kecamatan yang mendukung pembinaan PHBS di semua tatanan.
 - d. Adanya Sistem Informasi PHBS lingkup kecamatan yang terintegrasi di sistem informasi Kementerian terkait.
 - e. Adanya pembinaan PHBS di semua tatanan yang terintegrasi secara berjenjang.
5. Desa/Kelurahan (Tatanan Rumah Tangga)
- a. Adanya peraturan di desa atau kelurahan yang melandasi pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
 - b. Adanya peran aktif pemuka masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam pembinaan PHBS di Rumah Tangga.
 - c. Meningkatkan persentase Rumah Tangga ber-PHBS.

6. Tatanan Institusi Pendidikan

Terwujudnya Institusi Pendidikan Ber-PHBS, dengan indikator:

- a. Tersedia sarana untuk mencuci tangan menggunakan sabun.
- b. Tersedia sarana untuk mengonsumsi makanan dan minuman sehat.
- c. Tersedia jamban sehat.
- d. Tersedia tempat sampah.
- e. Terdapat larangan untuk tidak merokok.
- f. Terdapat larangan untuk tidak mengonsumsi napza.
- g. Terdapat larangan untuk tidak meludah di sembarang tempat.
- h. Terdapat kegiatan memberantas jentik nyamuk secara rutin

7. Tatanan Tempat Kerja

Terwujudnya Tempat Kerja Ber-PHBS, dengan indikator:

- a. Tersedia sarana untuk mencuci tangan menggunakan sabun.
- b. Tersedia sarana untuk mengonsumsi makanan dan minuman sehat.
- c. Tersedia jamban sehat.
- d. Tersedia tempat sampah.
- e. Terdapat peraturan berkaitan dengan K3.
- f. Terdapat larangan untuk tidak merokok.
- g. Terdapat larangan untuk tidak mengonsumsi napza.
- h. Terdapat larangan untuk tidak meludah di sembarang tempat.
- i. Terdapat kegiatan memberantas jentik nyamuk secara rutin

8. Tatanan Tempat Umum

Terwujudnya Tempat Umum Ber-PHBS, dengan indikator:

- a. Tersedia sarana untuk mencuci tangan menggunakan sabun.
- b. Tersedia jamban sehat.
- c. Tersedia tempat sampah.
- d. Terdapat larangan untuk tidak merokok.
- e. Terdapat larangan untuk tidak mengonsumsi napza.
- f. Terdapat larangan untuk tidak meludah di sembarang tempat.
- g. Terdapat kegiatan memberantas jentik nyamuk secara rutin

9. Tatanan Fasilitas pelayanan kesehatan

Terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan Ber-PHBS, dengan indikator:

- a. Tersedia sarana untuk mencuci tangan menggunakan sabun.

- b. Tersedia sarana untuk mengonsumsi makanan dan minuman sehat.
- c. Tersedia jamban sehat.
- d. Tersedia tempat sampah.
- e. Terdapat peraturan berkaitan dengan K3.
- f. Terdapat larangan untuk tidak merokok.
- g. Terdapat larangan untuk tidak mengonsumsi napza.
- h. Terdapat larangan untuk tidak meludah di sembarang tempat.
- i. Terdapat kegiatan memberantas jentik nyamuk secara rutin

Untuk indikator keberhasilan di tatanan-tatanan, dapat pula ditambahkan indikator-indikator yang spesifik lokal.

BAB VI PENUTUP

Keberhasilan pembangunan kesehatan dalam mencapai sasaran strategis tahun 2014 dan target-target *Millennium Development Goals* tahun 2015 sangat ditentukan oleh keberhasilan dalam menciptakan dan melestarikan perilaku hidup masyarakat yang berorientasi kepada kebersihan dan kesehatan. Oleh sebab itu upaya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan upaya sangat strategis yang harus menjadi perhatian para pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, yang dijadikan tolok ukur keberhasilan pembinaan PHBS adalah persentase rumah tangga yang sudah mempraktikkan PHBS. Namun disadari bahwa PHBS di rumah tangga memiliki hubungan saling-pengaruh dengan PHBS di tatanan-tatanan lain, yaitu institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Maka jika diinginkan keberhasilan dalam pembinaan PHBS di rumah tangga, pembinaan PHBS harus dilaksanakan di semua tatanan. Dengan demikian, pembinaan PHBS tidak hanya melibatkan dua atau tiga sektor saja, melainkan banyak sektor. Kerjasama dan keterpaduan antar-berbagai sektor tersebut diperlukan dalam rangka akselerasi pencapaian sasaran yang telah ditetapkan. Komitmen dan aliansi strategis berbagai pihak, termasuk swasta dan dunia usaha dapat dikembangkan, sehingga kebijakan-kebijakan dan kegiatan-kegiatan dalam rangka pembinaan PHBS di semua tatanan terkoordinasi dengan baik. Kapasitas pengelola tatanan dapat ditingkatkan, sehingga pembinaan PHBS tidak lagi sekedar merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah, melainkan juga seluruh komponen masyarakat. Akses informasi tentang kesehatan bagi masyarakat di semua tatanan meningkat, dan dengan demikian gerakan dan peranserta masyarakat, khususnya di bidang kesehatan, menjadi semakin kuat.

Pedoman ini disusun dalam rangka mengupayakan kerjasama dan keterpaduan tersebut. Namun demikian, agar kerjasama menjadi lebih efektif, sejumlah petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis harus segera disusun menyusul terbitnya pedoman ini.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH