



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

19

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1426/MENKES/SK/XII/2006**

TENTANG

PETUNJUK TEKNIS PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit perlu dikembangkan berbagai upaya diantaranya melalui peningkatan promosi kesehatan Rumah Sakit;
 - b. bahwa pelaksanaan Kebijakan Promosi Kesehatan yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/ SK/VIIX/ 2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, khususnya yang berkaitan dengan Promosi Rumah Sakit, perlu dijabarkan lebih lanjut secara rinci;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
 3. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/ Per/ II/1988 tentang Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/Menkes/SK/ VI/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/Menkes/ SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1547/Menkes/SK/ X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1193/Menkes/SK / X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/ X/2004 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/partemen Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005 -2009.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT**
- Kedua : Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Setiap Rumah Sakit dalam melaksanakan promosi Rumah Sakit agar mengacu pada Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan sebagaimana dimaksud Diktum Kedua.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Keempat : Pembinaan dan Pengawasan pelaksanaan Petunjuk Teknis dimaksud Diktum Kedua dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mengikutsertakan organisasi profesi dan masyarakat sesuai fungsi masing-masing.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Desember 2006



MENTERI KESEHATAN,

[Handwritten Signature]
Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1426/MENKES/SK/XII/2006
Tanggal : 20 Desember 2006**

PETUNJUK TEKNIS PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT

I. PENDAHULUAN

Amandemen Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik, sejahtera, dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 4 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Selanjutnya pasal 10 menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan kesehatan, yang meliputi peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan ber-kesinambungan.

Sementara itu, Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia (Tap MPR RI) Nomor X Tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan mengamanatkan perlunya dilakukan pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang, termasuk bidang kesehatan.

Dalam rangka menindaklanjuti Tap MPR RI Nomor X Tahun 1998, telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 131/MENKES/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Keputusan Menteri Kesehatan tersebut menyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang termasuk dalam Subsistem Upaya Kesehatan. Fungsi rumah sakit adalah melakukan upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat, di mana promosi kesehatan merupakan upaya pelayanan yang harus dilaksanakan.

Mengacu kepada peraturan perundang-undangan tersebut di atas, kiranya dapat dinyatakan bahwa di setiap rumah sakit harus dilaksanakan upaya peningkatan kesehatan, salah satunya melalui kegiatan promosi kesehatan. Untuk itu, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah juga mencakup pedoman (umum) tentang pelaksanaan promosi kesehatan di rumah sakit.

Dalam rangka memberikan panduan yang lebih terinci tentang bagaimana seyogianya promosi kesehatan oleh rumah sakit dilaksanakan, maka disusunlah buku "Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)"



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

ini sebagai penjabaran dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/MENKES/SK/VII/ 2005 tersebut di atas.

Buku Petunjuk ini disusun dalam sembilan bab, dengan sistematika sebagai berikut. *Bab I: Pendahuluan* menjelaskan tentang landasan hukum dan pentingnya disusun Petunjuk Teknis serta sistematika dari Petunjuk Teknis. *Bab II: Pengertian Rumah Sakit* menguraikan secara umum tentang hakikat Rumah Sakit, perkembangan Rumah Sakit di Indonesia, jenis-jenis Rumah Sakit, dan fungsi-fungsi yang harus diselenggarakan Rumah Sakit.

Dalam bab ini juga sedikit diuraikan tentang reformasi perumahsakit, untuk sampai kepada tuntutan tentang perlunya dikembangkan Rumah Sakit Promotor Kesehatan (*health promoting hospital*). *Bab III: Pengertian Promosi Kesehatan oleh Rumah Sakit* membahas secara garis besar pengertian Promosi Kesehatan, persamaan dan perbedaannya dengan Pemasaran Rumah Sakit dan Kehumasan Rumah Sakit, serta uraian tentang peluang dan strategi dasar Promosi Kesehatan di Rumah Sakit. Dalam bab ini diuraikan secara umum kegiatan pemberdayaan, baik bagi pasien (orang sakit) rawat jalan dan rawat inap maupun klien (orang sehat). Dukungan bagi pemberdayaan, yaitu bina suasana dan advokasi juga disinggung di sini, demikian juga hal-hal yang memperkuat pelaksanaan strategi, yaitu kemitraan, metode dan media serta sumber daya. *Bab IV: Pelaksanaan Promosi Kesehatan Bagi Pasien* menyajikan secara terinci tentang bagaimana cara menerapkan strategi pemberdayaan, bina suasana dan advokasi dalam rangka PKRS bagi pasien rawat jalan dan rawat inap. Dalam bab ini diuraikan tentang berbagai cara pemberdayaan yang efektif seperti konseling, biblioterapi, dan lain-lain, berbagai cara bina suasana yang efektif melalui pendekatan individu, kelompok, dan massal, serta siapa yang harus diadvokasi dan bagaimana melaksanakannya. *Bab V: Pelaksanaan Promosi Kesehatan Bagi Klien Sehat* menjelaskan secara terinci tentang bagaimana cara menerapkan strategi pemberdayaan, bina suasana dan advokasi dalam rangka PKRS bagi klien yang berupa orang-orang sehat. *Bab VI: Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Luar Gedung RS* membahas tentang bagaimana memanfaatkan peluang promosi kesehatan di luar gedung, seperti di tempat parkir, di taman RS, dan lain-lain. *Bab VII: Langkah-langkah Pengembangan PKRS* menguraikan tentang langkah-langkah yang sebaiknya ditempuh oleh sebuah RS dalam rangka mengembangkan PKRSnya. *Bab VIII: Indikator Keberhasilan* menjelaskan tentang hal-hal apa yang sebaiknya digunakan sebagai penunjuk dalam menilai keberhasilan pelaksanaan PKRS, baik PKRS untuk pasien (orang sakit) maupun PKRS untuk klien (orang sehat). *Bab IX: Penutup* menyimpulkan pokok-pokok yang penting diingat dan diperhatikan dalam pengembangan PKRS.

II. PENGERTIAN RUMAH SAKIT

A. PERUMAHSAKITAN DI INDONESIA

Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata dalam bahasa Latin *hospitalis* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Memang menurut



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

sejarahnya, *hospital* atau rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang beruntung atau miskin, berusia lanjut, cacat, atau para pemuda.

Di Indonesia, evolusi rumah sakit dimulai dengan munculnya rumah sakit-rumah sakit milik misi keagamaan yang pelayanannya bersifat kedermawanan. Selanjutnya muncul rumah sakit-rumah sakit milik perusahaan yang dibangun khusus untuk melayani karyawan perusahaan (misalnya perkebunan, pertambangan, dan lain-lain). Setelah itu lalu muncul rumah sakit-rumah sakit yang berasal dari praktik pribadi dokter, atau kadang-kadang juga praktik pribadi bidan, yang mula-mula berkembang menjadi klinik. Beberapa dasawarsa terakhir, muncullah rumah sakit-rumah sakit yang dibangun sepenuhnya oleh pemilik modal yang bukan dokter.

Setelah kemerdekaan, perumahsakit di Indonesia berkembang pesat, sehingga muncul berbagai macam rumah sakit, baik milik swasta maupun milik pemerintah. Secara garis besar dapat dibedakan adanya dua kategori rumah sakit, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/MENKES/PER/II/1988 mencatumkan pengertian tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit Umum, dan Rumah Sakit Khusus sebagai berikut.

- Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata, dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian.
- Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit, mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan subspecialistik sesuai dengan kemampuannya.
- Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk jenis penyakit tertentu atau berdasarkan disiplin ilmu tertentu.

Rumah Sakit tidak boleh dipandang sebagai suatu entitas yang terpisah dan berdiri sendiri dalam sektor kesehatan. Rumah Sakit adalah bagian dari sistem kesehatan dan perannya adalah mendukung pelayanan kesehatan dasar melalui penyediaan fasilitas rujukan dan mekanisme bantuan. Menurut Organisasi Kesehatan Sedunia atau *World Health Organization (WHO)*, "Rumah Sakit harus terintegrasi dalam sistem kesehatan di mana ia berada. Fungsinya adalah sebagai pusat sumber daya bagi peningkatan kesehatan masyarakat di wilayah yang bersangkutan."



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Berdasar kepemilikannya, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan ke dalam dua jenis, yaitu:

- Rumah sakit milik Pemerintah, yang meliputi:
 - Rumah Sakit Pusat milik Departemen Kesehatan.
 - Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Provinsi.
 - Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Kabupaten/Kota.
 - Rumah Sakit milik Tentara Nasional Indonesia (TNI).
 - Rumah Sakit milik Kepolisian Republik Indonesia (Polri).
 - Rumah Sakit milik Departemen di luar Departemen Kesehatan (termasuk milik Badan Usaha Milik Negara seperti Pertamina).
- Rumah Sakit milik Swasta, yang meliputi:
 - Rumah Sakit milik Yayasan.
 - Rumah Sakit milik Perseroan.
 - Rumah Sakit milik Penanam Modal (Dalam Negeri & Luar Negeri).
 - Rumah Sakit milik Badan Hukum lain.

Sesuai dengan Keputusan Presiden R.I. Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah, Rumah Sakit Daerah dapat berupa rumah sakit milik Pemerintah Provinsi dan milik Pemerintah Kabupaten/Kota. Menurut Keputusan Presiden tersebut, rumah sakit Daerah dapat berbentuk Lembaga Teknis Daerah (LTD) atau Badan Usaha Milik Daerah (BUMD). Penentuan kelembagaan RSUD ini disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, dan kemampuan Daerah. Selanjutnya dalam Bab IV tentang Pengelolaan, Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 menyebutkan hal-hal sebagai berikut :

- Pengelolaan Rumah Sakit Daerah tanggung jawab Pimpinan Rumah Sakit Daerah.
- Rumah Sakit Daerah diberi kewenangan untuk memanfaatkan peluang pasar sesuai kemampuannya dengan tetap melaksanakan fungsi sosial.
- Rumah Sakit Daerah dapat melakukan kerjasama dengan pihak ketiga dengan berpedoman kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Rumah Sakit Daerah mempunyai kewenangan di bidang pengelolaan personil, keuangan, dan perlengkapan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Untuk pengelolaan Rumah Sakit Daerah, Pemerintah Daerah mengalokasikan dana melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang bersumber dari penerimaan fungsional Rumah Sakit, pendapatan asli daerah, dana perimbangan, hibah, pinjaman daerah, dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Adapun fungsi-fungsi yang harus diselenggarakan oleh Rumah Sakit adalah:

- Menyelenggarakan pelayanan medis, yang meliputi rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, bedah sentral, perawatan intensif, dan kegiatan pelayanan medis lain.
- Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non-medis, yang meliputi radiologi, farmasi, gizi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi, pemula-saraan jenazah, pemeliharaan sarana rumah sakit, dan penunjang medis lain.
- Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
- Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
- Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan.
- Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

B. REFORMASI PERUMAHSAKITAN DI INDONESIA

Reformasi perumahsakit di Indonesia sangat diperlukan mengingat masih banyaknya rumah sakit yang hanya menekankan pelayanannya kepada aspek kuratif dan rehabilitatif saja. Padahal keadaan ini menyebabkan rumah sakit menjadi sarana kesehatan yang "elit" dan terlepas dari sistem kesehatan di mana ia berada. Hal-hal berikut banyak dijumpai di lapangan.

- Rumah sakit menjadi organisasi pelayanan yang pasif menunggu datangnya pasien, tanpa memedulikan masalah-masalah kesehatan yang terjadi di luar dindingnya. Posisi menunggu ini mengakibatkan rumah sakit menjadi sulit berinteraksi dengan perubahan-perubahan di lingkungannya.
- Rumah sakit menjadi rentan terhadap perubahan karena sangat tergantung kepada subsidi dan tidak pernah terpikir untuk mengubah keadaan dengan mempengaruhi lingkungannya.
- Rumah sakit hanya memberikan pelayanan individual yang sesaat, tanpa memerhatikan dampak dari pelayanan tersebut terhadap kesehatan masyarakat.
- Rumah sakit tidak termasuk sebagai bagian integral dari subsistem upaya kesehatan dari sistem kesehatan di wilayah ia berada.
- Rumah sakit ditinggalkan oleh masyarakat karena tidak dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan yang mereka harapkan.
- Rumah sakit tidak memiliki wilayah cakupan kerja definitif, dengan akibat menyulitkan penetapan strategi dan penyusunan rencana kerja, sehingga tidak memungkinkan rumah sakit untuk ikut membina sarana-sarana kesehatan lain di wilayahnya secara efektif dan efisien.
- Rumah sakit tidak memiliki sumber daya yang memadai. Banyak Rumah Sakit tidak memiliki atau memiliki hanya sedikit sekali tenaga yang peduli terhadap pasien/klien dan masyarakat. Banyak Rumah Sakit tidak memiliki perangkat organisasi, tenaga, dana, sarana dan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

peralatan untuk berinteraksi secara efektif dengan masyarakat dan lingkungannya.

Mencermati fakta-fakta tersebut di atas, reformasi perumahsakitannya harus diarahkan kepada dua hal penting, yaitu:

- Perubahan orientasi rumah sakit ke arah peningkatan perhatian terhadap upaya-upaya promotif, sehingga rumah sakit menjadi Rumah Sakit Promotor Kesehatan (*Health Promoting Hospital*).
- Peningkatan sumber daya rumah sakit, yang meliputi peningkatan sumber daya manusia, baik secara kuantitatif maupun kualitatif, dan peningkatan sumber daya lain (organisasi, dana, sarana, dan peralatan) dalam rangka menjadi Rumah Sakit Promotor Kesehatan.

C. KLIEN RUMAH SAKIT

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 582/MENKES/SK/VI/1997 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Nomor HK.00.06.1.3.4812 Tahun 1997 menyatakan bahwa setiap Rumah Sakit harus menyediakan sebagian tempat tidurnya untuk masyarakat miskin. Bahkan peraturan sebelumnya, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/MENKES/PER/II/1988 menyebutkan 75% tempat tidur Rumah Sakit milik Pemerintah harus disediakan untuk masyarakat miskin. Untuk itu, maka bangsal-bangsal rawat inap di Rumah Sakit dibedakan ke dalam tiga kelas, yaitu: Kelas Utama, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III, di mana Kelas III adalah bagi masyarakat miskin.

Dengan demikian jelas bahwa klien rumah sakit pada hakikatnya adalah dua segmen, yaitu (1) masyarakat miskin, dan (2) masyarakat mampu. Menurut data yang ada saat ini, sebagian besar masyarakat miskin memang dalam keadaan sakit, sedangkan masyarakat mampu pada umumnya dalam keadaan sehat. Oleh sebab pembagian bangsal-bangsal dan karena sifat rumah sakit yang menunggu, rumah sakit umumnya hanya memerhatikan mereka yang sakit, baik dari segmen masyarakat miskin maupun segmen masyarakat mampu. Bahkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit justru memberikan pelayanannya lebih banyak (di atas 50%) kepada segmen masyarakat mampu yang menderita sakit.

Reformasi perumahsakitannya menghendaki adanya perhatian rumah sakit juga kepada mereka yang tidak sakit. Dengan demikian dapat dikatakan pula bahwa berdasarkan status kesehatannya, klien rumah sakit sebenarnya juga terdiri atas dua segmen, yaitu: (1) segmen masyarakat yang sakit, dan (2) segmen masyarakat yang sehat. Untuk mereka yang sakit memang sebaiknya diterapkan paradigma sakit, yaitu mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang terintegrasi dengan upaya preventif dan promotif.

Sedangkan untuk mereka yang sehat, hendaknya diterapkan paradigma sehat, yaitu mengutamakan upaya preventif dan promotif yang terintegrasi dengan upaya kuratif dan rehabilitatif.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Penerapan paradigma tersebut tentu akan sangat berpengaruh terhadap pendekatan yang harus dilaksanakan dalam promosi kesehatan. Terhadap mereka yang sakit, promosi kesehatan diutamakan kepada upaya untuk menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat yang mendukung atau bahkan mempercepat kesembuhan dan rehabilitasi dari sakitnya. Sedangkan terhadap mereka yang sudah sehat atau masih sehat, promosi kesehatan diutamakan kepada upaya untuk menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat serta gaya hidup sehat yang mendukung peningkatan kesehatan mereka dan pencegahan terhadap penyakit-penyakit.

Konsekuensi dari hal-hal tersebut di atas adalah bahwa rumah sakit harus menyediakan pelayanan-pelayanan yang tidak terbatas bagi mereka yang sakit saja (seperti rawat jalan dan rawat inap), melainkan juga pelayanan-pelayanan bagi mereka yang sehat (seperti pemeriksaan kesehatan, konsultasi kesehatan, imunisasi, bimbingan untuk kebugaran, bahkan juga pendidikan seks, keluarga berencana dan penyehatan lingkungan). Jika pelayanan-pelayanan demikian itu telah dapat diselenggarakan oleh rumah sakit, maka promosi kesehatan pun harus diselenggarakan dalam dua bentuk, yaitu promosi kesehatan terhadap pasien (mereka yang sakit), dan promosi kesehatan terhadap klien lain (mereka yang sehat).

III. PROMOSI KESEHATAN OLEH RUMAH SAKIT

A. PROMOSI KESEHATAN

Sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114 /MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, *promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.*

Menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu menghadapi masalah-masalah kesehatan potensial (yang mengancam) dengan cara mencegahnya, dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang sudah terjadi dengan cara menanganinya secara efektif serta efisien. Dengan kata lain, masyarakat mampu berperilaku hidup bersih dan sehat dalam rangka memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya (*problem solving*), baik masalah-masalah kesehatan yang sudah diderita maupun yang potensial (mengancam), secara mandiri (dalam batas-batas tertentu).

Jika definisi itu diterapkan di rumah sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: *Promosi Kesehatan oleh Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya RS untuk meningkatkan kemampuan pasien, klien, dan kelompok-kelompok masyarakat, agar pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya, klien dan kelompok-kelompok masyarakat dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah*



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

masalah-masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama mereka, sesuai sosial budaya mereka, serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Mencermati rumusan tersebut di atas, tampak bahwa PKRS memang memiliki persamaan dan sekaligus perbedaan dengan kegiatan pemasaran (*marketing*) rumah sakit dan kegiatan kehumasan (*public relation*) rumah sakit. Persamaannya terutama terletak pada sasaran (*target group*), sedang perbedaannya adalah sebagai berikut.

PKRS	Pemasaran RS	Humas RS
<ul style="list-style-type: none">• Pasien dan klien RS serta masyarakat tahu, mau dan mampu ber-PHBS untuk menangani masalah-masalah kesehatan.• Lingkungan RS aman, nyaman, bersih dan sehat, kondusif untuk PHBS.	<ul style="list-style-type: none">• Tersedianya pelayanan kesehatan yang layak "jual", dengan harga yang dapat dijangkau masyarakat.• Tumbuhnya permintaan (<i>demand</i>) akan pelayanan yang "dijual".	<ul style="list-style-type: none">• Tersebarnya informasi seluk-beluk RS.• Dapat diketahuinya isu/ umpan balik dari masyarakat.• Dapat disampaikannya respon terhadap isu-isu tentang RS.

Oleh karena itu, tidak jarang rumah sakit yang menggabungkan ketiga kegiatan tersebut dalam satu wadah organisasi, walaupun banyak pula yang memilih untuk memisahkannya.

B. PELUANG PROMOSI KESEHATAN

Banyak sekali tersedia peluang untuk melaksanakan promosi kesehatan di RS. Secara umum peluang itu dapat dikategorikan sebagai berikut.

• Di Dalam Gedung

Di dalam gedung RS, PKRS dilaksanakan seiring dengan pelayanan yang diselenggarakan rumah sakit. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa di dalam gedung, terdapat peluang-peluang:

- PKRS di ruang Pendaftaran/Administrasi, yaitu di ruang di mana pasien/klien harus melapor/mendaftar sebelum mendapatkan pelayanan RS.
- PKRS dalam pelayanan Rawat Jalan bagi Pasien, yaitu di poliklinik-poliklinik seperti poliklinik kebidanan dan kandungan, poliklinik anak, poliklinik mata, poliklinik bedah, poliklinik penyakit dalam, poliklinik THT, dan lain-lain.
- PKRS dalam pelayanan Rawat Inap bagi Pasien, yaitu di ruang-ruang Rawat Darurat, Rawat Intensif, dan Rawat Inap.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- PKRS dalam pelayanan Penunjang Medik bagi Pasien, yaitu terutama di Pelayanan Obat/Apotik, Pelayanan Laboratorium, dan Pelayanan Rehabilitasi Medik, bahkan juga Kamar Mayat.
 - PKRS dalam pelayanan bagi Klien (Orang Sehat), yaitu seperti di Pelayanan KB, Konseling Gizi, Bimbingan Senam, Pemeriksaan Kesehatan (*check up*), Konseling Kesehatan Jiwa, Konseling Kesehatan Remaja, dan lain-lain.
 - PKRS di ruang Pembayaran Rawat Inap, yaitu di ruang di mana pasien rawat inap harus menyelesaikan pembayaran biaya rawat inap, sebelum meninggalkan RS.
- **Di Luar Gedung**
Jangan dikira bahwa di luar gedung RS tidak tersedia peluang untuk melakukan PKRS. Kawasan luar gedung RS pun dapat dimanfaatkan secara maksimal untuk PKRS, yaitu misalnya:
- PKRS di Tempat Parkir, yaitu pemanfaatan ruang yang ada di lapangan/gedung parkir sejak dari Bangunan Gardu Parkir sampai ke sudut-sudut lapangan /gedung parkir.
 - PKRS di Taman RS, yaitu baik taman-taman yang ada di depan, samping/sekitar maupun di dalam/halaman dalam RS.
 - PKRS di dinding luar RS.
 - PKRS di kantin/warung-warung/toko-toko/kios-kios yang ada di kawasan RS.
 - PKRS di tempat ibadah yang tersedia di RS (misalnya mesjid atau musholla).
 - PKRS di pagar pembatas kawasan RS.

C. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Sebagaimana disebutkan dalam Kepmenkes No. 1193 tahun 2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan dan Kepmenkes No. 1114 tahun 2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, strategi dasar utama Promosi Kesehatan adalah (1) Pemberdayaan, yang didukung oleh (2) Bina Suasana, dan (3) Advokasi, serta dijiwai semangat (4) Kemitraan.

1. Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah ujung tombak dari upaya Promosi Kesehatan di RS. Pada hakikatnya pemberdayaan adalah upaya membantu atau memfasilitasi pasien/klien, sehingga memiliki pengetahuan, kemauan, dan kemampuan untuk mencegah dan atau mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya (*to facilitate problem solving*). Oleh karena itu, pemberdayaan hanya dapat dilakukan terhadap pasien/klien dan bukan kepada pihak-pihak lain seperti pengantar pasien, penjenguk pasien, atau pengunjung lain di luar pasien/klien.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Dalam pelaksanaannya, upaya ini umumnya berbentuk pelayanan konseling. Bagi klien rawat jalan dapat dibuka klinik konseling, baik untuk mereka yang menderita suatu penyakit (misalnya: klinik konseling penyakit dalam) maupun untuk mereka yang sehat (misal: klinik konseling gizi, klinik konseling KB). Bagi klien yang sehat dapat pula dibuka kelompok-kelompok diskusi, kelompok-kelompok senam, kelompok-kelompok paduan suara, dan lain-lain. Sedangkan bagi pasien rawat inap dapat dilakukan beberapa kegiatan, seperti misalnya: konseling di tempat tidur (disebut juga *bedside health promotion*), konseling kelompok (untuk penderita yang dapat meninggalkan tempat tidur), dan biblioterapi (menyediakan atau membacakan bahan-bahan bacaan bagi pasien).

Dengan pemberdayaan diharapkan pasien/klien berubah dari tidak tahu menjadi tahu, dari tahu menjadi mau, dan dari mau menjadi mampu untuk melaksanakan perilaku-perilaku yang dikehendaki guna mengatasi masalah kesehatannya.

Tantangan pertama dalam pemberdayaan adalah pada saat awal, yaitu pada saat meyakinkan seseorang bahwa suatu masalah kesehatan (yang sudah dihadapi atau yang potensial) adalah masalah bagi yang bersangkutan. Sebelum orang tersebut yakin bahwa masalah kesehatan itu memang benar-benar masalah bagi dirinya, maka ia tidak akan peduli dengan upaya apa pun untuk menolongnya. Tantangan berikutnya datang pada saat proses sudah sampai kepada mengubah pasien/klien dari mau menjadi mampu. Ada orang-orang yang walaupun sudah mau tetapi tidak mampu melakukan karena terkendala oleh sumber daya (umumnya orang-orang miskin). Tetapi ada juga orang-orang yang sudah mau tetapi tidak mampu melaksanakan karena malas. Orang yang terkendala oleh sumber daya tentu harus difasilitasi dengan diberi bantuan sumber daya yang dibutuhkan. Sedangkan orang yang malas dapat dicoba rangsang dengan "hadiah" (*reward*) atau harus "dipaksa" menggunakan peraturan dan sanksi (*punishment*).

Beberapa prinsip konseling yang perlu diperhatikan dan dipraktikkan oleh petugas RS selama pelaksanaan konseling adalah:

- **Memberikan kabar gembira dan kegairahan hidup.**
Pada saat memulai konseling, sebaiknya petugas RS sebagai konselor tidak langsung mengungkap masalah, kelemahan, atau kekeliruan pasien/klien. Konseling harus diawali dengan situasi yang menggembirakan, karena situasi yang demikianlah yang akan membuat pasien/klien menjadi tertarik untuk terlibat perbincangan. Saat perbincangan telah menjadi hangat, maka pancinglah pasien/klien untuk mengungkapkan sendiri masalah, kelemahan atau kekeliruannya.
- **Menghargai pasien/klien tanpa syarat.**
Menghargai pasien/klien adalah syarat utama untuk terjadinya hubungan konseling yang gembira dan terbuka. Cara menghargai



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ini dilakukan dengan memberikan ucapan-ucapan dan bahasa tubuh yang menghargai, tidak mencemooh atau meremehkan.

- **Melihat pasien/klien sebagai subyek dan sesama hamba Tuhan.**

Pasien/klien adalah juga manusia, sesama hamba Tuhan sebagaimana sang konselor. Oleh karena itu, konselor tidak boleh memandang dan memperlakukan pasien/klien secara semena-mena. Konselor harus mengendalikan kecen-derungan keinginannya untuk menasihati. Upayakan agar pasien/klien berbicara sebanyak-banyaknya tentang dirinya. Sementara itu, dengan sedikit pancingan-pancingan, pembicaraan diarahkan kepada pemecahan masalah yang dihadapi. Dengan demikian, maka seolah-olah "resep" pemecahan masalah itu datang dari diri pasien/klien itu sendiri. Yang demikian itu akan menjadikan komitmen kuat dari pasien/klien untuk melaksanakan pemecahan masalah tersebut.

- **Mengembangkan dialog yang menyentuh perasaan.**

Dalam hubungan konseling yang baik, konselor selalu berusaha untuk mengemukakan kata-kata dan butir-butir dialog yang menyentuh perasaan pasien/klien, sehingga memunculkan rasa syukur telah dipertemukan Tuhan dengan seorang penolong. Banyak konselor menggunakan pendekatan agama untuk membuat pasien/klien tersentuh hatinya.

- **Memberikan keteladanan.**

Keteladanan sikap dan perilaku konselor dapat menyentuh perasaan pasien/ klien, sehingga pada gilirannya ia ingin menyontoh pribadi konselornya. Keteladanan memang merupakan sugesti yang cukup kuat bagi pasien/klien untuk ber-ubah ke arah positif. Motivasi untuk berubah itu disebabkan oleh kepribadian, wawasan, keterampilan, kesalehan, dan kebajikan konselor terhadap pasien/ klien. Seolah-olah kepribadian teladan ini merupakan pesan keilahian yang memancar dari dalam diri sang konselor.

2. Bina Suasana

Pemberdayaan akan lebih cepat berhasil bila didukung dengan kegiatan menciptakan suasana atau lingkungan yang kondusif. Tentu saja lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan yang diperhitungkan memiliki pengaruh terhadap pasien/klien yang sedang diberdayakan. Kegiatan menciptakan suasana atau lingkungan yang kondusif ini disebut bina suasana.

Bagi pasien rawat jalan (orang yang sakit), lingkungan yang berpengaruh adalah keluarga atau orang yang mengantarkannya ke RS. Sedangkan bagi klien rawat jalan (orang yang sehat), lingkungan yang berpengaruh terutama adalah para petugas RS yang melayaninya. Mereka ini diharapkan untuk membantu memberikan penyuluhan kepada pasien/klien dan juga menjadi teladan dalam sikap



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

dan tingkah laku. Misalnya teladan tidak merokok, tidak meludah atau membuang sampah sembarangan, dan lain sebagainya.

Pengantar pasien (orang sakit) tentu tidak mungkin dipisahkan dari pasien untuk misalnya dikumpulkan dalam satu ruangan dan diceramahi. Oleh karena itu, metode yang tepat di sini adalah penggunaan media, seperti misalnya pembagian selebaran (*leaflet*), pemasangan poster, atau penayangan video tentang penyakit dari pasien.

Sedangkan bagi klien yang sehat, yang berkunjung ke klinik-klinik konseling atau ke kelompok senam, petugas-petugas RS yang melayani mereka sangat kuat pengaruhnya sebagai panutan. Maka, di tempat-tempat ini pengetahuan, sikap, dan perilaku petugas RS yang melayani harus benar-benar konsisten dengan pelayanan yang diberikannya. Misalnya: tidak merokok, tidak meludah atau membuang sampah sembarangan, dan lain sebagainya.

Bagi pasien rawat inap, lingkungan yang berpengaruh terutama adalah para penjenguk pasien (pembezuk). Pembagian selebaran dan pemasangan poster yang sesuai dengan penyakit pasien yang akan mereka jenguk dapat dilakukan. Selain itu, beberapa rumah sakit melaksanakan penyuluhan kelompok kepada para pembezuk ini, yaitu dengan mengumpulkan mereka yang menjenguk pasien yang sama penyakitnya dalam satu ruangan untuk mendapat penjelasan dan berdiskusi dengan dokter ahli dan perawat yang menangani penderita. Misalnya, tiga puluh menit sebelum jam bezuk, para penjenguk pasien penyakit dalam diminta untuk berkumpul dalam satu ruangan. Kemudian datang dokter ahli penyakit dalam atau perawat mahir yang mengajak para penjenguk ini berdiskusi tentang penyakit-penyakit yang diderita oleh pasien yang akan dijenguknya. Pada akhir diskusi, dokter ahli penyakit dalam atau perawat mahir tadi berpesan agar hal-hal yang telah didiskusikan disampaikan juga kepada pasien yang akan dijenguk.

Sementara itu, ruang di luar gedung RS juga dapat dimanfaatkan untuk melakukan bina susasana kepada para pengantar pasien, para penjenguk pasien, teman/ pengantar klien, dan pengunjung RS lainnya.

3. Advokasi

Advokasi perlu dilakukan, bila dalam upaya memberdayakan pasien dan klien, RS membutuhkan dukungan dari pihak-pihak lain. Misalnya dalam rangka mengupayakan lingkungan RS yang bebas asap rokok, RS perlu melakukan advokasi kepada wakil-wakil rakyat dan pimpinan daerah untuk diterbitkannya peraturan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang mencakup RS. Atau dalam rangka membantu pasien miskin, RS perlu melakukan advokasi ke berbagai pihak guna mendapatkan donasi bagi biaya transpor rawat jalan, pembuatan jamban keluarga, dan lain-lain.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Advokasi juga bukan merupakan proses yang sederhana. Selama perbincangan dalam advokasi, sasaran advokasi hendaknya diarahkan/dipandu untuk menempuh tahapan-tahapan: (1) memahami/menyadari persoalan yang diajukan, (2) tertarik untuk ikut berperan dalam persoalan yang diajukan, (3) mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan, (4) menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) menyampaikan langkah tindak lanjut. Jika kelima tahap-an tersebut dapat dicapai selama waktu yang disediakan untuk advokasi, maka dapat dikatakan advokasi tersebut berhasil. Langkah tindak lanjut yang tercetus di ujung perbincangan (misalnya dengan membuat disposisi pada usulan/proposal yang diajukan) menunjukkan adanya komitmen untuk memberikan dukungan.

Dengan demikian, selama perbincangan advokasi, sang advokator tidak boleh lengah, terus memantau perkembangan dalam diri sasaran advokasi, dalam hal tahapan-tahapan tadi. Namun tidak jarang, justru advokator terbawa melantur oleh perbincangan topik lain yang disodorkan balik oleh sasaran advokasi. Misalnya saja, advokasi tentang perlunya peraturan KTR, bisa melenceng memperbincangkan kompetisi sepak bola Piala Dunia, jika sasaran advokasi melempar isu tersebut dan tanpa sadar ditanggapi oleh advokator. Padahal saat itu, sasaran advokasi baru mencapai tahap "memahami persoalan yang diajukan."

Untuk menghindari terjadinya "melapetaka" ini, sejumlah ahli menyarankan agar advokasi tidak dilakukan oleh hanya seorang individu, melainkan dengan berjaringan. Artinya, sebelum melakukan advokasi, sang advokator terlebih dulu mengembangkan kemitraan dengan sejumlah pihak yang potensial. Dalam hal advokasi tentang KTR misalnya, pihak RS sebaiknya menggalang kemitraan dulu dengan LSM (misalnya LM3), media massa (misalnya wartawan Tempo), tokoh agama (misalnya seorang ulama), tokoh pendidikan (misalnya Ketua PGRI), dan lain-lain. Mereka ini diundang rapat beberapa kali untuk memantapkan kerjasama dan menyiapkan bahan advokasi. Maka ketika bahan advokasi sudah siap dan pembagian tugas sudah dilakukan (siapa berbicara tentang apa, dan siapa bertugas memantau perbincangan), berangkatlah tim advokasi tersebut bersama-sama, untuk misalnya, menghadap Walikota. Dengan demikian sang Walikota dihadapkan kepada suatu jejaring yang kompak dan kuat. Pepatah Ethiopia menyatakan "Apabila sarang laba-laba telah saling bertaut, seekor singa pun akan dapat terjat." "

Kata-kata kunci dalam penyiapan bahan advokasi adalah "Tepat, Lengkap, Akurat, dan Menarik". Artinya bahan advokasi harus dibuat:

- Sesuai dengan sasaran (latar belakang pendidikannya, jabatannya, budayanya, kesukaannya, dan lain-lain).
- Sesuai dengan lama waktu yang disediakan untuk advokasi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Mencakup unsur-unsur pokok, yaitu Apa, Mengapa, Di Mana, Bilamana, Siapa Melakukan, dan Bagaimana Melakukannya (5 W + 1 H).
- Memuat masalah dan pilihan-pilihan kemungkinan untuk memecahkan masalah.
- Memuat peran yang diharapkan dari sasaran advokasi.
- Memuat data pendukung, bila mungkin juga bagan, gambar, dan lain-lain.
- Dalam kemasan yang menarik (tidak menjemukan), ringkas, tetapi jelas, sehingga perbincangan tidak bertele-tele.

4. Kemitraan

Baik dalam pemberdayaan, maupun dalam bina suasana dan advokasi, prinsip-prinsip kemitraan harus ditegakkan. Kemitraan dikembangkan antara petugas RS dengan sasarannya (para pasien/kliennya atau pihak lain) dalam pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi. Di samping itu, kemitraan juga dikembangkan karena kesadaran bahwa untuk meningkatkan efektivitas PKRS, petugas RS harus bekerjasama dengan berbagai pihak terkait, seperti misalnya kelompok profesi, pemuka agama, lembaga swadaya masyarakat, media massa, dan lain-lain.

Tiga prinsip dasar kemitraan yang harus diperhatikan adalah (1) kesetaraan, (2) keterbukaan, dan (3) saling menguntungkan.

- **Kesetaraan.** Kesetaraan menghendaki tidak diciptakannya hubungan yang bersifat hirarkhis (atas-bawah). Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sederajat. Keadaan ini dapat dicapai bila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan, yaitu yang dilandasi kebersamaan atau kepentingan bersama.
- **Keterbukaan.** Dalam setiap langkah menjalin kerjasama, diperlukan adanya kejujuran dari masing-masing pihak. Setiap usul/saran/komentar harus disertai dengan itikad yang jujur, sesuai fakta, tidak menutup-tutupi sesuatu.
- **Saling menguntungkan.** Solusi yang diajukan hendaknya selalu mengandung keuntungan di semua pihak (*win-win solution*). Misalnya dalam hubungan antara petugas RS dengan pasien/kliennya, maka setiap solusi yang ditawarkan hendaknya juga berisi penjelasan tentang keuntungannya bagi si pasien/klien. Demikian juga dalam hubungan antara RS dengan pihak donatur.

Terdapat tujuh landasan (dikenal dengan sebutan: tujuh saling) yang harus diperhatikan dan dipraktikkan dalam mengembangkan kemitraan, yaitu: (1) Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing, (2) Saling mengakui kapasitas dan kemampuan masing-masing, (3) Saling berupaya untuk membangun hubungan, (4) Saling berupaya untuk mendekati, (5) Saling terbuka terhadap kritik/saran, serta mau membantu dan dibantu, (6) Saling mendukung



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

upaya masing-masing, dan (7) Saling menghargai upaya masing-masing.

D. PENDUKUNG DALAM PELAKSANAAN

Dalam pelaksanaannya, strategi dasar tersebut di atas harus diperkuat dengan (1) Metode dan Media yang tepat, serta tersedianya (2) Sumber Daya yang memadai.

1. Metode dan Media

Metode yang dimaksud di sini adalah metode komunikasi. Memang, baik pem-berdayaan, bina suasana, maupun advokasi pada prinsipnya adalah proses komunikasi. Oleh sebab itu perlu ditentukan metode yang tepat dalam proses tersebut. Pemilihan metode harus dilakukan secara cermat dengan memperhatikan kemas-an informasinya, keadaan penerima informasi (termasuk sosial budayanya), dan hal-hal lain seperti ruang dan waktu.

Media atau sarana informasi juga perlu dipilih dengan cermat mengikuti metode yang telah ditetapkan. Selain itu juga harus memperhatikan sasaran atau penerima informasi. Bila penerima informasi tidak bisa membaca misalnya, maka komunikasi tidak akan efektif jika digunakan media yang penuh tulisan. Atau bila penerima infor-masi hanya memiliki waktu yang sangat singkat, maka tidak akan efektif jika dipasang poster yang berisi kalimat terlalu panjang.

2. Sumber Daya

Sumber daya utama yang diperlukan untuk penyelenggaraan PKRS adalah tenaga (Sumber Daya Manusia atau SDM), sarana/peralatan termasuk media komunikasi, dan dana atau anggaran.

SDM utama untuk PKRS meliputi (1) semua petugas RS yang melayani pasien/ klien (dokter, perawat, bidan, dan lain-lain), serta (2) tenaga khusus promosi kese-hatan (yaitu para pejabat fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat).

Sementara itu, dalam Kepmenkes No. 1114 tahun 2005 disebutkan bahwa standar tenaga khusus promosi kesehatan untuk Rumah Sakit adalah:

Kualifikasi	Jumlah	Kompetensi Umum
• S1 Kesehatan/ Kesehatan Masyarakat	1 orang	- Membantu petugas RS lain merancang pemberdayaan
• D3 Kesehatan + minat & bakat di bidang promosi kesehatan	2 orang	- Membantu/fasilitasi pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sedangkan untuk standar sarana/peralatan promosi kesehatan Rumah Sakit disajikan daftar sebagai berikut.

No.	Jenis Sarana/Peralatan	Jumlah
1.	<i>Over Head Projector (OHP)</i>	1 buah
2.	<i>Amplifier & wireless microphone</i>	1 set
3.	Layar yang dapat digulung	1 buah
4.	Kamera Foto	1 buah
5.	<i>Cassette recorder/player</i>	1 buah
6.	TV di tiap ruang tunggu & ruang promosi kesehatan	1 buah
7.	<i>VCD/DVD player</i> di tiap ruang tunggu & ruang promkes	1 buah
8.	<i>Computer & printer</i>	1 set
9.	<i>Laptop & LCD Projector</i> untuk presentasi	1 set
10.	<i>Gadgets</i> kelengkapan <i>laptop</i> untuk presentasi	1 set
11.	<i>Public Address System (PSA)/Megaphone</i>	1 buah

Untuk dana atau anggaran PKRS memang sulit ditentukan standar, namun demikian diharapkan RS dapat menyediakan dana/anggaran yang cukup untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan PKRS.

IV. PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN BAGI PASIEN RUMAH SAKIT

A. PROMOSI KESEHATAN DI RUANG PENDAFTARAN

Begitu pasien masuk ke gedung RS, maka yang pertama kali harus dikunjunginya adalah Ruang/Tempat Pendaftaran, di mana terdapat loket untuk mendaftar. Mereka akan tinggal beberapa saat di Ruang Pendaftaran itu sampai petugas selesai mendaftar. Setelah pendaftaran selesai barulah mereka satu demi satu diarahkan ke tempat yang sesuai dengan pertolongan yang diharapkan.

Kontak awal dengan RS ini perlu disambut dengan promosi kesehatan. Sambutan itu berupa salam hangat yang dapat membuat mereka merasa tenteram berada di RS. Dengan salam hangat dan sedikit informasi tentang RS ini diharapkan mereka lalu merasa berada di tempat yang benar.

Media informasi yang digunakan di ruang ini sebaiknya berupa poster dalam bentuk *neon box* yang memuat foto dokter dan perawat yang ramah disertai kata-kata "Selamat Datang, Kami Siap Untuk Menolong Anda" atau yang sejenis. Syukur bila *neon box* ini juga dilengkapi dengan suara rekaman yang mengucapkan salam.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. PROMOSI KESEHATAN BAGI PASIEN RAWAT JALAN

Promosi Kesehatan bagi pasien rawat jalan berpegang kepada strategi dasar promosi kesehatan, yaitu pemberdayaan yang didukung oleh bina suasana dan advokasi.

1. Pemberdayaan

Idealnya pemberdayaan dilakukan terhadap seluruh pasien, yaitu di mana setiap petugas RS yang melayani pasien meluangkan waktunya untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien berkenaan dengan penyakitnya atau obat yang harus ditelannya. Tetapi jika hal ini belum mungkin dilaksanakan, maka dapat disediakan satu ruang khusus bagi para pasien rawat jalan yang memerlukan konsultasi atau ingin mendapatkan informasi.

Ruang konsultasi ini disediakan di setiap poliklinik dan dilayani oleh seorang dokter ahli atau perawat mahir (yang berkualifikasi) sesuai dengan poliklinik yang bersangkutan.

Di poliklinik mata misalnya, disediakan Ruang Konsultasi Kesehatan Mata yang dilayani oleh seorang dokter ahli mata atau perawat mahir kesehatan mata. Tugas melayani Ruang Konsultasi ini dapat digilir di antara dokter ahli mata atau perawat yang ada, yaitu mereka yang tidak bertugas di poliklinik, diberi tugas di Ruang Konsultasi.

Konsultasi seyogianya dilakukan secara individual. Namun demikian tidak tertutup kemungkinan dilakukannya konsultasi secara berkelompok (5-6 pasien sekaligus), jika keadaan mengijinkan. Jika demikian, maka Ruang Konsultasi ini sebaiknya cukup luas untuk menampung 6-7 orang.

Ruang Konsultasi sebaiknya dilengkapi dengan berbagai media komunikasi atau alat peraga yang sesuai dengan kebutuhan. Media komunikasi yang efektif digunakan di sini misalnya adalah lembar balik (*flash cards*), gambar-gambar atau model-model anatomi, dan tayangan menggunakan OHP atau *laptop & LCD*. Seorang pasien yang hendak dioperasi katarak, mungkin menginginkan penjelasan tentang proses operasi katarak tersebut. Jika demikian, maka selain penjelasan lisan, tentu akan lebih memuaskan jika dapat disajikan gambar-gambar tentang proses operasi tersebut. Bahkan lebih bagus lagi jika dapat ditayangkan rekaman tentang proses operasi katarak melalui *laptop & LCD* yang diproyeksikan ke layar.

2. Bina Suasana

Sebagaimana disebutkan di muka, pihak yang paling berpengaruh terhadap pasien rawat jalan adalah orang yang mengantarkannya ke RS. Mereka ini tidak dalam keadaan sakit, sehingga memungkinkan untuk mendapatkan informasi dari berbagai media komunikasi yang tersedia di poliklinik. Oleh karena itu di setiap poliklinik, khususnya di Ruang Tunggu, perlu dipasang poster-poster, disediakan selebaran (*leaflet*), atau dipasang televisi dan *VCD/DVD player* yang dirancang untuk secara terus-menerus menayangkan informasi tentang penyakit sesuai dengan poliklinik yang bersangkutan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Dengan mendapatkan informasi yang benar mengenai penyakit yang diderita pasien yang diantaranya, si pengantar diharapkan dapat membantu RS memberikan juga penyuluhan kepada pasien. Bahkan jika pasien yang bersangkutan juga dapat ikut memperhatikan *leaflet*, poster atau tayangan yang disajikan, maka seolah-olah ia berada dalam suatu lingkungan yang mendorongnya untuk berperilaku sesuai yang dikehendaki agar penyakit atau masalah kesehatan yang dideritanya dapat segera diatasi.

3. Advokasi

Advokasi bagi kepentingan penderita rawat jalan umumnya diperlukan jika penderita tersebut miskin. Biaya pengobatan dengan rawat jalan bagi penderita miskin memang sudah dibayar melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Akan tetapi bagi penderita miskin, tuntasnya pengobatan dengan rawat jalan tidak dapat dijamin jika mereka tidak memiliki biaya untuk transportasi dari tempat tinggalnya ke rumah sakit. Atau tidak memiliki dana untuk membangun jamban di rumahnya. Atau tidak memiliki dana untuk menyemen lantai dan memasang genting kaca rumahnya agar rumahnya tidak lembab. Oleh karena itu akan sangat membantu jika RS dapat menyediakan uang pengganti ongkos bagi penderita miskin. Mereka bisa menggunakan uang belanja terlebih dulu atau mungkin meminjam kepada orang lain, dan setelah itu RS akan menggantinya. Untuk itu tentu diperlukan suatu pengaturan khusus guna mencegah penyalahgunaan.

Agar mampu melakukan upaya membantu penderita miskin tersebut, RS dapat melakukan advokasi ke berbagai pihak, misalnya kepada para pengusaha sukses, untuk menyumbangkan dana. Dana ini selanjutnya dikelola secara khusus dengan manajemen yang transparan dan akuntabel, sehingga siapa pun dapat turut mengawasi penggunaannya. Pengelolaannya bisa melalui pembentukan yayasan atau lembaga fungsional lain di bawah kendali dari Direktur yang membawahi keuangan RS.

C. PROMOSI KESEHATAN BAGI PASIEN RAWAT INAP

Terdapat tiga kategori pasien rawat inap, yaitu (1) pasien yang sedang sakit akut, (2) pasien yang dalam penyembuhan, dan (3) pasien dengan penyakit kronis. Selama pasien sakit akut, semua perhatian dan tenaga pasien serta petugas RS dipusatkan pada upaya untuk menyelamatkan pasien dari ancaman maut dan dari penderitaan. Suasana seperti ini tentu tidak tepat untuk melakukan promosi kesehatan. Namun petugas RS sudah dapat mulai melakukan perencanaan upaya pemberdayaan jika nanti keadaan sudah memungkinkan.

Pada saat pasien sudah memasuki masa penyembuhan, umumnya pasien sangat ingin mengetahui seluk-beluk tentang penyakitnya. Walaupun ada juga pasien yang acuh tak acuh. Terhadap mereka yang antusias, pemberian informasi dapat segera dilakukan. Tetapi bagi mereka yang acuh tak acuh, proses pemberda-yaan harus dimulai dari awal, yaitu dari fase meyakinkan adanya masalah.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sementara itu, pasien dengan penyakit kronis dapat menunjukkan reaksi yang berbeda-beda, seperti misalnya apatis, agresif, atau menarik diri. Hal ini dikarenakan penyakit kronis umumnya memberikan pengaruh fisik dan kejiwaan serta dampak sosial kepada penderitanya. Kepada pasien yang seperti ini, kesabar-an dari petugas RS sungguh sangat diharapkan, khususnya dalam pelaksanaan pemberdayaan.

1. Pemberdayaan

Sebagaimana disebutkan di atas, pemberdayaan dilakukan terhadap pasien rawat inap pada saat mereka sudah dalam fase penyembuhan dan terhadap pasien rawat inap penyakit kronis (kanker, tuberkulosis, dan lain-lain). Terdapat beberapa cara pemberdayaan atau konseling yang dapat dilakukan dalam hal ini.

a. *Konseling Di Tempat Tidur*

Konseling di tempat tidur (*bedside conseling*) dilakukan terhadap pasien rawat inap yang belum dapat atau masih sulit meninggalkan tempat tidurnya dan harus terus berbaring. Dalam hal ini perawat mahir yang menjadi konselor harus mendatangi pasien demi pasien, duduk di samping tempat tidur pasien tersebut, dan melakukan pelayanan konseling.

Oleh karena harus berpindah dari satu tempat ke tempat lain, maka alat peraga atau media komunikasi yang digunakan haruslah yang mudah dibawa-bawa seperti lembar balik (*flashcards*), gambar-gambar atau foto-foto. Alat peraga tersebut sebaiknya sesedikit mungkin mencantumkan kata-kata atau kalimat. Jika di ruang perawatan pasien terdapat televisi, mungkin ia dapat membawa *VCD/DVD player* dan beberapa *VCD/DVD* yang berisi informasi tentang penyakit pasiennya.

b. *Biblioterapi*

Biblioterapi adalah penggunaan bahan-bahan bacaan sebagai sarana untuk membantu proses penyembuhan penyakit yang diderita pasien RS. Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, perpustakaan-perpustakaan yang dimiliki RS tidak hanya berperan dalam mendukung perkembangan pengetahuan petugas, melainkan juga dalam upaya penyembuhan pasien. Dalam hal ini, para pustakawan "menjajakan" bahan-bahan bacaan koleksinya dari tempat tidur ke tempat tidur pasien dengan sebuah kereta dorong. Para pasien boleh meminjam bahan bacaan yang diminati untuk beberapa lama, dan mengembalikan bahan bacaan yang telah selesai dibacanya. Bagi pasien yang tidak dapat membaca (misalnya karena sakit mata), maka biblioterapi dapat digabung dengan *bedside conseling*. Dalam hal ini perawat mahir akan membantu pasien membacakan sambil melakukan konseling.

Buku atau bahan bacaan memiliki sejumlah kelebihan dibanding media komunikasi lain. Umur keberadaan buku atau bahan bacaan di tengah-tengah manusia adalah paling panjang. Bahan bacaan juga lebih praktis penggunaannya, karena dapat digunakan di



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

mana saja, kapan saja, tanpa tergantung kepada listrik, batere, cuaca, dan peralatan-peralatan pendukung. Untuk mengulang-ulang isi yang belum dipahami, seseorang tidak perlu berepot-repot, cukup sekedar membalik-balik kertas. Bahan bacaan juga dapat menampung lebih banyak informasi. Memang, bahan bacaan juga memiliki kelemahan, khususnya karena ia menuntut kemampuan dan minat membaca dari pemakainya. Tapi kelemahan ini dapat ditutup jika para petugas RS memang benar-benar bersedia sebagai penolong pasien. Banyak contoh di mana mereka yang semula tidak gemar membaca, akhirnya menjadi kutu buku sekeluar dari RS, akibat ketekunan pustakawan atau perawat membimbingnya membaca.

c. *Konseling Berkelompok*

Terhadap pasien yang dapat meninggalkan tempat tidurnya barang sejenak, dapat dilakukan konseling secara berkelompok (3-6 orang). Untuk itu, maka di bangsal perawatan yang bersangkutan harus disediakan suatu tempat atau ruangan untuk berkumpul. Konseling berkelompok ini selain untuk meningkatkan pengetahuan serta mengubah sikap dan perilaku pasien, juga sebagai sarana bersosialisasi para pasien. Oleh karena itu, kegiatan ini dapat pula diselingi dengan rekreasi. Misalnya dengan sekali waktu menyelenggarakan konseling berkelompok ini di taman RS. Atau sekali waktu diselingi acara menyanyi dengan iringan gitar, organ, atau karaoke. Atau dengan makan siang bersama.

Untuk konseling berkelompok tentu sebaiknya digunakan alat peraga atau media komunikasi untuk kelompok. Lembar balik (*flashcards*) mungkin terlalu kecil jika digunakan di sini. Lebih baik digunakan media yang lebih besar seperti *flipchart*, poster, atau *standing banner*. Jika konseling kelompok dilakukan di ruangan, dapat digunakan *laptop*, *LCD projector* dan layarnya untuk menayangkan gambar-gambar atau bahkan film.

2. Bina Suasana

Lingkungan yang besar pengaruhnya terhadap pasien rawat inap adalah para penjenguk (pembezuk). Biasanya para pembezuk ini sudah berdatangan beberapa saat sebelum jam bezuk dimulai.

a. *Pemanfaatan Ruang Tunggu*

Agar para penjenguk tertib saat menunggu jam bezuk, sebaiknya RS menyediakan ruang tunggu bagi mereka. Jika demikian, maka ruang tunggu ini dapat digunakan sebagai sarana untuk bina suasana. Pada dinding ruang tunggu dapat dipasang berbagai poster cetakan atau poster dalam *neon box*. Juga dapat disediakan boks berisi selebaran atau *leaflet* yang boleh diambil secara gratis. Akan lebih baik lagi jika di ruang tunggu itu juga disediakan televisi yang menayangkan berbagai pesan kesehatan dari *VCD/DVD player*.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Dengan berbagai informasi tersebut diharapkan para pembezuik mendapat informasi yang nantinya dapat disampaikan juga kepada pasien yang akan dibezuknya.

b. Pembekalan Pembezuik Secara Berkelompok

Para pembezuik yang sedang menunggu jam bezuk, dapat pula dikumpulkan dalam ruangan-ruangan yang berbeda sesuai dengan penyakit pasien yang akan dibezuknya. Jadi, penjenguk pasien penyakit jantung misalnya, dikum-pulkan di ruang A, penjenguk pasien tuberkulosis dikumpulkan di ruang B, dan seterusnya. Setelah itu datang dokter spesialis jantung atau perawat mahir jantung ke ruang A, dokter spesialis paru atau perawat mahir paru ke ruang B, dan seterusnya. Dalam waktu 15 – 30 menit dokter spesialis atau perawat mahir tersebut memberikan penjelasan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan para pembezuik.

Sebelum menutup diskusi, yaitu beberapa menit sebelum jam bezuk dimulai, dokter spesialis atau perawat mahir menyampaikan pesan agar para pembezuik kiranya dapat membantu memberi penjelasan kepada pasien yang mereka bezuk agar proses penyembuhan menjadi lebih cepat.

c. Pendekatan Keagamaan

Suasana yang mendukung terciptanya perilaku untuk mempercepat penyembuhan penyakit juga dapat dilakukan dengan pendekatan keagamaan. Dalam hal ini para petugas RS, baik dengan upaya sendiri atau pun dengan dibantu pemuka agama, mengajak pasien untuk melakukan pembacaan doa-doa. Pembacaan doa-doa ini kemudian disambung dengan pemberian nasihat (*tausiyah*) oleh petugas RS atau oleh pemuka agama tentang pentingnya melaksanakan perilaku tertentu. Rujukan terhadap kitab suci untuk memperkuat nasihat biasanya dilakukan, sehingga pasien pun merasa lebih yakin akan kebenaran perilaku yang harus dilaksanakannya dalam rangka mempercepat penyembuhan penyakitnya.

Acara keagamaan ini dapat dilakukan untuk individu pasien ataupun untuk kelompok-kelompok pasien. Juga dapat melibatkan keluarga dan teman-teman pasien. Frekuensinya bisa seminggu sekali, sebulan dua kali, atau sebulan sekali, sesuai dengan kemampuan RS.

3. Advokasi

Untuk promosi kesehatan pasien rawat inap pun advokasi diperlukan, khususnya dalam rangka menciptakan kebijakan atau peraturan perundang-undangan sebagai rambu-rambu perilaku dan menghimpun dukungan sumber daya, khususnya untuk membantu pasien miskin.

Bagi pasien miskin, biaya untuk rawat inap juga sudah tercakup dalam program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Namun demikian, sebenarnya tidak hanya itu yang dibutuhkan oleh pasien miskin. Apa lagi jika yang harus dirawat inap di RS adalah



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

kepala keluarga yang bertugas menghidupi keluarganya. Dengan dirawat inapnya kepala keluarga, maka praktis pendapatan keluarga hilang atau setidak-tidaknya sangat berkurang. RS akan dapat mempercepat kesembuhan pasien, jika RS juga dapat membantu meringankan beban ekonomi keluarga dengan memberikan bantuan biaya hidup keluarga selama pasien dirawat inap.

Sebagaimana pada pasien rawat jalan, tuntasnya kesembuhan pasien miskin yang dirawat inap juga dipengaruhi oleh keadaan lingkungan, khususnya rumah pasien. Jika RS dapat juga membantu pasien miskin rawat inap untuk memugar rumahnya menjadi rumah sehat, membuat jamban keluarga, membuat sumber air, membuat saluran air limbah, dan lain-lain, maka berarti RS tidak hanya telah menolong individu pasien, melainkan juga telah membantu mengatasi masalah kesehatan masyarakat.

Dana yang dibutuhkan RS untuk melaksanakan bantuan-bantuan tersebut dapat digalang dari Pemerintah Daerah, donasi para dermawan dan pengusaha, serta sumber-sumber lain (misalnya organisasi internasional). Hal ini dilaksanakan melalui advokasi RS terhadap berbagai pihak, khususnya DPRD, Pemerintah Daerah, para dermawan dan para pengusaha.

Tentu diperlukan manajemen tersendiri untuk menangani bantuan tersebut. Untuk itu, RS dapat membentuk semacam Kelompok Kerja, yang bekerja secara profesional dan akuntabel.

4. Promosi Kesehatan di Tempat Pembayaran

Sebelum pulang, pasien rawat inap yang sudah sembuh atau kerabatnya harus dinggah dulu di tempat pembayaran. Di ruang perpisahan ini pasien/kerabatnya itu memang tidak berada terlalu lama. Namun hendaknya promosi kesehatan juga masih hadir, yaitu untuk menyampaikan salam hangat dan ucapan selamat jalan, semoga semakin bertambah sehat. Perlu juga disam-paikan bahwa kapan pun kelak pasien membutuhkan lagi pertolongan, jangan ragu-ragu untuk datang lagi ke RS.

Datang diterima dengan salam hangat, dan pulang pun diantar dengan salam hangat. Biarlah kenangan yang baik selalu tertanam dalam ingat pasien/kerabat-nya, sehingga mereka benar-benar menganggap RS sebagai penolong yang baik.

D. PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN PENUNJANG MEDIK

Dalam rangka pelayanan penunjang medik, PKRS terutama dapat dilaksanakan di Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Rontgen, Pelayanan Obat/ Apotik, dan Pelayanan Pemulasaraan Jenasah.

1. PKRS di Pelayanan Laboratorium

Di Pelayanan Laboratorium, selain dapat dijumpai pasien (orang sakit), juga klien (orang sehat), dan para pengantarnya. Kesadaran yang



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

ingin diciptakan dalam diri mereka adalah pentingnya melakukan pemeriksaan laboratorium, yaitu:

- Bagi pasien adalah untuk ketepatan diagnosis yang dilakukan oleh dokter.
- Bagi klien atau mereka yang sehat lainnya adalah untuk memantau kondisi kesehatan, agar dapat diupayakan untuk tetap sehat.

Pada umumnya pasien, klien atau pengantarnya tidak tinggal terlalu lama di Pelayanan Laboratorium. Oleh karena itu, di kawasan ini sebaiknya dilakukan promosi kesehatan dengan media swalayan (*self service*) seperti poster-poster yang ditempel di dinding atau penyediaan *leaflet* yang dapat diambil gratis.

2. PKRS di Pelayanan Rontgen

Sebagaimana di Pelayanan Laboratorium, di Pelayanan Rontgen pun umumnya pasien, klien, dan para pengantarnya tidak tinggal terlalu lama. Di sini kesadaran yang ingin diciptakan dalam diri mereka pun serupa dengan di Pelayanan Laboratorium, yaitu pentingnya melakukan pemeriksaan rontgen:

- Bagi pasien adalah untuk ketepatan diagnosis yang dilakukan oleh dokter.
- Bagi klien atau mereka yang sehat lainnya adalah untuk memantau kondisi kesehatan, agar dapat diupayakan untuk tetap sehat.

Dengan demikian, promosi kesehatan yang dilaksanakan di sini sebaiknya juga dengan memanfaatkan media swalayan seperti poster dan *leaflet*.

3. PKRS di Pelayanan Obat/Apotik

Di Pelayanan Obat/Apotik juga dapat dijumpai baik pasien, klien, maupun pengantarnya. Sedangkan kesadaran yang ingin diciptakan dalam diri mereka adalah terutama tentang:

- Manfaat obat generik dan keuntungan jika menggunakan obat generik.
- Kedisiplinan dan kesabaran dalam menggunakan obat, sesuai dengan petunjuk dokter.
- Pentingnya memelihara Taman Obat Keluarga (TOGA) dalam rangka memenuhi kebutuhan akan obat-obatan sederhana.

Di Pelayanan Obat/Apotik boleh jadi pasien, klien atau pengantarnya tinggal agak lama, karena menanti disiapkannya obat. Dengan demikian, selain poster dan *leaflet*, di kawasan ini juga dapat dioperasikan VCD/DVD *Player* dan televisinya yang menayangkan pesan-pesan tersebut di atas.

4. PKRS di Pelayanan Pemulasaraan Jenasah

Di Pelayanan Pemulasaraan Jenasah tentu tidak akan dijumpai pasien, karena yang ada adalah pasien yang sudah meninggal dunia. Yang akan dijumpai di kawasan ini adalah para keluarga atau teman-



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

teman pasien (jenasah) yang mengurus pengambilan jenasah dan transportasinya. Adapun kesadaran dan perilaku yang hendak ditanamkan kepada mereka adalah tentang pentingnya memantau dan menjaga kesehatan dengan mempraktikkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Namun perlu diingat bahwa di kawasan ini suasananya adalah suasana berkabung, sehingga tidak mungkin dilakukan promosi kesehatan yang formal dan ketat. Dengan demikian, cara yang paling tepat adalah dengan memasang poster-poster dan atau menyediakan *leaflet* untuk diambil secara gratis. Akan lebih menyentuh jika pesan-pesan dalam poster dan *leaflet* juga dikaitkan dengan pesan-pesan keagamaan.

V. PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN BAGI KLIEN SEHAT

Sebagaimana telah disebutkan, klien RS adalah mereka yang sehat, yang juga memerlukan pelayanan RS. Strategi PKRS bagi mereka serupa dengan strategi PKRS bagi pasien (orang sakit), yaitu pemberdayaan yang didukung oleh bina suasana dan advokasi.

A. PEMBERDAYAAN

Dalam rangka pemberdayaan terhadap klien sehat, RS dapat membentuk kelompok-kelompok diskusi, kelompok paduan suara, kelompok senam, selain membuka konseling berbagai aspek kesehatan.

1. Pengelolaan Kelompok Diskusi

Banyak anggota masyarakat yang dalam keadaan sehat ingin mempertahankan terus kesehatannya. Oleh karena itu, akhir-akhir ini media massa penyedia informasi kesehatan (seperti tabloid, majalah, koran, dan juga acara-acara radio dan televisi) semakin banyak penggemarnya. Peluang ini dapat ditangkap oleh RS dengan menyediakan sarana atau mengorganisasi interaksi masyarakat berujud Simposium, Seminar, Lokakarya, dan forum-forum diskusi lainnya. Bagi RS hal ini tidak merupakan sesuatu yang merepotkan, karena RS sendiri cukup memiliki sumber daya manusia yang dapat digunakan sebagai nara sumber dalam forum-forum tadi. Walaupun harus menggunakan nara sumber dari luar RS, pihak RS masih akan dapat mengupayakannya dengan mudah melalui jaringan kerjasama antar-RS atau antara RS dan perguruan tinggi.

Jika forum-forum seperti Simposium, Seminar, dan Lokakarya belum dapat diselenggarakan, RS dapat menyelenggarakan forum-forum diskusi kecil (10 – 20 orang), dengan mendayagunakan sumber daya manusia yang dimiliki RS. Jika perlu bahkan dapat dibentuk kelompok-kelompok diskusi dengan substansi tertentu (misalnya Kelompok Diskusi Penyakit Degeneratif, Kelompok Diskusi Kesehatan Ibu & Anak, Kelompok Diskusi Kesehatan Usia Lanjut, dan lain-lain. Diskusi kelompok dapat diselenggarakan secara reguler ataupun sewaktu-waktu.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Pengelolaan Kelompok Paduan Suara

Bernyanyi dipercaya orang sebagai salah satu jalan keluar (*outlet*) untuk mencegah stres. Jika demikian, maka RS dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat sehat yang ingin terhindar dari stres, dengan mengorganisasikan beberapa kelompok paduan suara. Mereka yang berminat didaftar dan diminta membayar kontribusi sejumlah tertentu, kemudian RS menyediakan tempat untuk berlatih dan instruktur.

Selain bermanfaat bagi individu-individu yang tergabung dalam kelompok, pada gilirannya kegiatan paduan suara juga akan bermanfaat bagi masyarakat. Misalnya, paduan suara ini dapat dimanfaatkan pada saat perayaan Peringatan Hari Kesehatan Nasional, Peringatan Hari Osteoporosis, Hari AIDS Sedunia, bahkan Hari Kemerdekaan Indonesia. RS sendiri dapat memanfaatkannya pada saat merayakan Ulang Tahun RS misalnya.

3. Penyelenggaraan Acara Rekreasi

Rekreasi juga dipercaya sebagai salah satu jalan keluar untuk mencegah stres. Oleh karena itu, RS tentu saja relevan jika mengorganisasikan pula pelayanan rekreasi bagi masyarakat umum. Syukur-syukur jika rekreasi ini dapat dikaitkan dengan upaya kesehatan, seperti misalnya mengunjungi taman-taman gizi, taman-taman obat keluarga, balai penelitian tanaman obat, posyandu, proses pengolahan makanan yang sehat, instalasi pengolahan limbah cair RS, instalasi pemrosesan sampah RS, instalasi penjernihan air, sekolah sehat, pesantren sehat, dan lain-lain. Kalaupun rekreasi itu dilakukan ke tempat-tempat wisata, kiranya dapat dipadukan dengan kegiatan diskusi kesehatan di alam terbuka.

4. Pengelolaan Kelompok Senam

Dengan semakin diidolakannya bentuk tubuh yang ramping tetapi sehat, saat ini semakin marak kegiatan senam di tengah masyarakat. RS tentunya juga dapat menangkap peluang ini dengan menawarkan pelayanan kelompok-kelompok senam.

Sebagaimana pada kelompok diskusi atau kelompok paduan suara, RS dapat mendaftarkan mereka yang berminat, untuk kemudian menyediakan fasilitas dan instruktur. Berbagai kelompok senam dapat dibentuk seperti misalnya Senam Hamil, Senam Kecantikan, Senam Kebugaran Usia Lanjut, bahkan juga Senam Balita.

5. Pelayanan Konseling

Banyak pelayanan konseling dapat diselenggarakan RS bagi klien sehat. Untuk para remaja dapat dibuka Konseling Kesehatan Remaja atau Konseling Pendi-dikan Seks. Kepada calon-calon pengantin dapat dibuka Konseling Pranikah. Kepada para orang tua muda dapat ditawarkan Konseling Ayah-Bunda. Kepada para wanita usia subur dapat diberikan pelayanan Konseling Keluarga Berencana. Kepada kelompok berusia lanjut dapat ditawarkan Konseling Kesehatan Usila. Khusus bagi pekerja keras dan mereka yang rawan stres, dapat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ditawarkan Konseling Mencegah/Mengatasi Stres. Untuk perokok yang ingin mengakhiri kebiasaan merokoknya, dapat diselenggarakan Konseling Berhenti Merokok.

B. BINA SUASANA

Pihak yang berpengaruh terhadap klien sehat terutama adalah para petugas RS dan mereka yang direkrut oleh RS untuk mengelola pelayanan-pelayanan dalam rangka pemberdayaan. Mereka ini diharapkan menjadi teladan yang baik bagi para kliennya dalam hal pengetahuan, sikap dan perilaku.

Oleh karena itu pembinaan terhadap petugas RS yang bertugas di sini menjadi sangat penting. Demikian juga rekrutmen dan pembinaan terhadap mereka yang membantu mengelola pelayanan-pelayanan pemberdayaan seperti misalnya moderator diskusi, instruktur paduan suara, instruktur senam, pemandu rekreasi, dan para petugas konseling. Selain kompeten dalam urusan/tugas yang diembannya, mereka ini juga harus konsisten melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat. Penampilan mereka juga harus mencerminkan komptensinya, seperti misalnya: instruktur senam harus tampak langsing, bugar, sehat dan ceria.

Namun demikian bukan berarti bahwa kegiatan-kegiatan bina suasana lainnya tidak perlu dilakukan di sini. Kegiatan-kegiatan bina suasana lainnya diperlukan untuk lebih memperkuat pengaruh yang sudah dikembangkan oleh para petugas. Kegiatan-kegiatan bina suasana tambahan yang dimaksud di sini adalah terutama pemanfaatan ruang yang ada guna mendorong terciptanya sikap dan perilaku yang diharapkan dalam diri klien. Untuk itu maka dapat dilakukan beberapa hal berikut.

- Pemasangan poster di dinding-dinding, baik dalam bentuk cetakan maupun neon box atau bentuk-bentuk lain.
- Penyediaan perpustakaan atau ruang dan bahan-bahan bacaan.
- Penyediaan *leaflet* atau selebaran atau bahan-bahan informasi lain yang dapat diambil secara gratis.
- Penyediaan *VCD/DVD Player* dan televisi yang menayangkan informasi-informasi yang diperlukan.
- Penyelenggaraan pameran yang secara berkala diganti topik dan bahan-bahan pamerannya.

C. ADVOKASI

Pada umumnya klien sehat datang dari segmen masyarakat mampu, walaupun tidak tertutup kemungkinan adanya klien sehat dari segmen masyarakat miskin. Oleh karena itu, dukungan yang diharapkan oleh RS dalam pemberdayaan klien sehat terutama adalah adanya kebijakan atau peraturan perundang-undangan yang dapat menjadi rambu-rambu perilaku bagi mereka. Misalnya peraturan tentang menjaga kebersihan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

lingkungan RS, peraturan tentang RS sebagai Kawasan Tanpa Rokok, peraturan tentang menjaga kesopanan dan ketertiban di kawasan RS, dan lain sebagainya. Kebijakan atau peraturan-peraturan semacam ini akan lebih kuat pengaruhnya jika datang dari pembuat kebijakan di atas RS, seperti misalnya Keputusan Gubernur/Bupati/Walikota atau Peraturan Daerah. Oleh karena itu diperlukan advokasi kepada Gubernur/Bupati/Walikota dan DPRD.

Namun demikian, boleh jadi juga RS memerlukan tambahan dana dalam rangka pengembangan pelayanan atau pemberdayaan klien sehat. Penambahan anggaran untuk melayani klien sehat mungkin memerlukan upaya meyakinkan para penentu anggaran RS tentang pentingnya pelayanan-pelayanan bagi klien sehat. Untuk itu diperlukan advokasi terhadap Pemerintah (Pusat atau Daerah) dan DPRD. Sedangkan jika tambahan dana itu diharapkan datang dari para donator atau dunia usaha, tentu diperlukan advokasi terhadap mereka.

VI. PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DI LUAR GEDUNG RUMAH SAKIT

Peluang PKRS di luar gedung RS pada hakikatnya berupa pemanfaatan media luar ruang dan pemanfaatan sarana-sarana di luar gedung RS untuk promosi kesehatan. Pemanfaatan media luar ruang dapat berupa pemasangan spanduk, pemasangan baliho/billboard, pemasangan neon box, pembuatan taman obat keluarga, dan lain-lain. Sedangkan sarana-sarana di luar gedung RS dapat berupa kantin atau warung dan toko/kios, tempat ibadah, dan lain-lain yang berada dalam kawasan RS. Dengan demikian sesungguhnya tersedia banyak cara untuk melaksanakan promosi kesehatan di luar gedung RS, yaitu:

A. PKRS DI TEMPAT PARKIR

Tempat parkir RS dapat berupa lapangan parkir atau gedung/bangunan parkir (termasuk *basement* RS). Semua kategori klien RS dapat dijumpai di tempat parkir, sehingga di tempat parkir sebaiknya dilakukan PKRS yang bersifat umum. Misalnya tentang pentingnya melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Seruan Presiden Tentang Kesehatan, himbauan untuk menggunakan obat generik berlogo, bahaya merokok, bahaya mengonsumsi minuman keras, bahaya menyalahgunakan napza, dan lain-lain.

Jika tempat parkir RS berupa lapangan, maka pesan-pesan tersebut dapat ditampilkan dalam bentuk baliho/billboard atau balon udara di sudut lapangan dan neon box di atap bangunan gardu parkir. Pengaturan dalam pemasangan media komunikasi ini harus dilakukan dengan konsultasi kepada ahlinya, sehingga mudah ditangkap oleh mereka yang berada di lapangan parkir, tanpa merusak keindahan lapangan tersebut.

Jika tempat parkir berupa bangunan (termasuk *basement*), pesan-pesan tersebut sebaiknya disajikan dalam bentuk neon box yang dipasang di



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

beberapa sudut ruang parkir. Dalam hal ini pun konsultasi perlu dilakukan kepada ahlinya agar pesan-pesan mudah ditangkap dan memperindah ruang parkir.

B. PKRS DI TAMAN RS

RS pada umumnya memiliki taman, baik di halaman depan, di sekeliling, atau pun di belakang gedung RS. Taman-taman di halaman RS memang diperlukan guna memperindah pemandangan di sekitar RS. Namun demikian, taman-taman RS ini sebenarnya dapat pula digunakan sebagai sarana memperkenalkan berbagai jenis tanaman yang berkhasiat obat. Jika demikian, maka taman-taman tersebut dapat dikatakan sebagai Taman-taman Obat Keluarga (TOGA).

Banyak jenis tanaman berkhasiat obat yang dapat ditanam di TOGA RS, yang selain memiliki daun yang indah, juga bunga dan bahkan buah yang menarik. Ahli pertamanan pasti dapat mengatur komposisi yang sesuai agar TOGA tersebut indah dan menarik, tetapi sekaligus juga informatif (misalnya dengan diberi label kecil di dekat tiap jenis tanaman).

Taman tidak hanya dapat digunakan untuk menginformasikan jenis-jenis tanaman berkhasiat obat. Di taman RS juga dapat sekaligus ditunjukkan jenis-jenis tanaman dengan kandungan gizinya, seperti wortel, kacang-kacangan, pohon buah, ubi, jagung, kedelai dan lain-lain. Bahkan di taman RS itu pun dapat ditampilkan berbagai hewan sumber protein hewani (kalau tidak mau repot, dapat diwujudkan dalam bentuk patung-patung), seperti ikan, unggas, kelinci, dan lain-lain. Kolam beserta ikan-ikan sungguhan juga dapat dibuat guna menambah keindahan taman.

C. PKRS DI DINDING LUAR RS

Pada waktu-waktu tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Hari AIDS, Hari Tanpa Tembakau Sedunia, dan lain-lain, di dinding luar RS juga dapat ditampilkan pesan-pesan promosi kesehatan. Namun demikian perlu dicermati agar penampilan pesan ini tidak merusak keindahan gedung RS. Oleh karena itu disarankan untuk sebaiknya memasang hanya 1 – 2 spanduk raksasa (*giant banner*) di dinding luar RS. Spanduk raksasa ini harus terbuat dari bahan yang tidak mudah sobek dan dipasang sedemikian rupa sehingga tidak diterbangkan angin. Jika rentang waktu acara sudah selesai, spanduk raksasa tersebut harus segera diturun-kan, agar tidak sampai rusak dan mengganggu keindahan gedung RS.

D. PKRS DI PAGAR PEMBATAS KAWASAN RS

Seiring dengan pemasangan spanduk raksasa di dinding luar RS, di pagar pembatas sekeliling kawasan RS, khususnya yang berbatasan dengan jalan, dapat dipasang spanduk-spanduk biasa (*normal*). Pemasangan spanduk di pagar ini pun harus diperhitungkan dengan cermat, sehingga tidak merusak keindahan pagar. Selain itu, sebagaimana halnya spanduk raksasa di dinding luar RS, spanduk-spanduk di pagar ini pun juga harus selalu dicek jangan sampai sobek-sobek atau lepas tertiuip angin. Juga,



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

setelah rentang waktu acara selesai, spanduk-spanduk di pagar harus segera diangkat agar tidak sempat rusak dan mengganggu keindahan pagar serta penampilan RS.

E. PKRS DI KANTIN/KIOS DI KAWASAN RS

Tidak jarang di kawasan RS juga terdapat kantin, warung, toko atau kios yang menyediakan berbagai kebutuhan pengunjung RS. Sarana-sarana ini sebaiknya juga dimanfaatkan untuk PKRS.

Alangkah baiknya jika pesan-pesan yang ditampilkan di sarana-sarana tersebut disesuaikan dengan fungsi sarana. Misalnya, di kantin, sebaiknya ditampilkan pesan-pesan yang berkaitan dengan konsumsi gizi seimbang, di kios bacaan ditampilkan pesan tentang bagaimana membaca secara sehat (agar tidak merusak mata), dan lain sebagainya.

Bentuk media komunikasi yang cocok untuk sarana-sarana ini adalah poster atau neon box, dan *leaflet*, brosur atau selebaran yang dapat diambil secara gratis. Untuk ruangan yang lebih besar seperti kantin atau toko buku, tentu dapat pula ditayangkan VCD/DVD atau dibuat pameran kecil di sudut ruangan.

F. PKRS DI TEMPAT IBADAH

Tempat ibadah yang tersedia di RS biasanya berupa tempat ibadah untuk kepentingan individu atau kelompok kecil, seperti musholla. Tetapi tidak tertutup kemungkinan bahwa di kawasan RS juga berdiri tempat ibadah yang lebih besar seperti masjid, gereja, pura, dan lain-lain.

Di tempat ibadah kecil tentu tidak dilakukan khotbah atau ceramah. Oleh sebab itu, pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan dalam bentuk pemasangan poster atau penyediaan *leaflet*, brosur atau selebaran yang dapat diambil secara gratis. Adapun pesan-pesan yang disampaikan sebaiknya berupa pesan-pesan untuk kesehatan jiwa (yang dikaitkan dengan perintah-perintah agama) dan pentingnya menjaga kebersihan/kesehatan lingkungan.

Di tempat ibadah besar seperti masjid dan gereja, selain dilakukan pemasangan poster dan penyediaan *leaflet*, brosur atau selebaran yang dapat diambil secara gratis, juga dapat diselipkan pesan-pesan kesehatan dalam khotbah. Untuk itu sudah barang tentu harus dilakukan terlebih dulu pendekatan kepada pemberi khotbah sebelum khotbah dilaksanakan.

VII. LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN PKRS

PKRS hendaknya tidak dipandang sebagai tugas dari unit PKRS belaka, melainkan sebagai bagian dari tugas Direksi RS dalam mewujudkan keberhasilan pelayanan RS kepada masyarakat. Oleh karena itu, langkah awal dalam spiral proses pengembangan PKRS harus diawali dengan rencana umum dan komitmen Direksi RS. Selanjutnya, oleh sebab PKRS akan melibatkan hampir seluruh tenaga RS, maka komitmen seluruh jajaran



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RS juga perlu dibina terlebih dulu. Jika hal ini telah dicapai, barulah para petugas promosi kesehatan di RS merencanakan secara detil, mengembangkan kerjasama dengan pihak-pihak lain di RS, dan menyelenggarakan PKRS bersama pihak-pihak tersebut sesuai rencana detil.

Di bawah ini, guna memudahkan penyajian, akan disampaikan langkah-langkah pengembangan PKRS di suatu RS, dengan asumsi bahwa di RS tersebut belum pernah sama sekali dikembangkan atau dilaksanakan PKRS.

A. RENCANA DAN KOMITMEN DIREKSI

Yang mula pertama harus menyadari tentang pentingnya PKRS adalah pimpinan tertinggi RS (misalnya Direktur Utama). Dengan demikian maka langkah awal pengembangan PKRS diawali dengan kemauan kuat pimpinan tertinggi tersebut untuk mempelajari dan memahami seluk-beluk PKRS.

Pada saat pimpinan tertinggi sudah yakin benar akan pentingnya PKRS dan dalam benaknya mulai tumbuh pemikiran-pemikiran (ide-ide) untuk mengembangkan PKRS, ia lalu menyelenggarakan rapat-rapat Direksi untuk mendapatkan komitmen dari pimpinan-pimpinan setingkat di bawahnya (misalnya para Direktur). Begitu komitmen Direksi tercapai, ia segera meningkatkan kualitas rapat-rapatnya untuk menghasilkan rencana umum pengembangan PKRS.

B. KOMITMEN JAJARAN RUMAH SAKIT

Sebagaimana diketahui, PKRS melibatkan hampir seluruh jajaran atau petugas RS. Oleh karena itu, sebelum PKRS diselenggarakan, komitmen seluruh jajaran RS perlu diciptakan terlebih dulu. Pengembangan komitmen ini dapat dilakukan secara berjenjang mengikuti hirarki organisasi RS. Dengan demikian proses akan berlangsung setahap demi setahap mengikuti strata organisasi, yaitu komitmen pimpinan lapis ke tiga, lapis keempat, dan seterusnya sampai kepada para pelaksana fungsional.

Proses ini selain untuk menciptakan komitmen seluruh jajaran RS, sekaligus juga untuk mematangkan rencana umum yang sudah dirumuskan Direksi. Boleh jadi rencana itu akan mengalami modifikasi atau bahkan perubahan setelah dihadapkan kepada kondisi RS yang ada saat ini. Rencana umum yang sudah dimatangkan selanjutnya dijadikan acuan bagi tersusunya rencana operasional yang lebih detil yang kelak akan dilaksanakan.

C. PEMBENTUKAN UNIT KOORDINASI PKRS

Jika komitmen seluruh jajaran RS sudah didapat, Direksi kemudian membentuk unit yang akan ditugasi sebagai koordinator PKRS. Unit ini sebaiknya berada pada posisi yang dapat menjangkau seluruh unit yang ada di RS, sehingga fungsi koordinasinya dapat berjalan secara efektif dan efisien.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pembentukan unit ini selanjutnya diikuti dengan penugasan sejumlah tenaga RS sebagai pengelola purnawaktu (*fulltimer*). Kualifikasi tenaga tersebut mengacu kepada standar minimal tenaga promosi kesehatan RS sebagaimana tercantum dalam Bab III Petunjuk ini. Demikian juga dengan perlengkapan atau peralatan yang dibutuhkan, segera diadakan mengacu kepada standar peralatan promosi kesehatan RS dalam Bab III Petunjuk ini.

D. PELATIHAN PETUGAS UNIT KOORDINASI PKRS

Sambil melengkapi kebutuhan sarana/peralatan promosi kesehatan, Direksi dapat mengirim tenaga-tenaga yang sudah ditetapkan sebagai pengelola unit koordinasi PKRS untuk mengikuti pelatihan atau kursus. Pelatihan atau kursus tersebut adalah pelatihan atau kursus yang mengajarkan tentang pengertian PKRS dan bagaimana melaksanakannya, yang mengacu kepada Petunjuk ini. Pada saat kursus, hendaknya tenaga-tenaga RS tersebut sudah dibekali dengan rencana umum yang sudah dimatangkan tersebut di atas. Ini diperlukan, agar yang bersangkutan dapat berkonsultasi dengan pembimbingnya dan sekaligus menghu-bungkan hal-hal yang dipelajarinya dengan aplikasi di tempat kerja.

E. PENYUSUNAN RENCANA OPERASIONAL

Rencana operasional sebaiknya disusun oleh petugas yang telah ditunjuk untuk mengelola unit koordinasi PKRS. Penyusunan rencana operasional ini dapat dilakukan pada hari-hari terakhir pelatihan/kursus, dapat pula sekembali mereka dari pelatihan/kursus. Penyusunan pada waktu pelatihan/kursus memiliki keuntungan karena si penyusun dapat berkonsultasi langsung kepada pembimbingnya.

Di mana pun rencana operasional itu disusun, setelah jadi harus dilaporkan dan dibahas di Rapat Direksi. Dalam rapat tersebut rencana operasional dimatangkan dan kemudian dituangkan ke dalam bentuk rencana anggaran. Selanjutnya dibuatlah surat-surat tugas pelaksanaan PKRS dan rekrutmen tenaga-tenaga lain yang diperlukan (instruktur senam, instruktur paduan suara, dan lain-lain).

F. PELATIHAN PETUGAS RS

Dari rencana operasional dapat diketahui siapa bertugas melaksanakan apa. Jika diperlukan, maka sebelum PKRS dilaksanakan, terlebih dulu dilakukan pelatihan petugas RS. Misalnya pelatihan dokter atau perawat mahir yang akan bertugas melakukan konseling, memandu diskusi, dan lain-lain.

G. PENGADAAN MEDIA DAN SARANA KOMUNIKASI

Sambil melatih petugas, RS dapat mulai mengadakan media dan sarana komunikasi yang dibutuhkan sesuai rencana operasional. Misalnya pembuatan *flashcards*, pembuatan *flipchart*, pembuatan poster,



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

pembuatan *leaflet*, pemasangan *billboard*, pembuatan *VCD/DVD* pesan-pesan, pemasangan *VCD/DVD players*, membenahan koleksi perpustakaan, penyiapan ruang konsultasi dan ruang diskusi, dan lain-lain.

H. PELAKSANAAN PKRS

Baru setelah segalanya dipersiapkan dengan masak, pelaksanaan PKRS pun dapat dimulai. Ada baiknya saat mulai pelaksanaan ini ditandai oleh semacam peresmian, dengan mengundang perwakilan dari pasien/klien dan pihak-pihak lain, selain para petugas RS. Di samping untuk memantapkan kembali komitmen petugas RS dalam melaksanakan PKRS, acara ini juga sekaligus sebagai pemberitahuan kepada pihak-pihak lain akan adanya pembaruan pelayanan RS.

I. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Begitu PKRS mulai dilaksanakan, maka dimulai pula upaya untuk memantaunya. Ini merupakan tugas dari Direksi, walaupun instrumen untuk memantaunya dapat saja disiapkan oleh pihak lain.

Pemantauan hendaknya dilakukan terhadap perkembangan dari masukan (*input*), proses, dan keluaran (*output*), dengan menggunakan indikator-indikator tertentu.

Setelah sekian lama berjalan dan dipantau, sebaiknya PKRS juga dievaluasi. Evaluasi ini terutama dilakukan terhadap dampak dari PKRS yang telah diselenggarakan. Agar obyektif, evaluasi sebaiknya dilakukan oleh pihak di luar RS, seperti misalnya perguruan tinggi atau lembaga penelitian.

Hasil-hasil pemantauan dan evaluasi digunakan oleh Direksi RS untuk mem-perbaiki dan mengarahkan pelaksanaan PKRS.

VIII. INDIKATOR KEBERHASILAN

Indikator keberhasilan perlu dirumuskan untuk keperluan pemantauan dan evaluasi PKRS. Oleh karena itu, indikator keberhasilan mencakup indikator masukan (*input*), indikator proses, indikator keluaran (*output*), dan indikator dampak (*outcome*).

A. INDIKATOR MASUKAN

Masukan yang perlu diperhatikan adalah yang berupa komitmen, sumber daya manusia, sarana/peralatan, dan dana. Oleh karena itu, indikator masukan ini dapat mencakup:

1. Ada/tidaknya komitmen Direksi yang tecermin dalam Rencana Umum PKRS.
2. Ada/tidaknya komitmen seluruh jajaran yang tecermin dalam Rencana Operasional PKRS.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Ada/tidaknya Unit dan petugas RS yang ditunjuk sebagai koordinator PKRS dan mengacu kepada standar.
4. Ada/tidaknya petugas koordinator PKRS dan petugas-petugas lain yang sudah dilatih.
5. Ada/tidaknya sarana dan peralatan promosi kesehatan yang mengacu kepada standar.
6. Ada/tidaknya dana yang mencukupi untuk penyelenggaraan PKRS.

B. INDIKATOR PROSES

Proses yang dipantau adalah proses pelaksanaan PKRS yang meliputi PKRS untuk Pasien (Rawat Jalan, Rawat Inap, Pelayanan Penunjang), PKRS untuk Klien Sehat, dan PKRS di Luar Gedung RS. Indikator yang digunakan di sini meliputi:

1. Sudah/belum dilaksanakannya kegiatan (pemasangan poster, konseling, dan lain-lain) dan atau frekuensinya.
2. Kondisi media komunikasi yang digunakan (poster, leaflet, giant banner, spanduk, neon box, dan lain-lain), yaitu masih bagus atau sudah rusak.

C. INDIKATOR KELUARAN

Keluaran yang dipantau adalah keluaran dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan, baik secara umum maupun secara khusus. Oleh karena itu, indikator yang digunakan di sini adalah berupa cakupan dari kegiatan, yaitu misalnya:

1. Apakah semua bagian dari RS sudah tercakup PKRS.
2. Berapa pasien/klien yang sudah terlayani oleh berbagai kegiatan PKRS (konseling, biblioterapi, senam, dan lain-lain).

D. INDIKATOR DAMPAK

Indikator dampak mengacu kepada tujuan dilaksanakannya PKRS, yaitu berubahnya pengetahuan, sikap dan perilaku pasien/klien RS serta terpeliharanya lingkungan RS dan dimanfaatkannya dengan baik semua pelayanan yang disediakan RS. Oleh sebab itu, kondisi ini sebaiknya dinilai setelah PKRS berjalan beberapa lama, yaitu melalui upaya evaluasi.

Kondisi lingkungan dapat dinilai melalui observasi, dan kondisi pemanfaatan pelayanan dapat dinilai dari pengolahan terhadap catatan/data pasien/klien RS. Sedangkan kondisi pengetahuan, sikap dan perilaku pasien/klien hanya dapat diketahui dengan menilai diri pasien/klien tersebut. Oleh karena itu data untuk indikator ini biasanya didapat melalui survei. Survei pasien/klien yang adil adalah yang dilakukan baik terhadap pasien/klien yang berada di RS maupun mereka yang tidak berada di RS tetapi pernah menggunakan RS.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IX. PENUTUP

Sebagai penutup kiranya dapat diingatkan kembali bahwa PKRS bukanlah urusan mereka yang bertugas di unit PKRS saja. PKRS adalah tanggung jawab dari Direksi RS, dan menjadi urusan (tugas) bagi hampir seluruh jajaran RS.

Yang paling penting dilaksanakan dalam rangka PKRS adalah upaya-upaya pemberdayaan, baik pemberdayaan terhadap pasien (rawat jalan dan rawat inap) maupun terhadap klien sehat.

Namun demikian, upaya-upaya pemberdayaan ini akan lebih berhasil, jika didukung oleh upaya-upaya bina suasana dan advokasi. Bina suasana dilakukan terhadap mereka yang paling berpengaruh terhadap pasien/klien. Sedangkan advokasi dilakukan terhadap mereka yang dapat mendukung/membantu RS dari segi kebijakan (peraturan perundang-undangan) dan sumber daya, dalam rangka memberdayakan pasien/klien.

Banyak sekali peluang untuk melaksanakan PKRS, dan peluang-peluang tersebut harus dapat dimanfaatkan dengan baik, sesuai dengan fungsi dari peluang yang bersangkutan.



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)