

masih banyak penduduk miskin dan tingginya pengangguran sehingga daya beli masyarakat masih rendah, termasuk juga akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang belum memadai.

Sehubungan dengan adanya hal tersebut, Kabupaten Cirebon juga mengalami keterpurukan di tingkat kesehatan. Berbagai masalah kesehatan dialami masyarakat Kabupaten Cirebon seperti adanya kematian ibu melahirkan, bayi baru lahir dan penyakit-penyakit lain yang menjangkit masyarakat Kabupaten Cirebon. Pada tahun 2006 tercatat jumlah kematian yang dialami bayi sebesar 75 jiwa per 4220 lahir, sedangkan jumlah kematian yang dialami ibu sebesar 3 jiwa per 4745 kehamilan.²

Masalah Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) tersebut karena penyebab langsung maupun penyebab tidak langsung. Penyebab yang diakibatkan secara langsung pada kematian ibu melahirkan diakibatkan karena mengalami pendarahan, eklamsi dan infeksi pada kehamilannya sehingga mengakibatkan terjadinya masalah pada janin, sedangkan penyebab tidak langsung yang diakibatkan kematian ibu melahirkan dan bayi yang ada pada kandungannya diakibatkan karena kehamilan yang terlalu tua pada seorang ibu yaitu di atas umur 35 tahun, kehamilan terlalu muda pada saat wanita di bawah umur 20 tahun karena pernikahan yang terlalu dini, adanya keterlambatan saat ditangani di tempat pelayanan kehamilan, dan terlambat mengetahui bahaya

²http://ppkipm.cirebonkota.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=256&Itemid=250, diakses pada tanggal 2 Februari 2008.

dalam kandungan karena kurangnya kesadaran ibu untuk memeriksakan kandungannya setiap bulan.³

Dari penyebab kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir tersebut, terlihat bahwa masalah tersebut bukan hanya tanggungjawab medis saja, melainkan tanggungjawab bersama dan menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menyangkut berbagai faktor baik sosial, ekonomi, dan budaya. Pengetahuan masyarakat yang rendah mengenai persalinan dan penyelamatan bayi baru lahir, serta ketidaktahuan dan ketidakmampuan masyarakat dalam upaya pencegahan masalah tersebut berakibat pada hilangnya nyawa manusia. Dibutuhkan kerjasama yang baik dengan berbagai pihak dari jajaran kesehatan, baik lintas sektor maupun segenap masyarakat sebagai upaya pemberdayaan yang diharapkan dapat berhasil.

Masalah yang dihadapi masyarakat Kabupaten Cirebon bukan hanya mengenai kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir saja, namun masih banyak masalah lainnya baik yang diakibatkan seperti kurang gizi, akibat penyakit, maupun masalah bencana. Adanya jumlah balita bergizi buruk di Kabupaten Cirebon mencapai 8.369 balita sementara 28.202 balita lainnya masih berstatus kurang gizi sehingga akan terus dilakukan program makanan tambahan untuk memulihkan status gizi balita tersebut. Data tersebut berdasarkan hasil penyisiran yang dilakukan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan PKK bekerjasama Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon jumlah tersebut populasi paling banyak terdapat di sepuluh kecamatan dari 40 kecamatan yang ada, yaitu Losari, Mundu, Waled, Lemah Abang, Klangeran, Palimanan, Babakan, Depok, Gunung Jati dan

³ Sumber : Hasil wawancara dengan Bapak Endo Suhendro selaku KA. Bidang Promosi Kesehatan, Pada tanggal 22 Januari 2008

Pangurangan.⁴ Berdasarkan laporan Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Departemen Kesehatan yang menghimpun informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon pada tanggal 18 Januari 2008 terdapat masalah kesehatan yang menyebutkan bahwa korban meninggal tidak ada dan korban yang masih menjalani rawat inap di RSUD Cirebon dan Puskesmas DPT Kapetakan berjumlah 2 orang dan kunjungan rawat jalan di pos kesehatan sebanyak 2.277 orang dengan jenis penyakit terbanyak yaitu penyakit kulit dan ISPA.⁵

Adanya hal tersebut membuat pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon terus gencar dalam melakukan program yang menyangkut kesehatan di wilayahnya. Pada tahun 2002, Dinas Kabupaten Cirebon melakukan kerjasama sama dengan Maternal Neonatal Health (MNH) untuk mengembangkan Program Desa Siaga dengan versi Desa Siaganya yaitu Desa Siaga Maternal yang hanya menggeluti tentang masalah ibu melahirkan dan bayi baru lahir saja dengan tujuan untuk penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Ibu Melahirkan (AKI). Desa Siaga yang dikembangkan pada saat itu tidak berdasarkan Surat Keputusan, akan tetapi murni partisipasi masyarakat Kabupaten Cirebon, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dan Pemerintah. Kesepakatan tersebut dilaksanakan pada hari Rabu 16 Oktober 2002 dalam acara “Lokakarya Pemecahan Kasus Kematian Ibu Melahirkan dan Bayi” di Majelis Agung Sumber Kabupaten Cirebon yang diselenggarakan oleh Badan Majelis Ta’lim (BKMT) Kabupaten Cirebon dan Majelis Ulama Indonesia (MUI) Kabupaten Cirebon yang bekerja sama dengan

⁴ <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1173501090,17852>, diakses pada tanggal 14 Januari 2008.

⁵ <http://www.depkes.go.id/>, diakses pada tanggal 13 Februari 2008.

Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.⁶ Pada tahun 2002, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon menjadi salah satu dari 3 Kabupaten di seluruh Indonesia yang menjadi sampling untuk tempat percobaan USID (United States Agency for International development) dalam program Desa Siaga, versi Desa Siaganya yaitu Desa Siaga Maternal yang hanya menggeluti tentang ibu melahirkan. Dengan Sampling dari 3 Desa Siaga, Kabupaten Cirebon yang paling unggul dalam pengelolaan Desa Siaganya.⁷

Pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon terus gencar dalam melakukan program yang menyangkut kesehatan di wilayahnya. Salah satu cara yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yaitu melakukan promosi kesehatan Program Desa Siaga yang merupakan salah satu langkah untuk mensukseskan Program Nasional "*Indonesia Sehat 2010*" sebagai visi Pembangunan Kesehatan Indonesia. Untuk mendukung visi tersebut, Departemen Kesehatan menetapkan misi "*Membuat Rakyat Sehat*" serta strategi "*Menggerakan dan memberdayakan pencapaian derajat kesehatan dengan Desa Siaga*".

Dengan landasan strategi di atas, Program Desa Siaga di Kota Cirebon merupakan program lanjutan dari program-program sebelumnya yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat pada tahun

⁶ Dokumen: Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (Surat Keputusan Kesepakatan Bersama Masyarakat Kabupaten Cirebon dalam Program Desa Siaga Sehat, 2002).

⁷ Sumber: Hasil wawancara dengan Bapak Endo Suhendro selaku KA. Bidang Promosi Kesehatan, Pada tanggal 22 Mei 2008.

2006, melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No 564 tentang pembentukan Program Desa Siaga, yang merupakan pengembangan dari program Siap Antar Jaga (SIAGA) dengan penambahan beberapa upaya yang tidak hanya merupakan kesiagaan untuk menghadapi masalah ibu melahirkan dan bayi baru lahir, tetapi kesiagaan yang lebih menyeluruh menyangkut kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, kesehatan lingkungan dan gizi.

Adanya Surat Keputusan tersebut membuat pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon semakin giat untuk melakukan berbagai kegiatan pengembangan Desa Siaga dengan salah satunya melakukan promosi kesehatan yang dilakukan keseluruh desa di Kabupaten Cirebon. Dari hasil promosi tersebut, melalui Surat Keputusan Bupati Cirebon No. 40 tahun 2007 tentang pembentukan Desa Siaga, maka telah terbentuk Desa Siaga di Kabupaten Cirebon yaitu sebanyak 335 dari 424 Desa / Kelurahan di Kabupaten Cirebon telah menerapkan Program Desa Siaga, sedang 89 Desa / Kelurahan masih dalam tahap pengenalan Program Desa Siaga. Promosi kesehatan yang dilakukan antara lain diadakannya penyuluhan tentang kesehatan ke seluruh masyarakat di desa-desa melalui pertemuan yang ada dengan mendatangkan nara sumber dari instansi terkait, penyebaran *leaflet*, diadakan penerbitan buletin Desa Siaga, promosi Desa Siaga dengan mengadakan acara Gebyar Massa dengan mendatangkan *opini leader* yang dipercaya masyarakat Cirebon dan diadakan acara-acara lainnya .

Desa Siaga sebagai salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKMB) merupakan penggerak dari semua UKMB yang ada di masyarakat, selain itu Desa Siaga juga berfungsi sebagai pusat pemberdayaan

masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pos pelayanan yang paling dekat dengan masyarakat. Sebagai pos pelayanan kesehatan masyarakat desa atau lebih dikenal dengan Poskesdes, Desa Siaga diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maupun perorangan termasuk penanggulangan bencana dan penanggulangan kegawatdaruratan sehari-hari maupun pada saat terjadi bencana. Poskesdes yang dibentuk dalam rangka menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat dan pemerintah. Pelayanan di Poskesdes diharapkan meliputi upaya *promotif*, *preventif*, dan *kuratif* sesuai dengan kemampuan yang dimiliki masing-masing desa.

Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon terbaik dalam pengelolaan Desa Siaga sehingga menjadi *center of excellence* dan obyek dari kegiatan *benchmarking (study banding)* dari berbagai daerah di Indonesia. Hal tersebut terbukti dengan hadirnya tim Dinas Kesehatan Bone Bolango, Papua, Kalimantan Lampung ke Cirebon pada tanggal 10 Desember 2007 dengan melibatkan *stake holder* tingkat kecamatan dan desa untuk melakukan *study banding* desa siaga yang terdiri dari unsur Camat, kepala desa, kader siaga, kepala Puskesmas, bidan desa, dan unsur dinas kesehatan yang berjumlah 16 orang akan mempelajari pengembangan Desa Siaga yang dikembangkan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.⁸

Melalui Program Desa Siaga diharapkan dapat mengurangi jumlah angka kematian ibu akibat melahirkan, angka kematian bayi baru lahir, dan masalah-masalah kesehatan lainnya. Desentralisasi sebagai pendorong bagi pemerintah

⁸ http://dinkesbonebolango.org/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=2, diakses pada tanggal 18 Maret 2008.

daerah untuk membangun wilayahnya dengan melaksanakan dan mengembangkan program termasuk Program Desa Siaga. Oleh karena itu cakupan dan kualitas program sangat tergantung pada kemampuan penanggungjawab Program Desa Siaga dalam menganalisis masalah serta menghimpun berbagai sumber daya dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Selain itu pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam mempromosikan Desa Siaga ke masyarakatnya harus mampu bekerja sama secara maksimal agar nantinya keberhasilan Program Desa Siaga untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam menghadapi setiap permasalahannya.

Membangun Desa Siaga bukan hanya kewajiban pemerintah, tapi masyarakat harus berpartisipasi aktif dengan peduli terhadap kesehatannya. Namun masih banyak pihak yang meragukan adanya Program Desa Siaga dan Indonesia sehat 2010 bisa terwujud, mengingat pengetahuan dan partisipasi masyarakat tentang penanganan kesehatan belum optimal, upaya *promotif* dan *preventif* program kesehatan masyarakat, dan *sinergitas* lintas kegiatan dalam upaya perubahan perilaku hidup bersih dan sehat masih kurang. Selain itu, di satu sisi mahalnya biaya pengobatan dan sisi lain masih banyak warga yang kurang mampu membeli obat, dikhawatirkan Indonesia sehat sulit bisa terlaksana. Belum lagi perilaku sejumlah warga yang mengabaikan faktor kebersihan, sehingga menimbulkan penyakit setiap saat.

Keberhasilan pengembangan desa siaga tidak terlepas dari peran dan dukungan masyarakat, Pemerintah, Puskesmas, pihak swasta dan lintas sektor terkait. Berbagai pihak yang bertanggung jawab atau pemangku kepentingan yang

terkait diharapkan dapat berperan optimal sesuai tugasnya, agar pengembangan Program Desa Siaga berhasil.

Berdasarkan beberapa hal tersebut di atas, timbul pertanyaan bagaimana atau langkah-langkah apa saja yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam melakukan promosi kesehatan mengenai Program Desa siaga. Pertanyaan tersebut melatarbelakangi penelitian ini dengan maksud dan tujuan mencari jawaban dari pertanyaan yang berkaitan dengan masalah tersebut.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

"Bagaimana Promosi Kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam mewujudkan Program Desa Siaga?"

C. TUJUAN PENELITIAN

- a. Untuk mengetahui promosi kesehatan Program Desa Siaga yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
- b. Untuk mengetahui faktor pendukung dan penghambat promosi kesehatan Program Desa Siaga yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.

D. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan bermanfaat baik dari segi teoritis maupun segi praktis.

1. Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan referensi dan pengetahuan tentang promosi kesehatan bagi Mahasiswa Ilmu Komunikasi dan untuk memperkaya kajian dibidang ilmu komunikasi.

2. Secara Praktis

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, penelitian ini diharapkan dapat berguna dan bermanfaat sebagai masukan dalam peningkatan pelaksanaan promosi kesehatan khususnya dalam program Desa Siaga.

E. KERANGKA TEORI

Kerangka teori merupakan seperangkat konsep, definisi dan reposisi yang disusun secara sistematis. Fungsi teori dalam penelitian adalah untuk menjelaskan dan mempertajam ruang lingkup variabel yang diteliti, meramalkan dalam bentuk rumusan hipotesis dan mengendalikan, yaitu dengan cara yang membahas hasil penelitian dan selanjutnya digunakan untuk memberikan saran dalam upaya memecahkan permasalahan.

E.1. Proses Komunikasi

Pengertian komunikasi berasal dari bahasa latin *communicatio* yang berarti pemberitahuan atau pertukaran pikiran. Jadi secara garis besarnya, dalam proses komunikasi haruslah terdapat unsur-unsur kesamaan makna agar

terjadi suatu pertukaran pikiran atau pengertian antar komunikator dan komunikan dalam proses komunikasi tersebut bertujuan untuk mencapai saling pengertian antara kedua belah pihak.⁹

Definisi komunikasi menurut Joseph A. Devito (1997: 23) yaitu :

”Komunikasi mengacu pada tindakan, oleh satu orang atau lebih, yang mengirim dan menerima pesan yang terdistorsi oleh gangguan (*noise*), terjadi di dalam suatu konteks tertentu, mempunyai pengaruh tertentu, dan ada kesempatan untuk melakukan umpan balik (*feed back*)”.¹⁰

Berdasarkan pendapat Carl I. Hovland mengatakan secara jelas bahwa komunikasi merupakan suatu upaya yang sistematis untuk merumuskan secara tegas prinsip-prinsip dan atas dasar prinsip-prinsip tersebut disampaikan informasi serta bentuk pendapat dan sikap.¹¹ Pada hakikatnya komunikasi merupakan proses pernyataan antar manusia yang mempunyai tujuan untuk mengubah sikap, mengubah opini atau pendapat, mengubah perilaku, dan mengubah masyarakat. Selain itu komunikasi merupakan suatu cara untuk menyampaikan pesan dan dapat menimbulkan dampak atau efek tertentu.

Menurut Harold Laswell, cara yang baik untuk menggambarkan komunikasi adalah dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut (*Who Says What In Which Channel To Whom With What Effect*), atau menjelaskan siapa, mengatakan apa, dengan saluran apa, kepada siapa, dengan pengaruh

⁹ Rosady Ruslan, SH, MM (2002), *Manajemen Humas & Komunikasi Konsepsi dan Aplikasinya*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, hal. 81.

¹⁰ Devito, Joseph A., *Komunikasi Antar Manusia*, Professional Books, Jakarta, 1997, hal.23.

¹¹ Dra. Sri Haryani (2003), *Komunikasi Bisnis*, AMP YKPN, Yogyakarta, hal.7.

bagaimana. Adapun lima unsur dalam komunikasi menurut Laswell tersebut yaitu :

- 1) Sumber (*Source, communicator, sender*), yaitu pihak yang berinisiatif atau mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi. Sumber ini dapat pula dikatakan sebagai komunikator maupun pengirim pesan yang ditujukan untuk komunikasi.
- 2) Pesan (*message*), yaitu apa yang dikomunikasikan oleh sumber (*source*) kepada penerima (*receiver*).
- 3) Saluran atau Media, yakni alat atau wahana yang digunakan sumber untuk menyampaikan pesannya kepada penerima.
- 4) Penerima pesan (*Receiver, audience, communicatee*), yaitu orang yang menerima pesan dari sumber informasi atau komunikator.
- 5) Efek (*effect*), yaitu apa yang terjadi pada penerima setelah ia menerima pesan tersebut.¹²

Unsur-unsur tersebut mempunyai pengaruh yang penting dalam proses komunikasi dan saling terkait satu dengan lainnya, bahkan unsur-unsur tersebut saling ketergantungan, maksudnya disini tanpa adanya salah satu unsur akan berpengaruh pada proses komunikasi. Komunikasi hanya bisa terjadi bila terdapat pertukaran informasi dan pengalaman yang sama antara pihak-pihak yang terlibat dalam proses komunikasi. Jika seseorang mengerti tentang sesuatu yang dinyatakan orang lain kepadanya, maka komunikasi dapat berlangsung. Secara umum pengertian komunikasi adalah proses

¹² Mulyana, Deddy, MA., *Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2001, hal. 62.

penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberitahu, merubah sikap, pendapat atau perilaku, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui media.

Menurut pendapat Onong Effendy dalam proses komunikasi ada dua cara yang bisa digunakan dalam berkomunikasi yaitu dengan menggunakan komunikasi tatap muka dan komunikasi bermedia.¹³ Adapun penjelasan dari komunikasi tatap muka dan komunikasi bermedia, antara lain:

(a) Komunikasi Tatap Muka

Komunikasi tatap muka dilakukan apabila kita mengharapkan efek perubahan tingkah laku dari komunikan. Komunikasi ini juga sering disebut sebagai komunikasi langsung (*direc communication*). Dengan saling melihat, komunikator atau penyampai pesan bisa langsung mengetahui respon komunikan pada saat mereka berkomunikasi, apakah komunikan memperhatikan komunikator dan mengerti apa yang dikomunikasikan. Jika umpan balik tersebut positif, maka komunikator perlu mempertahankan komunikasi yang dipergunakan bagi komunikator. Tetapi sebaliknya jika umpan balik tersebut negatif, maka perlu mengubah teknik komunikasi agar komunikasi yang berlangsung dapat berhasil.

(b) Komunikasi Bermedia

Komunikasi bermedia adalah komunikasi yang menggunakan saluran atau sarana untuk meneruskan suatu pesan kepada komunikan yang jauh tempatnya dan banyak jumlahnya. Komunikasi bermedia pada

¹³ Prof. Drs. Onong Uchjana Effendy (1992), *Dinamika Komunikasi*, Remaja Rosdakarya, Bandung, hal 8.

umumnya banyak digunakan pada unsur komunikasi informatif karena tidak begitu ampuh untuk mengubah tingkah laku. Selain itu, audiens dalam komunikasi bermedia bersifat abstrak dan umpan balik audiens terhadap pesan yang disampaikan tidak dapat diketahui secara langsung. Namun komunikasi melalui media dapat dilakukan secara serempak dan dapat menjangkau semua tempat yang menjadi sasaran komunikasi.

E.2. Promosi Kesehatan

E.2.1. Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni dalam membantu masyarakat dalam upaya menjadikan gaya hidup masyarakat yang sehat dan optimal. Kesehatan yang optimal merupakan suatu keseimbangan kesehatan yang dialami baik antara kesehatan fisik, sosial, emosi spiritual maupun intelektual. Untuk tercapainya hal tersebut dibutuhkan kesadaran akan perubahan perilaku baik dari perubahan gaya hidup maupun perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dan membuat keputusan yang sehat. Adapun perubahan gaya hidup dapat difasilitasi dengan menciptakan lingkungan yang mendukung, mengubah perilaku masyarakat terhadap kesehatan, meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan bagi hidupnya.¹⁴

Masalah kesehatan merupakan masalah yang berhubungan dengan orang banyak, dan menyangkut tanggungjawab semua pihak dalam

¹⁴ [www.wikipedia.org/promosi kesehatan](http://www.wikipedia.org/promosi%20kesehatan), diakses pada tanggal 2 Maret 2008.

mengatasinya. Untuk itu dibutuhkan kebersamaan dan kesadaran semua pihak dalam menangani setiap masalah kesehatan yang timbul agar dapat ditangani dengan baik. Adanya masalah kesehatan ditentukan oleh dua faktor utama yaitu faktor perilaku dan faktor non-perilaku. Oleh sebab itu, upaya untuk memecahkan masalah kesehatan juga ditunjukkan atau diarahkan pada dua faktor tersebut. Perbaikan lingkungan fisik dan peningkatan sosial budaya, serta peningkatan pelayanan kesehatan adalah merupakan pendekatan terhadap faktor non-perilaku. Sedangkan pendekatan terhadap faktor perilaku yaitu melalui promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan.

Secara definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotions*) mempunyai dua pengertian, yaitu: pengertian yang pertama, Promosi kesehatan adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit Level and Clark, yang mengatakan adanya 4 tingkat pencegahan penyakit dalam *perspektif* kesehatan masyarakat, yakni :

- a. *Health promotions* (peningkatan / promosi kesehatan).
- b. *Specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi).
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera).
- d. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan).
- e. *Rehabilitation* (pemulihan).

Dari penjelasan tersebut, disimpulkan bahwa promosi kesehatan dalam konteks ini yaitu peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua yang menyatakan bahwa promosi kesehatan diartikan sebagai upaya

memasarkan, menyebarkan, mengenal atau menjual kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan adalah memasarkan atau menjual, atau memperkenalkan, pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat, sehingga masyarakat mau menerima atau membeli pesan yang disampaikan tersebut dalam artian menerima perilaku kesehatan atau mengenal pesen-pesan kesehatan tersebut yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat sesuai dengan pesan yang disampaikan.¹⁵

Berdasarkan definisi promosi kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses membantu individu dan masyarakat meningkatkan kemampuan dan keterampilannya mengontrol berbagai faktor yang berpengaruh pada kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.¹⁶

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter:1986), sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada, menyatakan bahwa:

*“Health promotion is the proses of enabling people to increase control over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or goup must be able to identify and realize aspiration, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”*¹⁷

Dari kutipan di atas jelas dinyatakan, bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain, promosi kesehaan adalah

¹⁵Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005, hal. 22.

¹⁶Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005, hal. 254.

¹⁷Ibid, hal. 24.

upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Alasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yakni “kemauan” dan “kemampuan”, atau tidak sekedar meningkatnya kemauan masyarakat seperti dikonotasikan oleh pendidikan kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengatasi lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, dan lingkungan ekonomi.

Definisi promosi kesehatan dalam Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan yang dikutip dari buku Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2005:3) disebutkan bahwa:

“Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan”.¹⁸

Dari pengertian di atas, menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu berperilaku mencegah timbulnya masalah-masalah dan gangguan kesehatan, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya, serta mampu pula berperilaku mengatasi apabila masalah dan gangguan kesehatan terlanjur datang. Pada hakikatnya, promosi kesehatan adalah penopang utama bagi setiap program kesehatan tidak boleh berjalan sendiri. Promosi kesehatan harus selalu bergandeng tangan dengan setiap program kesehatan dalam

¹⁸ Pusat Promosi Kesehatan DepKes RI .2005, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Daerah*, Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menks/SK/VIII/2005, hal. 3.

rangka mencegah timbulnya masalah baru dan mengatasi masalah yang terlanjur ada, serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, kegiatan promosi kesehatan dilakukan tidak hanya oleh petugas-petugas khusus promosi kesehatan, melainkan oleh petugas-petugas kesehatan lainnya serta didukung oleh berbagai pihak yang akan memperlancar jalannya kegiatan promosi kesehatan nantinya. Adanya petugas kesehatan lainnya merupakan ujung tombak bagi promosi kesehatan, karena merekalah yang selalu berhubungan langsung dengan individu dan keluarga karena dipercaya dapat membantu mereka.

Sedangkan menurut Lawrence Green (1984) merumuskan definisi Promosi Kesehatan adalah sebagai berikut:

“Segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan *intervensi* yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan”¹⁹

Melihat dari definisi di atas, dapat dikatakan bahwa Promosi Kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau Promosi Kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi Kesehatan saat ini berkembang menjadi sebuah ilmu tersendiri dalam kesehatan masyarakat. Sebelumnya promosi kesehatan selalu disamakan dengan pendidikan kesehatan, bagaimana melakukan penyuluhan-penyuluhan terhadap masyarakat agar mengetahui dan berperilaku sehat, padahal pendidikan kesehatan hanya sebuah bagian kecil dari promosi kesehatan. Keduanya memang memiliki sasaran yang sama yaitu

¹⁹ Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005, hal. 24.

perubahan perilaku untuk peningkatan derajat kesehatan, namun sebenarnya pendidikan kesehatan hanya bertujuan untuk merubah perilaku individu atau kelompok, sedangkan promosi kesehatan bertujuan untuk melakukan perubahan lingkungan dan perilaku dengan berbagai kombinasi strategi agar individu atau masyarakat dapat meningkatkan kendali dan memperbaiki status kesehatan mereka. Dalam perubahan perilaku tidaklah mudah, perubahan perilaku seseorang mengacu pada sistem nilai dan norma yang dimilikinya. Di mana, sistem nilai dan moral tersebut dalam kehidupan merupakan pegangan bagi seseorang dalam melakukan sesuatu. Dalam memberikan informasi kepada masyarakat dibutuhkan tokoh masyarakat atau pemuka pendapat.

Adapun tokoh masyarakat yang dapat menjadi fasilitator yang berperan menginformasikan pesan kepada masyarakat yaitu:

1. Tokoh masyarakat formal atau sasaran tersier adalah orang yang memiliki posisi menentukan dalam sistem pemerintahan yang biasa disebut juga dengan para penentu kebijakan.
2. Tokoh masyarakat informal atau sasaran sekunder adalah seseorang yang berperan dilingkungannya sebagai tokoh atau pemuka adat, pemuka agama, tokoh politik, tokoh pendidikan, tokoh pemuda, tokoh kesehatan dan lain sebagainya.

Dari kedua kategori yang telah dijelaskan di atas, bahwa tokoh atau pemuka masyarakat adalah seseorang yang memiliki kelebihan diantara kelompoknya baik dari segi pendidikan, jabatan maupun segi keagamaan. Tokoh masyarakat akan menjadi panutan bagi kelompoknya atau bagi

masyarakat sekitarnya, karena mereka merupakan figur yang menonjol dan mereka dianggap dapat merubah sistem nilai dan norma masyarakat secara perlahan dengan terlebih dahulu merubah sistem nilai dan norma masyarakat yang ada di sekitarnya.

Dalam kegiatan promosi kesehatan harus didukung oleh berbagai bidang kajian agar memperlancar jalannya proses promosi kesehatan, antara lain :

1. Program Pendidikan Kesehatan, bertujuan memberikan pengetahuan tentang kesehatan dengan harapan ada perubahan perilaku.
2. Peraturan atau Perundangan, adalah perangkat hukum atas suatu program promosi sehingga masyarakat lebih sungguh-sungguh dalam menjalankannya.
3. Tindakan Kesehatan Lingkungan, untuk mendukung dan menjalankan tugas penyehatan lingkungan dan pengawasan sanitasi dasar pada masyarakat.
4. Kebijakan Publik yang Sehat, kebijakan pemerintah yang mendukung program kesehatan masyarakat bukan hanya kebijakan kesehatan yang bersifat *kuratif*.
5. Pengorganisasian, Organisasi sosial harus diberi ruang untuk melihat dan mengintervensi kesehatan masyarakat secara kelembagaan karena organisasi ini juga mempunyai jaringan yang strategi untuk perbaikan kesehatan masyarakat.

6. Pengorganisasian Masyarakat

Organisasi kemasyarakatan dilibatkan pada setiap kegiatan promosi kesehatan, dengan menyakinkan pada anggotanya atau pengurusnya bahwa tanggungjawab kesehatan adalah tanggungjawab bersama untuk menjaga dan meningkatkan.

7. Pelayanan *Preventif*

Preventif adalah salah satu upaya kesehatan yang dilakukan sebelum adanya suatu kejadian penyakit baik pencegahan pada individu maupun kelompok jika tingkat pencegahan di masyarakat itu tinggi maka sangat kurang terjadinya kejadian luar biasa yang selalu terjadi tiap tahun pada masyarakat.²⁰

E.2.2. Kesehatan masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak zaman penjajahan Belanda pada abad ke-19. Pada tahun 1807, pada waktu Gubernur Jendral Daendels, telah dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Upaya itu dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi yang tinggi pada waktu itu. Tetapi upaya itu tidak berlangsung lama, karena langkanya tenaga pelatih kebidanan. Kemudian dilanjutkan dengan upaya-upaya lainnya yang dari tahun ke tahun semakin meningkat sampai pada abad ke-20.

²⁰<http://irwandykapalawi.wordpress.com/2007/12/11/tantangan-bidang-promosi-kesehatan-dewasa-ini/#more-20>, diakses pada tanggal 2 Maret 2008

Dari pengalaman-pengalaman praktik kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai abad ke-20, Winslow (1920), seorang ahli kesehatan masyarakat, merumuskan batasan yang sampai sekarang masih *relevan*, yaitu:

“Kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

- a. perbaikan sanitasi lingkungan,
- b. pemberantasan penyakit menular,
- c. pendidikan untuk kebersihan perorangan,
- d. pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini serta pengobatan,
- e. pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.”²¹

Dari batasan tersebut di atas dapat disimpulkan, bahwa kesehatan masyarakat mempunyai dua aspek teoritis (ilmu atau akademik), dan praktis (*aplikatif*). Kedua aspek ini masing-masing mempunyai peran dalam kesehatan masyarakat. Dari aspek teoritis, kesehatan masyarakat perlu didasari dan didukung dengan hasil-hasil penelitian. Artinya, dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat harus didasarkan pada temuan-temuan (*evident based*) hasil kajian ilmiah (penelitian) sebaliknya, kesehatan masyarakat juga harus terapan (*applied*), artinya hasil-hasil studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program.

Batasan lain disampaikan oleh Ikatan Dokter Amerika (1948), bahwa Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian

²¹ Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005, hal 18.

masyarakat. Batasan ini mencakup pula usaha-usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit.²²

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan lebih kepada untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Partisipasi masyarakat adalah kegiatan pelibatan masyarakat dalam suatu program. Diharapkan dengan tingginya partisipasi dari masyarakat maka suatu program kesehatan dapat lebih tepat sasaran dan memiliki daya ungkit yang lebih besar bagi perubahan perilaku karena dapat menimbulkan suatu nilai di dalam masyarakat bahwa kegiatan-kegiatan kesehatan tersebut itu dari kita dan untuk kita.

Ada empat prinsip kegiatan kesehatan masyarakat yaitu antara lain :

1. Sentralitas keputusan berada ditangan masyarakat.
2. Peran *provider* hanya sebagai fasilitator.
3. Kegiatan utama ditujukan untuk mengatasi kerugian, tekanan dan diskriminasi yang dihadapi masyarakat.
4. Kegiatan tidak rebatas pada aspek kesehatan tetapi berkenaan dengan suatu keadaan sehat.

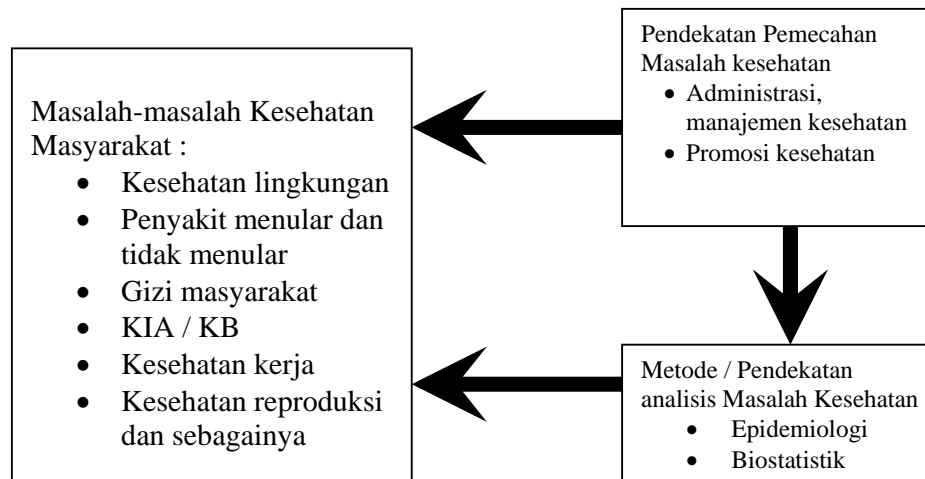
Sesuai dengan perkembangan masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat, maka kesehatan masyarakat sampai dewasa ini mencakup berbagai sub bidang atau disiplin ilmu, yakni Epidmologi dan Biostatistik, sebagai “*tool*” analisis masalah-masalah kesehatan masyarakat antara lain mencakup kesehatan dan sanitasi lingkungan, kesehatan kerja, perilaku

²² Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta, PT Rineka Cipta, 2003), Cet. Ke-2.

kesehatan, kesehatan ibu dan anak, masalah gizi, masalah penyakit menular dan tidak menular, dan sebagainya. Sedangkan untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan masyarakat tersebut, perlu manajemen atau administrasi kesehatan masyarakat dan pendidikan atau promosi kesehatan. Oleh sebab itu, hubungan antara berbagai komponen kesehatan masyarakat tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1.1.

Hubungan Antara Sub Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat



Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa pendidikan atau promosi kesehatan merupakan pendekatan pemecahan masalah-masalah kesehatan masyarakat, khususnya lagi yang berkaitan dengan masalah perilaku kesehatan.²³

²³ Ibid, hal 19.

E.3. Strategi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dalam melakukan promosi kesehatan diperlukan strategi yang bertujuan untuk tercapainya suatu program kesehatan. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu:²⁴

a. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan diberbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan tersebut dapat berupa kebijakan-kebijakan pemerintah, surat keputusan, surat intruksi, dan sebagainya. Kegiatan advokasi ini ada bermacam-macam bentuk, baik secara formal maupun informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal misalnya sowan kepada para pejabat informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitas lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif

²⁴ Ibid, hal 32.

maupun legislatif, diberbagai tingkat dan sektor, yang terkait dengan masalah kesehatan (*sasaran tertier*).

b. Dukungan Sosial (*Social support*)

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah mensosialisasikan program-program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut.

Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program kesehatan). Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat, dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat diberbagai tingkat (*sasaran sekunder*).

c. Pemberdayaan Masyarakat (*Emowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang diwujudkan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri sesuai dengan visi promosi

kesehatan. Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga. Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya: terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat (*sasaran primer*).

Dalam upaya penerapan promosi kesehatan berdasarkan Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2002: 84), dilakukan tiga strategi sebagai berikut :

1. Advokasi kesehatan, yaitu pendekatan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan agar dapat memberi dukungan, kemudahan, perlindungan pada upaya pembangunan kesehatan.
2. Bina Suasana yaitu upaya untuk menciptakan suasana kondusif untuk menunjang pembangunan kesehatan sehingga, masyarakat terdorong melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Gerakan Masyarakat yaitu upaya mendirikan masyarakat agar secara proaktif mempraktikkan hidup bersih dan sehat secara mandiri.²⁵

²⁵ Pusat Promosi Kesehatan DepKes RI Tahun 2002, *Modul Dasar Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli: Indonesia Sehat 2010*, (Bakti Husada : Seri Jabatan Fungsional Penyuluhan Kesehatan Masyarakat), hal 84

Berdasarkan Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta (2005), dalam pelaksanaan strategi promosi kesehatan, terdapat paling sedikit tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Integrasi dengan Program Kesehatan

Promosi kesehatan harus mendukung program-program kesehatan dalam rangka mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan. Oleh karena itu, untuk pelaksanaan promosi kesehatan sebaiknya dilakukan rapat-rapat atau pembahasan antara pengelola program pengelola program promosi kesehatan dengan pengelola program kesehatan. Sebaiknya rapat-rapat ini dilakukan secara bilateral, kecuali dengan program-program kesehatan yang berkaitan satu sama lain (misalnya program pemberantasan TBC, program gizi, dan program penyehatan lingkungan/perumahan) dilakukan secara *multilateral*. Rapat-rapat itu diawali dengan merumuskan tujuan dari program kesehatan. Setelah itu, barulah dirumuskan kegiatan promosi kesehatannya.

2. Pendekatan Tatanan

Guna memudahkan pelaksanaan promosi kesehatan di luar gedung, biasanya dilakukan segmentasi terhadap sasaran, sehingga dapat dilakukan promosi kesehatan dengan pendekatan tatanan, yaitu :

- Tatanan rumah tangga.
- Tatanan institusi pendidikan, seperti: Sekolah, Madrasah, Perguruan tinggi.
- Tatanan tempat kerja, seperti: kantor, pabrik, gudang, dan lain-lain.

- Tatanan tempat umum, seperti: bandara, pelabuhan, stasiun, terminal, pasar, pusat belanja, gedung pertunjukan, pusat olah raga, dan lain-lain.
- Tatanan sarana kesehatan, seperti: Rumah sakit, Puskesmas, dan lain-lain.

3. Landasan Fakta

Dalam Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan disebutkan bahwa guna meningkatkan promosi kesehatan, serta pendayagunaan data dan informasi dalam perencanaan dan perancangan promosi kesehatan.²⁶

E.3.1. Metode Promosi Kesehatan

Dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan dibutuhkan adanya metode promosi kesehatan yang nantinya akan membantu memperlancar jalannya program promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dalam melaksanakan promosi kesehatan dibagi menjadi tiga metode yaitu:

1. Metode Promosi Kesehatan Individual

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan atau inovasi. Adapun bentuk metode promosi individual yaitu dengan bimbingan dan penyuluhan serta wawancara. Dengan cara bimbingan dan penyuluhan antara petugas kesehatan dengan klien lebih intensif di mana setiap masalah yang

²⁶ Pusat Promosi Kesehatan DepKes RI, Jakarta, 2005, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Daerah*, (Bakti Husada, Keputusan Menteri Kesehatan No: 1114/MENKES/SK/VIII/2005).

dihadapi oleh kliennya dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya sehingga menimbulkan rasa sukarela klien dalam memahami perubahan perilaku yang di utarakan oleh petugas. Sedangkan wawancara di sini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, namun apabila belum tercapai adanya kesadaran yang kuat maka penyuluhan yang lebih mendalam.

2. Metode Promosi Kesehatan Kelompok

Metode promosi kesehatan kelompok ini harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yakni kelompok kecil dan kelompok besar.

- (a) Sasaran kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan tersebut lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini adalah dengan melalui ceramah dan seminar. Metode ceramah cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah, sedangkan metode seminar cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.
- (b) Metode kelompok kecil, yaitu apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok kecil yaitu diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*),

bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya.

3. Metode Promosi Kesehatan Massa

Metode promosi kesehatan masa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Adapun metode promosi kesehatan untuk massa antara lain, yaitu:

- (1) Ceramah umum (*public speaking*), merupakan kegiatan penyampaian pesan-pesan kesehatan yang bisa lakukan di lapangan terbuka dan tempat-tempat umum (*public places*).
- (2) Pidato, pidato tentang kesehatan dilakukan melalui media elektroluk, seperti radio dan televisi yang merupakan bentuk promosi kesehatan massa.
- (3) Simulasi, yaitu dialog antara pasien dengan petugas kesehatan tentang suatu masalah kesehatan yang merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- (4) Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.
- (5) *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.²⁷

²⁷ Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005, hal 285.

E.3.2. Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, media elektronik, maupun media luar ruang dengan tujuan untuk kelancaran pelaksanaan suatu program.

Promosi kesehatan tidak terlepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dapat dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya perilaku yang positif.

Definisi media promosi kesehatan menurut Soekidjo (2005:290), yaitu:

”Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika (TV, Radio, komputer, dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.”²⁸

Adanya hal tersebut, media promosi kesehatan dibagi menjadi beberapa aspek. Adapun penggolongan media promosi kesehatan tersebut antara lain:

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya:

Berdasarkan penggunaan media promosi dalam rangka media promosi kesehatan, dibedakan menjadi dua yaitu bahan bacaan (modul, buku bacaan, folder, leaflet, majalah, buletin dan sebagainya) dan bahan peragaan (poster tunggal, poster seri, *flipchart*, *transparan*, *slide*, *film*, dan seterusnya).

²⁸ Ibid, hal. 290.

2. Berdasarkan cara produksi:

Berdasarkan cara produksinya, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi tiga, antara lain:

(a) Media Cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual dan pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Fungsi media cetak tersebut sebagai media pemberi informasi dan menghibur. Adapun macam-macam media cetak seperti poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, stiker, dan pamflet. Kelebihan dalam penggunaan media cetak yaitu, produk yang digunakan tahan lama, mencakup banyak orang, biaya lebih murah, tidak menggunakan listrik, mudah dibawa kemana-mana, dapat mengungkit keindahan, mempermudah pemahaman, dan meningkatkan gairah belajar. Sedangkan kelemahan dalam penggunaan media cetak, tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak serta mudah terlipat.

(b) Media Elektronika, yaitu suatu media yang dapat bergerak secara dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam-macam media elektronika seperti TV, radio, film, video film, cassette, CD, dan VCD. Dalam penggunaan media elektronik, memiliki kelebihan dan kelemahannya yaitu, kelebihannya mudah dikenal masyarakat, mengikutsertakan semua panca indera, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak, bertatap muka,

penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relative lebih besar, dapat digunakan sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang. Sedangkan kelemahannya, biaya lebih tinggi, perlu listrik, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, adanya perubahan pada peralatan, perlu keterampilan penyimpanan, dan dibutuhkan keterampilan dalam penyimpanan.

- (c) Media Luar Ruang, yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis. Adapun macam-macam media luar ruang seperti papan reklame, spanduk, pameran, banner, dan TV layar lebar. Terdapat kelebihan dan kelemahan pada penggunaan media luar ruang. Kelebihannya media luar ruang yaitu sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami karena ada suara dan gambar bergerak, bertatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar, dapat menjadi tempat bertanya lebih detail dan dapat menggunakan semua panca indra secara langsung. Sedangkan kelemahannya yaitu biaya lebih tinggi, perlu listrik, sedikit rumit, ada yang memerlukan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan berkembang dan berubah.²⁹

²⁹ Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., S.K.M., M.Com. H., *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, (Jakarta, PT Rineka Cipta, 2005), hal. 292.

F. METODE PENELITIAN

F.1. Jenis penelitian

Penelitian yang digunakan penulis menggunakan penelitian kualitatif jenis deskriptif berdasarkan studi kasus. Dalam hal ini adalah penelitian tentang promosi kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam mewujudkan program Desa Siaga.

Penelitian deskriptif adalah penelitian yang hanya memaparkan situasi atau peristiwa, tidak mencari atau menjelaskan hubungan, tidak menguji hipotesa atau membuat prediksi.³⁰ Penelitian deskriptif bertujuan untuk memberikan gambaran tentang suatu masyarakat atau suatu kelompok orang tertentu atau gambaran tentang suatu gejala atau hubungan antara dua gejala atau lebih.³¹ Sedangkan menurut Nawawi (1989:25), berpendapat bahwa penelitian deskriptif mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a) Mengumpulkan informasi secara rinci dan melukiskan gejala yang ada.
- b) Mengidentifikasi masalah atau memeriksa kondisi serta praktek-praktek yang berlaku.
- c) Membuat perbandingan atau evaluasi.
- d) Menentukan apa yang dilakukan orang lain dalam menghadapi masalah yang sama dan belajar dari pengalaman mereka untuk menetapkan rencana dan keputusan pada waktu yang akan datang.³²

³⁰ Rakhmat, Jalaludin, 2000, *Metode Penelitian Komunikasi, edisi ke-2, cet ke-8*, PT.Remaja Rosdakarya, Bandung, hal. 24.

³¹ Irawan Soehartono, *Metode Penelitian Sosial Suatu Teknik Penelitian Bidang Kesejahteraan Sosial dan Ilmu Sosial lainnya*, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2000. hal 35.

³² Nawawi, H. handari, dan H.M. Martini Handari, *Instrumen Penelitian Bidang Sosial*, Penerbit Gajah Mada University Press, 1989, hal. 25.

Teknik untuk menganalisis data dalam penelitian ini adalah metode kualitatif, yaitu metode analisis data, di mana datanya tidak berwujud angka, melainkan menunjukkan suatu mutu dan kualitas prestasi. Definisi menurut Bogdan dan Taylor, Metode Kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.³³

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus, merupakan salah satu metode penelitian ilmu-ilmu sosial yang lebih tepat digunakan untuk menjawab pokok pertanyaan suatu penelitian yang berkenaan dengan "how" atau "why", khususnya jika peneliti hanya memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diselidiki, dan bilamana fokus penelitiannya terletak pada fenomena kontemporer nyata.³⁴ Tujuan dari penelitian studi kasus adalah memberikan gambaran secara mendetail tentang latar belakang, sifat-sifat serta karakter yang khas dari suatu kasus yang akan dijadikan suatu hal yang bersifat umum.³⁵

Dari penelitian melalui metode kualitatif deskriptif berdasarkan studi kasus tersebut, diharapkan dapat diperoleh gambaran utuh yang lebih jelas dan mendalam mengenai promosi kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam Program Desa Siaga. Hal ini tidak terbatas hanya pengumpulan data saja, tetapi juga meliputi analisis dan

³³ Lexy J. Moleong., *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2001. hal 3.

³⁴ Robert K. Yin., *Studi Kasus (Desain dan Metode)*, PT.Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1996, hal.1.

³⁵ Muhammad Nazir, *Metode Penelitian*, PT.Graha Indonesia, Jakarta, 1998, hal.66.

interpretasi tentang arti dari data tersebut, baik primer maupun sekunder secara kualitatif.

F.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, yang berlokasi di Jln. Sunan Muria No.06 Sumber – Cirebon, Telp. (0231) 320273, Fax. (0231) 320923.

F.3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini digunakan beberapa teknik untuk mengumpulkan data. Adapun teknik-teknik yang digunakan sebagai berikut.

a. Wawancara atau *Interview*

Wawancara merupakan salah satu cara untuk dapat mengumpulkan informasi. Metode ini merupakan proses interaksi sosial dan komunikasi untuk menapatkan informasi yang lebih jelas dan mendalam tentang berbagai aspek yang berhubungan erat dengan permasalahan penelitian. Dalam mengumpulkan data, pihak pencari informasi melakukan wawancara langsung berupa serangkaian tanya-jawab kepada informan. Dalam proses ini, hasil wawancara ditentukan oleh beberapa faktor yang berinteraksi dan mempengaruhi arus informasi. Faktor-faktor tersebut

adalah pewawancara, responden, topik penelitian yang tertuang dalam daftar pertanyaan serta situasi pada saat wawancara.³⁶

Wawancara dilakukan secara bebas terpimpin, yakni tanya-jawab yang dilakukan secara bebas, namun semua berkaitan erat dengan masalah yang akan diangkat, yaitu promosi kesehatan dalam Program Desa Siaga yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Definisi interview bebas terpimpin menurut Sutrisno Hadi (1987) dalam bukunya "*Metodologi Research*" yaitu interview bebas terpimpin ini interviewer yang membaca kerangka pertanyaan-pertanyaan untuk disajikan. Interviewer ini diharapkan bisa berkembang karena dalam penyampaianya bersifat longgar tanpa keluar dari pedoman yang dipakai melalui wawancara yang akan dilakukan. Adapun narasumber yang dipilih oleh peneliti untuk diwawancarai adalah Bapak Endo Suhendro selaku KA Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, Bapak Anang Yuswana selaku KA Bidang Bina Perilaku dan Lingkungan Sehat Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, dan pihak-pihak lain yang ikut serta dalam pelaksanaan kegiatan Program Desa Siaga di Kabupaten Cirebon.

b. Observasi

Menurut Soehartono, Observasi adalah pengamatan dengan menggunakan indera penglihatan, yang berarti tidak mengajukan pertanyaan-pertanyaan serta cara pengamatan dan pencatatan secara

³⁶ Singarimbun, Masri, dan Sofian Effendi, *Metode Penelitian Survey*, LP3S, 1989, hal.192.

sistematis terhadap fenomena-fenomena yang diselidiki.³⁷ Teknik observasi dipergunakan untuk mengetahui lebih dalam tentang promosi kesehatan dalam Program Desa Siaga yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon sebagai salah satu program Pemerintah yaitu untuk menuju Indonesia Sehat 2010.

c. Studi Pustaka dan Dokumentasi

Studi pustaka merupakan teknik pengumpulan data dan teori yang diperoleh dari bahan-bahan tertulis sebagai dasar dan acuan seperti buku-buku, koran, artikel, internet, serta informasi-informasi data yang diperoleh dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang memuat informasi yang mendukung dan relevan dengan penelitian ini. Sedangkan Dokumentasi merupakan suatu teknik dimana data diperoleh dari dokumen-dokumen yang ada pada benda-benda tertulis seperti buku-buku, notulensi, makalah, laporan kegiatan, peraturan-peraturan, buletin-buletin, catatan harian, dan sebagainya. Dengan adanya studi pustaka dan dokumentasi maka data-data yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan.

F.4. Teknik Analisis Data

Analisis data pada dasarnya merupakan proses mencermati, menata secara sistematis dan menginterpretasi data yang dikumpulkan dari penelitian sehingga diperoleh pemahaman terhadap objek yang diteliti.

Menurut Noeng Muhadjir (1991:104) mengatakan bahwa, analisis data adalah suatu upaya mencari dan menata secara sistematis catatan hasil

³⁷ Soehartono, Irwan, *Metode Penelitian Sosial: Suatu Teknik Penelitian Bidang Kesejahteraan Sosial dan Ilmu Sosial Lainnya*, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2000, hal.67.

observasi, wawancara, dan lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang masalah yang diteliti dan menyajikannya sebagai temuan bagi orang lain.³⁸

Analisis data yang digunakan bersifat kualitatif dengan mengacu pada berbagai strategi promosi kesehatan yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, data yang dikumpulkan berupa gambar, kata-kata bukan angka disebabkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk memberikan gambaran penyajian laporan tersebut. Dalam menganalisis strategi promosi kesehatan yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam program Desa Siaga, penulis menggunakan teori-teori yang relevan dengan masalah dan tujuan penelitian yang sudah penulis tuangkan ke dalam bagian kerangka teori.

Menurut Miles dan Haberman yang ditulis ulang Pawito (2007:104) dalam buku *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, teknik analisis data mengikuti langkah-langkah model interaktif. Adapun langkah-langkah dalam analisis data dalam penelitian kualitatif, yaitu:

- a) Pengumpulan Data, yaitu proses pengumpulan data penelitian yang diperoleh dengan menggunakan beberapa teknik seperti wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi yang didapat selama penelitian.
- b) Reduksi Data, yaitu proses pemilihan dan pemusatan data-data yang relevan dengan masalah penelitian, yang dilakukan dengan membuat ringkasan, mengkode data, dan membuat gugus-gugus. Proses transformasi tersebut akan berlangsung terus hingga laporan tersusun lengkap.

³⁸ Noeng Muhadjir, *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Rake Sarasih, Yogyakarta, 1991, hal 104.

- c) Penyajian Data, yaitu tahapan penggambaran frekuensi sesuai dengan data yang telah direduksi. Adanya penyajian data akan memudahkan peneliti dalam memahami hubungan atau gambaran terhadap aspek-aspek yang diteliti.
- d) Pengambilan Kesimpulan, yaitu penarikan poin-poin penting yang menjadi pokok pikiran terhadap apa yang diteliti.³⁹

F.5 Validitas atau Keabsahan Data

Adapun keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi. Triangulasi data adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dari luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai perbandingan terhadap data tersebut.⁴⁰

Menurut Dezin (1978) sebagaimana dikutip oleh Moleong (2001:104), membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori. Adapun keempat macam triangulasi tersebut yaitu:

a) Triangulasi Sumber

Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.

b) Triangulasi Metode

Pada triangulasi dengan metode, terdapat dua strategi yaitu: pertama, pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa

³⁹ Pawito. 2007. *Penelitian Komunikasi Kualitatif*. Yogyakarta: PT. LKIS Pelangi aksara, hal. 104.

⁴⁰ Lexy J. Moleong. *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2001, hal.103.

teknik pengumpulan data. Sedangkan yang kedua, pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.

c) Triangulasi Penyidik

Triangulasi dengan penyidik ini adalah dengan jalan memanfaatkan peneliti atau pengamat lainnya untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data. Pemanfaatan pengamat lainnya membantu mengurangi kemencengan dalam penyimpulan data.

d) Triangulasi Teori

Triangulasi teori, menurut Lincoln dan Guba (1981), berdasarkan bahwa fakta tertentu tidak dapat dipriksa derajat kepercayaannya dengan satu atau lebih teori. Di pihak lain Patton (1987) berpendapat lain yaitu bahwa hal tersebut dapat dilaksanakan dinamakannya penjelasan banding (*rival explanations*). Dalam hal ini, jika analisis telah menguraikan pola hubungan dan menyertakan penjelasan yang muncul dari analisis, maka penting sekali untuk mencari tema atau penjelasan pembanding penyaing.⁴¹

Cara yang digunakan peneliti dalam triangulasi data pada penelitian tentang promosi kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam Program Desa Siaga yaitu dengan menggunakan sumber data. Seperti yang telah dijelaskan pada penjelasan Dezin (1978) sebagaimana dikutip dari Moleong, bahwa triangulasi dengan menggunakan sumber data berarti membandingkan

⁴¹ Lexy J. Moleong. *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2001, hal.178.

dengan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.

Hal tersebut dapat dilakukan dengan jalan, yaitu:

- (a) Membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara.
- (b) Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- (c) Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- (d) Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada dan pemerintah.
- (e) Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Dari uraian tersebut, langkah yang dilakukan peneliti dalam triangulasi sumber data pada penelitian adalah:

- (a) Membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen-dokumen yang sudah diperoleh peneliti, baik itu dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon maupun dari data dari internet.
- (b) Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- (c) Membandingkan data hasil pengamatan dengan isi dokumen-dokumen yang berkaitan.

F.5. Sistematika Penelitian

Pendahuluan, dalam bab ini terbagi menjadi 6 sub bab, yang membahas mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka teori, serta metode penelitian.

Gambaran umum tempat penelitian, dalam bab ini akan dilakukan penjabaran tentang gambaran umum Kabupaten Cirebon, profil Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon sejarah berdirinya, visi dan misi, struktur organisasi, fungsi dan tugas, susunan kepegawaian, serta program dan kegiatan yang akan dilaksanakan.

Penyajian data analisis data, dalam bab ini akan menyajikan data-data yang diperoleh dan menganalisis data hasil penelitian tentang promosi kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam Program Desa Siaga.

Kesimpulan dan saran, dalam bab ini akan disajikan beberapa kesimpulan tentang hasil promosi kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dalam program Desa Siaga. Selain itu, akan disampaikan pada beberapa saran dari peneliti yang di lihat dari sisi keilmuan dan data lapangan, dengan tujuan untuk mempertajam upaya instansi pemerintah dalam melakukan sebuah promosi kesehatan Kabupaten Cirebon.

BAB II

GAMBARAN UMUM KABUPATEN CIREBON

A. GEOGRAFI DAN TOPOGRAFI

Kabupaten Cirebon terletak di sebelah Utara Jawa Barat berbatasan dengan Propinsi Jawa Tengah, secara administratif terletak di wilayah tiga Cirebon yaitu Kabupaten Cirebon, Kota Cirebon, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka, dan Kabupaten Kuningan. Luas wilayah 990,36 km², secara geografis terletak antara 108°40'-108°48' Bujur Timur dan 6°30'-7°00' Lintang Selatan dengan jarak terjauh Barat-Timur 54 km² dan Utara-Selatan 39 km².⁴²

Disamping berbatasan dengan Kabupaten Brebes Provinsi Jawa Tengah, Kabupaten Cirebon berbatasan dengan beberapa Kabupaten lainnya, yaitu :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan wilayah Kabupaten Indramayu.
2. Sebelah Barat Laut berbatasan dengan wilayah Kabupaten Majalengka.
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan wilayah Kabupaten Kuningan.
4. Sebelah Timur berbatasan dengan wilayah Kabupaten Brebes (Jawa Tengah).

Pada tahun 2005 Kabupaten Cirebon mengalami pemekaran wilayah dari 31 kecamatan menjadi 37 kecamatan, berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 08 Tahun 2004 tentang Pembentukan dan Penataan Kecamatan.

⁴² Profil Kesehatan Kabupaten Cirebon, 2006, hal. 11.