



PROMOSI KESEHATAN PADA SITUASI EMERGENSI

M.Agus Priyanto

Pendahuluan

Tim kesehatan yang terlibat dalam penanganan bencana, seluruhnya bertanggungjawab untuk menjamin prinsip-prinsip kesehatan melekat dalam pekerjaannya dengan standar maksimal dan mampu setiap saat menarik respon dari mereka yang terkena dampak bencana untuk suatu melakukan upaya perbaikan. Hal ini akan sangat tergantung kepada banyak hal termasuk individu-individu yang ikut terlibat, skil yang dimiliki dan sumberdaya yang dimiliki.

Bentuk-bentuk promosi kesehatan dalam situasi emergensi akan tergantung dengan berbagai hal. Implementasi program promosi di lingkungan pengungsian misalnya, bisa akan bervariasi mengingat situasi dan penyebab pengungsian itu sendiri. Situasi di kamp/barak atau tenda-tenda di lingkungan rumah-rumah tinggal sebagaimana terjadi dalam gempa di Yogyakarta atau di kamp-kamp besar seperti di Aceh dan Nias misalnya. Atau pengungsi Merapi dan banjir di Kalimantan Timur yang mobilisasi dalam satu lokasi kamp hanya berlangsung dalam jangka pendek.

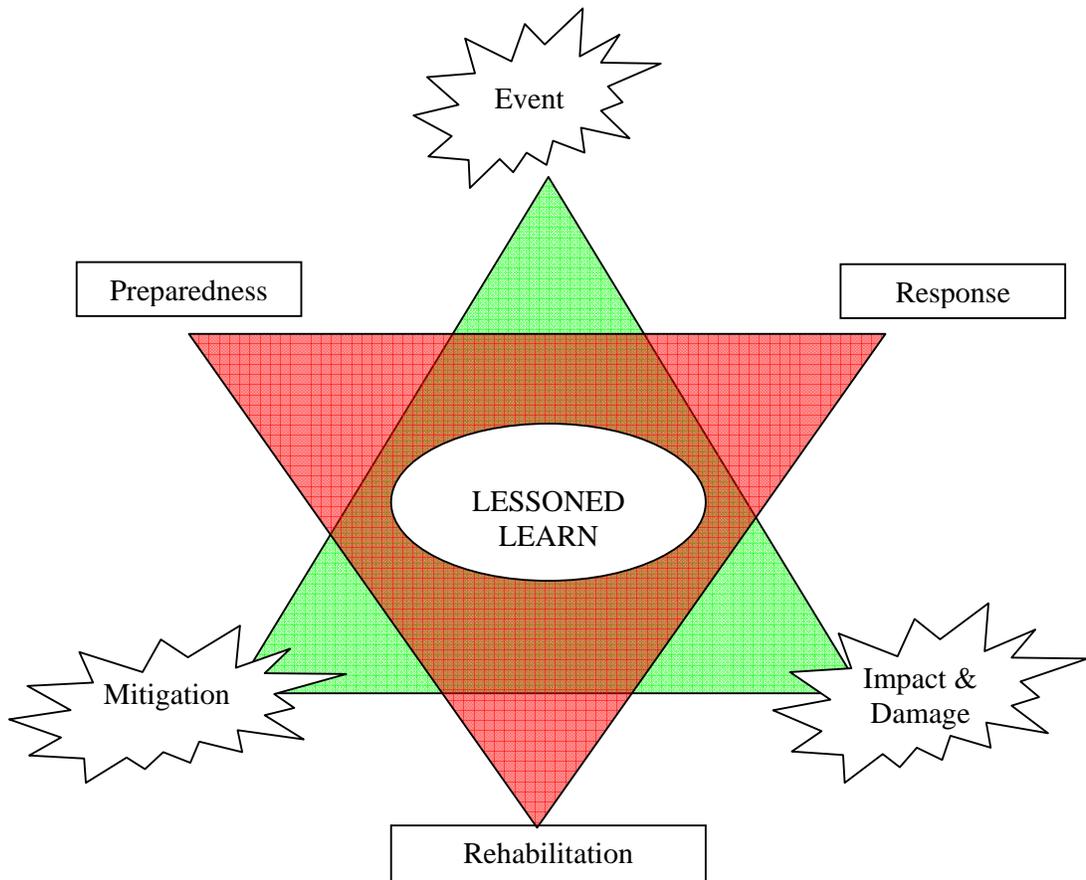
Setiap situasi dan setiap titik-titik dalam manajemen bencana (*preparedness, respon, recover, mitigate*), akan memberikan tantangan dan output promosi yang spesifik. Situasi konflik sosial dan bersenjata seperti di NAD, Ambon, dan Poso juga memerlukan pendekatan yang berbeda dalam memberikan pelayanan, dalam hal ini misalnya adalah kontak waktu dengan sasaran yang akan secara signifikan berkurang mengingat kondisi keamanan. Sehingga dengan demikian, kondisi, situasi dan tahap manajemen bencana yang spesifik tersebut memerlukan kajian dan perancangan promosi yang berbeda.

Tahapan Penanganan Bencana

Dalam materi-materi terdahulu mungkin telah dijelaskan dengan detail pentahapan bencana. Dalam kesempatan ini pendekatan akan lebih diarahkan kepada keterkaitan proses dengan pendekatan promosi kesehatan. Hal ini dikaitkan dengan lebih melihat kepada proses bencana

Konteks proses bencana ditetapkan dalam bentuk segitiga yang dimulai dari kejadian bencana, dampak dari bencana dan bahaya yang diperoleh akibat dampak bencana. Pada bagian akhir dari bencana adalah fase mitigasi (penurunan) dimana berbagai hal terkait dengan dampak bencana mulai menurun, penduduk telah mulai kembali kepada kondisi keseharian yang "normal".

Garis penghubung fase mitigasi dan kejadian berikutnya, tidak secara langsung sebagai rangkaian bencana. Seringkali garis ini terjadi dalam jangka panjang sebagai contoh kasus gempa di Yogyakarta yang telah berlangsung cukup lama dari kasus gempa besar sebelumnya. Garis ini juga terjadi pada kondisi tanpa bencana.



Pada tahapan pasca bencana sampai dengan dampak, intervensi yang dilakukan masuk dalam kategori respon. Sementara dari fase impact sampai dengan mitigasi, bentuk intervensi yang dilakukan adalah rehabilitasi dan *recovery*. Tahapan yang menghubungkan antara fase mitigasi dan kejadian yang akan datang, disini bentuk intervensi yang bisa dilakukan adalah menyiapkan penduduk beresiko terkena bencana untuk menghadapi bencana (*preparedness*).

Bentuk penjelasan lain sebagaimana diadopsi dari Oxfam adalah sebagai berikut:

a. Tahap Risiko tinggi

Tahap ini bisa terjadi dalam hitungan hari atau minggu dan dicirikan dengan transisi orang-orang ke kamp-kamp pengungsian. Seringkali dicirikan dengan masih adanya gempa susulan, banjir yang masih berlangsung atau konflik. Pergerakan cenderung dilakukan untuk mempertahankan atau memenuhi kebutuhan dasar. Keselamatan fisik termasuk perlukaan seringkali tidak menjadi pilihan utama. Disinilah kasus tetanus menjadi tinggi terjadi saat terjadinya gempa di Yogyakarta dan sekitarnya. Dalam kondisi ini, kekacauan masih sangat terlihat jelas, seringkali pula akan banyak ditemui adanya keluarga yang tercerai berai. Partisipasi penuh dari masyarakat tidak memungkinkan untuk dilakukan namun demikian tahap pengkajian promosi sudah bisa dimulai melalui pengamatan dan diskusi pendalaman. Perubahan kondisi yang bisa berlangsung dengan cepat juga menjadi alasan untuk segera bisa mengambil kesimpulan tentang kebutuhan (program promosi).

b. Tahap Risiko Sedang / Menengah (Medium Risk)

Situasi mulai berangsur tenang yang bisa berlangsung dalam beberapa minggu namun juga bisa dalam berbulan-bulan. Stabilitas di kamp dan atau tempat lain mulai terlihat. Struktur-struktur sosial darurat di komunitas mulai terbentuk dan bekerja. Meskipun demikian struktur sosial ini tidak selalu baru muncul pada tahapan ini. Pada banyak kasus, seperti di El Salvadore, dan beberapa daerah di Afrika menunjukkan bahwa struktur dan ikatan sosial justru tumbuh pada fase akut diatas.

Struktur ini bisa merupakan struktur baru atau merupakan struktur lama yang diaktifkan kembali. Kebutuhan dasar pada tahap ini tidak selalu telah terpenuhi demikian pula dengan perawatan medis (kekurangan atau kurang merata). Salah satu cirri khas dari bencana gempa di Yogyakarta bahwa kamp tersebar luas di seluruh wilayah dan tidak mengelompok seperti halnya di Aceh maupun di Nias. Pada kondisi ini distribusi logistik dan kebutuhan dasar lain sebagaimana pula perawatan medik menjadi lebih sulit dilakukan termasuk pemerataannya. Angka kesakitan dan kematian mulai menurun, meskipun resiko kesakitan dan kematian kadangkala masih cukup tinggi atau justru semakin tinggi karena kondisi lingkungan dan keterbatasan lain. Struktur sosial yang telah terbentuk semakin lama semakin memainkan peran penting dalam memenuhi kebutuhan di

lingkungannya. Partisipasi warga juga semakin terorganisir dan terkoordinasi. Pada tahap ini upaya promosi dengan melibatkan partisipasi masyarakat menjadi semakin terbuka.

c. Mempertahankan kesehatan

Bisa saja terjadi bahwa orang-orang akan tinggal dalam jangka panjang di kamp pengungsian seperti di NAD, namun bisa pula bahwa orang-orang akan kembali di lingkungan rumahnya dan mendirikan tenda di sekitarnya seperti di Jogja atau kembali ke rumah yang masih bisa ditinggali seperti dalam kasus banjir di Sulawesi atau Kalimantan. Bagaimanapun kondisinya, tetaplah penting untuk diperhatikan dan diwaspadai adanya kemungkinan bahwa mungkin situasi kembali memburuk. Para korban telah melakukan kembali aktifitas harian rutin seperti bekerja datang ke pasar. Infrastruktur telah mulai dibangun kembali dalam jangka panjang dan organisasi komunitas telah beroperasi lagi secara penuh. Pemerintahan telah berjalan normal, demikian pula untuk sekolah, kelompok-kelompok masyarakat mungkin semakin bertambah kuat dan lebih aktif daripada sebelum bencana. Upaya promosi semakin terbuka lebar dengan semakin lengkapnya infrastruktur. Beberapa kebutuhan lanjutan mungkin diperlukan dalam masa transisi ke kondisi normal ini misalnya kebutuhan tempat pembuangan tinja.

Pemahaman Perilaku Korban Bencana

Perilaku korban bencana beragam dalam bentuknya dan juga dipengaruhi oleh tahapan dari proses perkembangannya. Perilaku tersebut terjadi dalam konteks individual namun juga bisa berlaku dalam konteks kolektif. Pemahaman terhadap perilaku ini juga penting sebagai bekal kita memahami situasi, khususnya dalam penyusunan program promosi kesehatan.

Perilaku korban dalam hal ini bisa kita asumsikan kepada dua masa/tahapan yaitu masa akut dan masa rehabilitasi/*recovery*. Masa/tahap *preparedness* bisa dikategorikan dalam rangkaian bencana namun pada umumnya adalah situasi yang tidak sedang dalam kondisi bencana. Sehingga penilaian tentang perilaku lebih menyandarkan kepada perilaku-perilaku dalam kondisi normal.

Pada masa akut (misalnya pada saat gempa terjadi), contoh seseorang yang mendengar (berita, isu) atau merasakan sesuatu bencana, seringkali mengalami rasa ketakutan yang berlebih dan panik. Kondisi ini seringkali diikuti dengan meninggalkan daerah bencana ke tempat yang justru dalam beberapa kasus malah tempat bencana yang sesungguhnya. Kondisi ketidakpastian ini semakin diperburuk dengan minimnya informasi dan komunikasi yang valid yang bisa menenangkan kondisi. Kondisi ini semakin diperburuk dengan pengetahuan dan informasi yang kurang tepat serta minimnya kemampuan dalam menghadapi kondisi bencana. Kasus isu tsunami di berbagai wilayah di Indonesia adalah contoh dari perilaku ini.

Ketidakmampuan untuk memahami dan mengontrol situasi ini erat kaitannya dengan minimnya informasi yang benar terkait bencana yang mengimplikasikan peran promosi dalam tahapan preparedness yang masih belum berjalan dengan baik. Ketidak mampuan dalam mengontrol situasi membawa kepada kekacauan, disorientasi dan munculnya perilaku-perilaku yang tidak terduga. Emosi yang berlebih dan tidak terkontrol juga terlihat dalam kondisi tersebut yang seringkali diikuti dengan histeria, dalam hal ini lebih cenderung terjadi pada individu-individu dan tidak berpengaruh kepada orang banyak.

Sementara itu pada tahap ini pula kita bisa melihat bahwa banyak korban yang mulai berperilaku antisosial sebagai akibat hilangnya kepedulian sosial dalam bencana. Perebutan jatah atau penghadangan distribusi jatah bahan dasar bisa kita temui di banyak tempat termasuk dalam kasus gempa di Yogyakarta – Klaten pada awal terjadinya bencana. Kerusakan kecil seringkali terjadi bahkan dalam lingkup sosial yang kecil oleh masalah yang kecil pula. Dalam kondisi chaos, egoisme dan atau mencari keuntungan sendiri kadang-kadang juga dijumpai. Namun demikian kasus ini lebih banyak terjadi bukan dikalangan korban.

<i>Believed caused</i>	<i>Misconception</i>
<i>Fear panic</i>	<i>Abandonment of the disaster area</i>
<i>Loss of sosial concern during disaster</i>	<i>Antisocial behaviour</i>
<i>Incapacity to understand and control the situation</i>	<i>Confussion, disorientation, unpredictable behaviour</i>
<i>Uncontrollable and overwhelming emotion</i>	<i>Hysteria</i>
<i>Selfishness and opportunity</i>	<i>Looting and price gouging</i>

Pada tahap-tahap selanjutnya, dimana kondisi dan situasinya telah mulai berjalan normal termasuk struktur dan interaksi sosial, memberikan pengaruh pula terhadap pola perilaku dari korban bencana. Kontrol terhadap diri menjadi lebih baik, dukungan sosial dari sesama korban maupun dari eksternal juga memberikan efek yang mungkin positif. Namun demikian bukan berarti bahwa efek psikologis hilang dengan begitu saja. Disamping itu kondisi yang lebih buruk bisa juga terjadi yang menyebabkan kondisi korban tidak menjadi lebih baik. Pada fase rehabilitasi, banyak perilaku-perilaku sosial yang memberikan dampak negatif maupun positif bagi kesehatan dan promosi kesehatan pada khususnya.

Sementara apada fase *preparedness*, sebagai fase yang paling penting bagi promosi kesehatan, perilaku-perilaku yang “normal” adalah yang kemungkinan besar akan ditemui. Perhatian dan pengetahuan terkait dengan persiapan menghadapi bencana pada kelompok rentan bencana menjadi fokus utama. Berbagai pengalaman menunjukkan bahwa kesiapan menghadapi bencana ini seringkali terabaikan pada masyarakat yang belum memiliki pengalaman langsung dengan bencana. Di sisi lain, juga ditemukan adanya perilaku yang berlebih pada masyarakat tersebut karena minimnya informasi mengenai cara mencegah dan memodifikasi bahaya akibat bencana jika terjadi. Berita yang berisi hebatnya akibat bencana tanpa materi pendidikan seringkali membuat masyarakat menjadi gelisah dan memunculkan tindakan yang tidak realistis terhadap

suatu isu. Menumbuhkan perhatian dan pengetahuan dalam menghadapi bencana ini semakin menjadi bagian penting promosi kesehatan khususnya di negara yang seringkali dilanda bencana seperti Indonesia.

Karakteristik kondisi emergensi selalu ditandai dengan titik kejadian (bencana). Titik ini memisahkan situasi yang berbeda sebelum dan sesudah bencana. Fase yang berbeda ini sebagaimana hasil riset diatas terkait dengan perhatian dan pengetahuan penduduk terhadap bencana terkait dengan pengalaman mereka terhadap bencana. Dengan demikian kita bisa memisahkan pengalaman (pengetahuan awal) dalam komunitas tersebut menjadi:

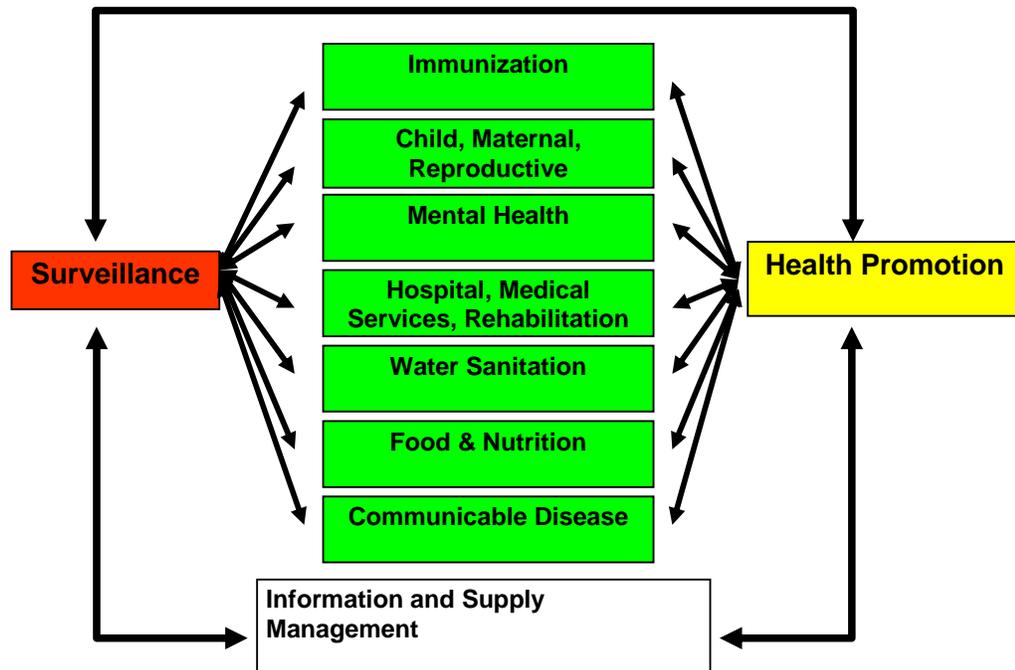
- a. Memiliki pengalaman dengan bencana sebelumnya
 - i. Dalam jangka waktu pendek / menengah (misal Gunung Merapi, dll)
 - ii. Dalam jangka waktu lama / panjang (misal gempa bumi di Yogyakarta)
- b. Tidak memiliki pengalaman dengan bencana sebelumnya
 - i. Terekspose oleh informasi bencana dari daerah lain
 - ii. Tidak terekspose oleh informasi

Hal ini penting untuk diketahui dan dikaji oleh setiap promotor kesehatan karena akan memiliki dampak yang cukup luas dalam mempersiapkan materi untuk promosi kesehatan. Meskipun dalam hal ini penduduk yang telah memiliki pengalaman bukan berarti mereka benar-benar telah siap untuk menghadapi bencana berikutnya. Intervensi promosi menjadi komponen krusial untuk menghilangkan gap ini.

Promosi Ada Dimana

Dalam berbagai kegiatan penanganan bencana seringkali kegiatan promosi kesehatan tidak secara langsung dilakukan tetapi merupakan komponen yang melakat dari program tertentu. Seringkali pula komponen promosi yang seharusnya ada dalam beberapa program mengabaikan untuk menerapkan promosi sehingga menurunkan kemungkinan dalam mengurangi permasalahan dalam menyiapkan kelompok rawan jika terjadi bencana, menurunkan dampak bagi korban terkena dampak. Yang seringkali terjadi, dari pengalaman di berbagai kondisi bencana di Indonesia, bahwa berbagai agensi (Institusi, NGO, INGO's, Swasta dll) secara sadar maupun tidak telah mengimplementasikan promosi dalam program yang dilaksanakannya.

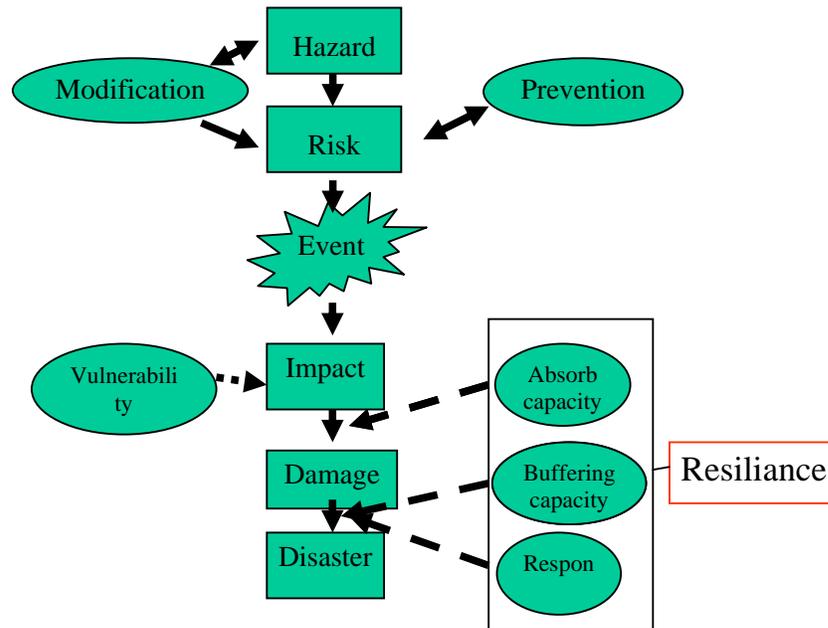
Dari pengalaman di Aceh, Nias, Maluku dan lain sebagainya promosi kesehatan seringkali ditempatkan sebagai kompoenen dari kegiatan lain (gambar). Namun dari pengalaman di Yogyakarta, muncul inisiasi untuk menempatkan promosi kesehatan dalam kelompok kerja tersendiri yang pada awalnya dilatarbelakangi oleh pandangan belum terkoordinasi dengan baiknya proses promosi khususnya terhadap isu-isu utama yang muncul pada saat itu.



Embrio dari kelompok kerja promosi ini telah mulai berjalan meskipun belum maksimal dan masih terbatas dalam penjajagan awal. Hasil kerja tim diantaranya telah menurunkan rencana strategis promosi kesehatan dan beberapa produk promosi kesehatan yang sifatnya masih mass media. Pendekatan kompromistis masih menjadi acuan utama untuk menggabungkan berbagai komponen penyusun tim (NGO, INGO's, MoH, UN, University etc). Perancangan program belum disusun dan dilakukan secara sistematis, misalnya pada beberapa tahapan belum dilakukan diantaranya yang pokok adalah need assesment (assesment dan analisis komunitas serta pengkajian media). Banyak kendala masih ditemukan, namun demikian tim ini telah menjadi pelopor untuk persiapan penanganan bencana selanjutnya.

Dimana letak dari promosi kesehatan disamping dari apa yang telah dijelaskan sebelumnya, juga bisa dilihat dengan perspektif berbeda. Bahaya dan resiko bahaya yang mengancam pada suatu kelompok komunitas (baik natural maupun karena ulah manusia), merupakan alur yang mengimplikasikan kondisi pra bencana.

Pada tahap ini promosi kesehatan sangat memainkan peran penting dengan melakukan intervensi guna memodifikasai kesiapan (*preparedness*) komunitas terancam untuk menghadapi bencana. Upaya pencegahan yang mungkin lebih tepat promosi, dilakukan untuk mengurangi resiko akibat bencana dan dampak sesudahnya pada komunitas.



Riset yang dilakukan di New Zealand memperlihatkan bahwa perasaan bisa mencegah bahaya gempa bumi dapat ditingkatkan dengan intervensi melalui pengisian kuesioner pengetahuan tentang gempa bumi yang di-follow up dengan penjelasan-penjelasan yang ditujukan untuk menghilangkan gap atau miskonsepsi pengetahuan tentang gempa bumi. Hasil riset menunjukkan bahwa pengetahuan partisipan mengenai gempa bumi berhubungan dengan tingkat kesiapannya menghadapi gempa bumi. Penemuan ini mengimplikasikan jika program-program mempertimbangkan pengetahuan saat ini dan berupaya menghilangkan miskonsepsi pengetahuan, akan meningkatkan kemampuan penduduk mempersiapkan diri dengan lebih baik atas gempa bumi atau bencana lain.

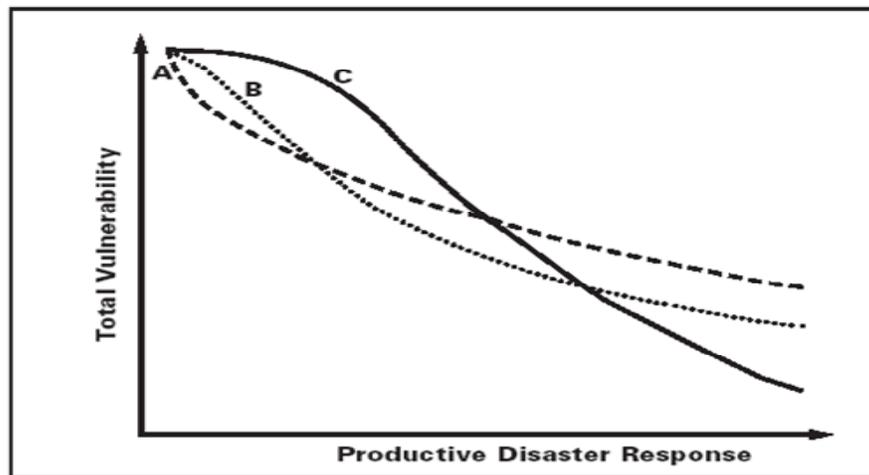
Modifikasi terhadap bahaya bisa dilakukan misalnya dengan pengembangan konstruksi rumah yang lebih baik, dalam hal ini kecenderungan yang bisa dilakukan adalah dengan mengembangkan pemahaman tentang konstruksi rumah yang baik yang akan mengurangi resiko bahaya ketika terjadi bencana (misalnya dalam kasus di Jepang).

Sementara itu hasil riset lain menunjukkan bahwa komunitas yang belum mengalami bencana (tahap *preparedness*), menyatakan kurang berkemungkinan untuk menderita bahaya akibat gempa bumi. Pernyataan ini kemungkinan menjadi penghambat dalam kesiapan penduduk menghadapi bahaya. Penelitian serupa nampaknya masih jarang ditemukan di Indonesia, meskipun hal semacam ini mungkin akan mudah ditemukan. Penemuan ini mengindikasikan perlunya tahapan *preparedness* menempatkan promosi kesehatan sebagai program utama.

Fase pasca bencana akan memunculkan daya *survival* dari setiap individu dan komunitas. Kapasitas mereka untuk bertahan dimulai

dengan bagaimana mereka “menjawab” ketika menerima bahaya sebagai dampak kejadian, selanjutnya bagaimana mereka mampu mempertahankan kapasitas tersebut untuk tetap survive. “Daya tahan” ini merupakan area yang bisa dimasuki oleh berbagai intervensi, salah satu yang akhirnya juga harus ada adalah promosi.

Berbagai bentuk intervensi (termasuk promosi) akan meningkatkan produktifitas positif respon terhadap bencana, dan hasil laporan Oxfam menunjukkan bahwa semakin produktif (positif) respon maka semakin kecil kerentanan (vulnerabilitas) dari individu atau komunitas korban bencana.



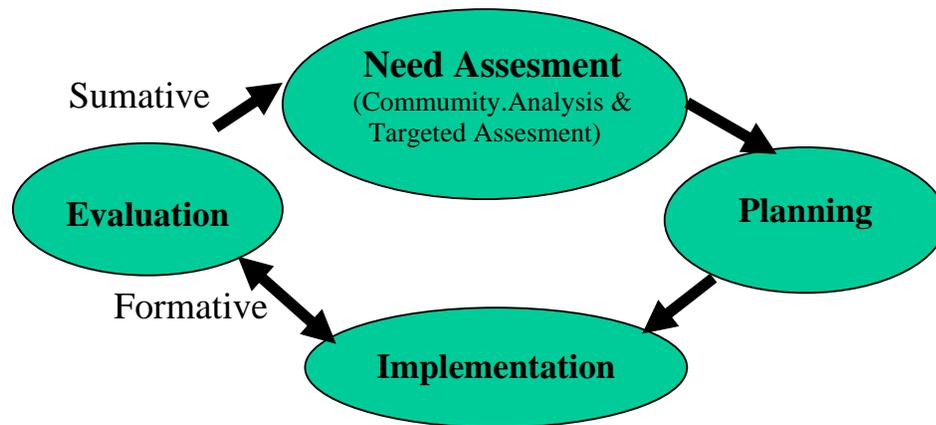
—Relationships between productive disaster response and total vulnerability. The better the disaster response, the less the vulnerability of the society to that event. Disaster response alone cannot bring the vulnerability of a society to a specific event to zero (0).

Framework Program Promosi

Situasi di satu sisi dan maksimalisasi efek promosi di sisi yang lain ketika terjadi bencana, merupakan kompromi utama. Pada saat merancang promosi, akan banyak memunculkan masalah, ide dan inovasi. Secara natural banyak option yang akan muncul, sehingga prioritas pekerjaan menjadi bagian tugas penting dalam kondisi emergensi pada khususnya.

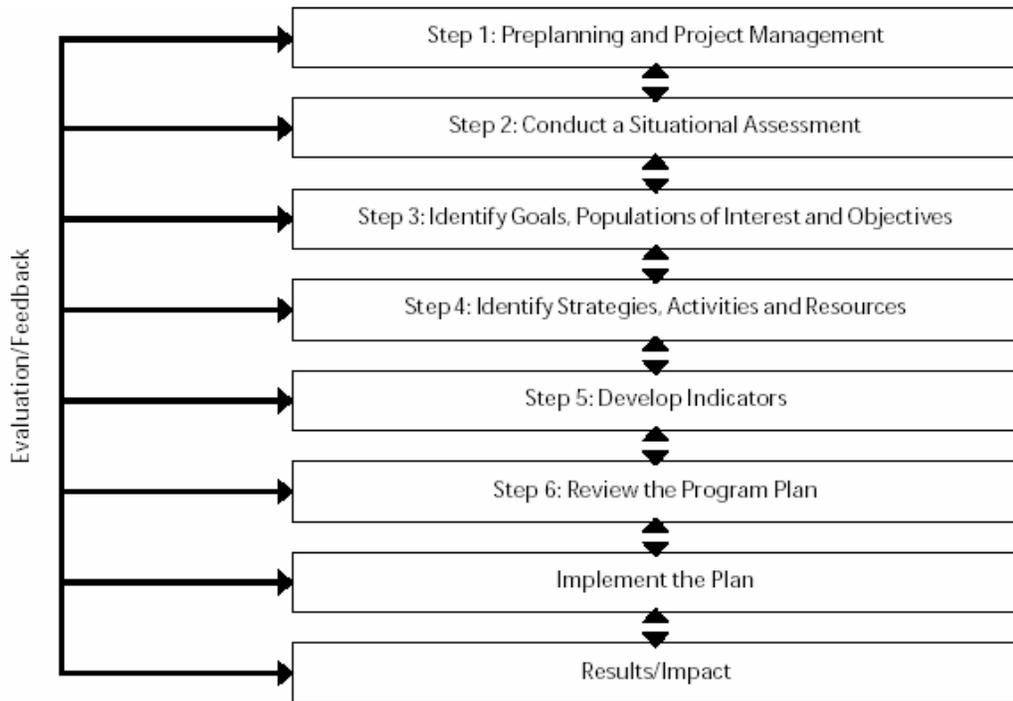
Beberapa karakteristik membedakan antara emergensi dengan kondisi normal. Situasi yang bisa berubah dengan cepat, waktu yang sangat pendek (khususnya untuk fase akut/respon), sumberdaya lokal yang terbatas dll, namun tetap penting untuk memasukan semua siklus dan tahapan perancangan dengan hati-hati. Framework perancangan promosi tetap bisa diterapkan meskipun pada akhirnya harus mengikuti pola situasi yang ada. Rentang waktu perancangan program menjadi sangat berbeda.

•••BAHAN BACAAN•••



Need assesment adalah tahapan dimana tim perencana mengkaji berbagai sumber data yang ada yang pada intinya adalah untuk merumuskan kebutuhan kesehatan spesifik dari kelompok target. Kegiatan bisa dilakukan dalam berbagai bentuk, dari kuantitatif sampai dengan kualitatif dengan berbagai metode pengambilan data yang bisa digunakan. Tahapan pengkajian juga disertai dengan proses analisis sehingga menghasilkan rumusan yang mendekati jenis kebutuhan yang sebenarnya. Tahap kedua dari proses adalah melakukan pengkajian target. Inti dari kegiatan di tahap ini adalah melakukan verifikasi hasil kajian kebutuhan komunitas dengan berbagai stake holder khususnya adalah kelompok target promosi itu sendiri. Metode yang digunakan bisa beragam, dengan tujuan untuk memastikan permasalahan dan kebutuhan kesehatan yang dirasakan oleh target.

Alur perancangan lain yang juga bisa menjadi acuan. Secara prinsip sebenarnya sama dengan alur sebelumnya. Tahap *need assesment* dalam hal ini dimulai dengan persiapan awal oleh manajemen dan melakukan kajian situasi. Kajian situasi ini juga mencakup kegiatan verifikasi kepada sasaran. Menyusun tujuan, sasaran, strategi serta populasi sasaran menjadi tahap berikutnya. Kajian permasalahan juga diimbangi dengan kajian terhadap sumber daya dan kekuatan - hambatan yang akan dihadapi. Dalam setiap penyusunan rencana jangan dilupakan untuk mulai menyusun indikator keberhasilan yang akan digunakan dalam evaluasi dan monitoring.

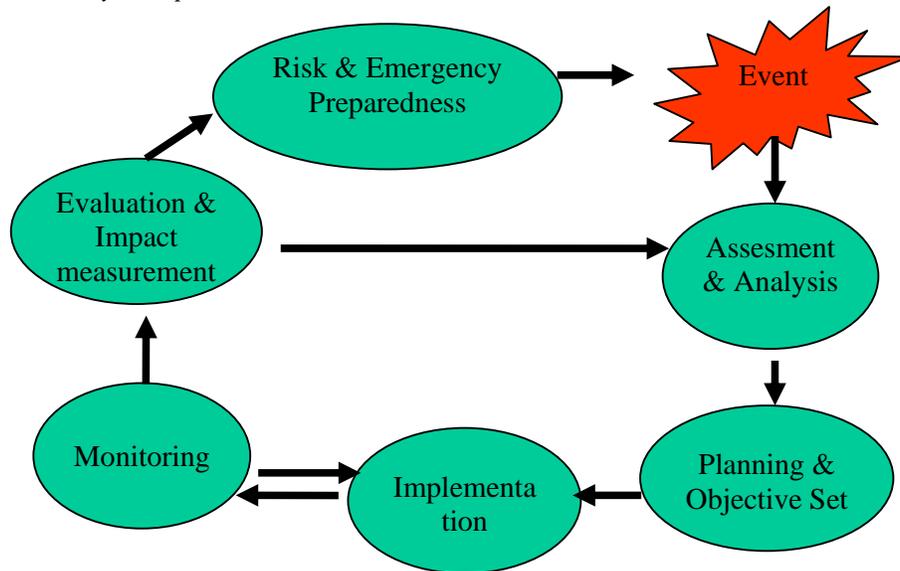


Dalam kondisi normal tahap *need assesment* dan *planning* memiliki alokasi waktu yang bisa jadi relatif cukup lama, berbeda ketika diterapkan dalam kondisi emergensi yang harus dilakukan dalam jangka waktu yang relatif pendek demikian pula dengan siklusnya. Mengapa hal ini terjadi dalam kondisi emergensi. Berbagai pengalaman menunjukkan bahwa situasi yang bisa berubah dengan sangat cepat dalam setiap tahap perkembangan penanganan bencana (akut, tanggap darurat, rehabilitasi, recovery dst) mengharuskan program dapat menyesuaikan diri dengan cepat terhadap perubahan. Ketika sebuah program promosi "terlambat" diberikan karena lamanya proses pengkajian akan berakibat produk yang dihasilkan tidak relevan dengan kondisi yang ada. Sebuah contoh menarik (Oxfam) diberikan pada box 1.

Dalam intervensi emergensi di Timor Timur, satu minggu dihabiskan untuk melakukan survey sanitasi dan air pada 180 rumah tangga di Dili. Perlu 1 minggu lain untuk melakukan kompilasi dan analisis hasil. Namun demikian, ternyata tidak terpenuhi secara adekuat meskipun telah dilakukan pelatihan selama tiga hari dan uji coba. Waktu yang berharga terbuang dengan melaksanakan survey yang memberikan hasil yang terbatas dan banyak memunculkan pertanyaan reliabilitas dan validitasnya. Juga ditemukan bahwa situasi telah berubah dengan cepat dimana hasil survey tersebut tidak lagi memberikan informasi yang berguna. Box.1.

Sudahkah pengkajian benar-benar dilaksanakan ? Tinjauan Kasus

Kakus umum darurat dibangun oleh UN di tempat kamp transit di Timor berbatasan dengan Timur Barat. Tim promosi kesehatan telah memutuskan untuk membuat di kamp ini. Kakus ternyata jarang digunakan karena terlalu jauh dengan tenda, air untuk membersihkan tidak diberikan dan terpal tidak memberikan privasi yang adekuat. Rumput panjang di sekitar jalan masuk kakus wanita membatasi penglihatan sehingga mereka tidak pernah menggunakan karena takut. Posisinya, kondisinya tetap bersih !.



Dalam kesempatan ini petunjuk tentang bagaimana menyusun secara detail sebuah rancangan program promosi untuk situasi emergensi tidak akan diberikan, pembaca bisa mengkajinya dari banyak sumber referensi di internet. *Guideline* (petunjuk) penanganan secara detail banyak dikupas oleh berbagai agensi / institusi yang bergerak dalam bidang ini berikut pengalaman dari setiap situasi yang ada. Penulis sangat menyarankan untuk mengkaji referen-referen tersebut (alamat website terlampir).

Review Perancangan Program Promosi

Kajian terhadap rancangan hanya akan diberikan secara sekilas dengan melakukan review dari pengalaman-pengalaman yang telah dilihat. Tahap perancangan dimulai dari pengkajian sampai dengan implementasinya di lapangan.

Proses pengkajian dapat dikelompokan dalam 3 tahap yaitu tahap awal, menengah dan pendalaman. Tahap awal dalam kondisi respon emergensi dilakukan dengan rapid assesment menggunakan metode-metode yang mampu menyerap informasi dengan cepat khususnya. Metode observasi, interview sederhana, diskusi kelompok terbatas (rentan) dan mapping adalah yang paling umum digunakan. Meskipun promosi kesehatan pada tahap respon ini tidak bisa terlalu besar, namun

pengumpulan data sebaiknya telah dilakukan. Pengumpulan data dilakukan dalam jangka waktu cepat (2-4 minggu).

Pengalaman yang dilakukan oleh berbagai agensi (Universitas, NGO, UN, pemerintah) di dalam kasus gempa di Yogyakarta, cukup beragam. Namun pengkajian cepat ini telah dilaksanakan, meskipun koordinasi dan sharing data promosi kesehatan dari pengalaman tidak hanya di Yogyakarta, tidak dilakukan dengan baik sehingga seringkali terjadi duplikasi pengambilan data di lapangan dan yang lebih parah lagi penolakan dari informan karena berulang kali diwawancarai.

Metode partisipatori (melibatkan komunitas) dari hasil pengalaman menunjukkan sangat kurang dilakukan oleh para agensi dan pemerintah. Kegiatan need assesment lebih cenderung dilakukan sendiri atau gabungan dari sekelompok kecil agensi saja. Metode yang seringkali digunakan adalah survey menggunakan kuesioner dengan daftar pertanyaan yang panjang. Kondisi ini sangat memakan waktu dan menyulitkan dalam pengambilan data di lapangan oleh surveyor. Metode yang dianjurkan adalah melakukan observasi dan diskusi dengan pemerintah lokal, tokoh masyarakat, representasi masyarakat dan kelompok rentan. Mapping dan focus group discussion (FGD) adalah diantara metode yang baik dan bisa dengan cepat menyerap informasi. Meskipun pengkajian aspek perilaku telah banyak digunakan pula, namun seringkali bersifat tidak praktis.

Disamping aspek penyakit, lingkungan dan faktor resiko perilaku korban, struktur organisasi masyarakat pasca bencana atau sebelum bencana, kapasitas, jumlah dan karakteristik petugas lapangan, media/saluran informasi yang memungkinkan, informan kunci, pelayanan publik, literasi, kelompok-kelompok rentan, perlu menjadi perhatian pula. Beberapa hal telah dilakukan dengan baik, namun banyak pula yang terlupakan. Kekayaan data dari setiap agensi yang mengambil data kurang dimanfaatkan dengan baik karena koordinasi dan sharing data promosi tidak berjalan dengan baik seperti bidang-bidang lain.

Koordinasi di banyak kasus bencana, seringkali menjadi masalah krusial termasuk untuk promosi kesehatan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam fase respon saja namun juga pada fase mitigasi maupun *preparedness*. Salah satu hal yang juga menarik dan mungkin perlu untuk diperhatikan, surveylance dalam kondisi emergensi, seringkali lebih cenderung dilaksanakan hanya untuk penyakit menular. Dalam berbagai pengalaman kondisi normal maupun pasca bencana, surveylance promosi kesehatan sebaiknya menjadi bagian integral dari sistem informasi dan surveillance itu sendiri. Dengan integrasi ini diharapkan promosi akan terus terpantau perkembangannya dan dimungkinkan untuk dilakukan perbaikan-perbaikan.

Analisis data kasar dari FGD dengan mencatat tema dan ide inti. Data ini hanya dapat diuji dalam istilah umum ketimbang mengupayakan untuk memindahkannya ke dalam persentase, yang mana hal ini seringkali terjadi. Oleh karena itu laporan akan berujung kepada "banyak orang menyatakan bahwa anak-anak dibawah lima tahun tidak menggunakan WC karena gelap" atau "beberapa orang mengklaim bahwa WC bau mengundang hantu dan oleh karena itu mereka tidak ingin

mendatanginya”. FGD membolehkan anda untuk melakukan eksplorasi persepsi orang-orang dengan lebih detail dan untuk lebih memperhatikan kepada beberapa hambatan atau kesempatan yang dihadapi oleh program. Dari beberapa diskusi akan memungkinkan untuk mengidentifikasi hal kunci dimana tindakan diperlukan dan mendorong sasaran untuk mengidentifikasikan beberapa masalah oleh mereka sendiri. Namun penggunaan metode ini seringkali ”terlupakan” untuk pengkajian cepat promosi kesehatan.

Situasi bencana yang dicirikan dengan adanya perubahan cepat yang seringkali membuat rancangan perencanaan dan tujuan program promosi yang telah disusun menjadi sulit. Kecepatan adalah kunci utama. Penyusunan kerangka kerja logis diperlukan dengan melihat kepada aspek besarnya dampak terhadap masyarakat, tingkat partisipasi yang ada dan dibutuhkan, kemungkinan sustainabilitas yang bisa dihasilkan dan dampaknya terhadap produk kebijakan dan praktek yang akan dijalankan oleh target.

Dalam mengimplementasikan program promosi khususnya paska bencana, beberapa hal akan menjadi sangat berbeda sehingga pengelompokan dalam setiap tahapan tersebut perlu diperhatikan.

Tahap emergensi respon

- a. Kampanye massal seringkali merupakan jawaban paling sesuai dalam fase emergensi akut ini dan dari pengalaman menunjukkan bahwa dalam periode ini orang-orang lebih reseptif terhadap diseminasi pesan. Training pendukung diperlukan baik bagi petugas lapangan, wakil masyarakat, komite komunitas dan lain sebagainya untuk kampanye tersebut yang dengan diikuti kegiatan supervisi. Dari pengalaman dgempa di Yogyakarta, Nias dan beberapa tempat lain menunjukkan bahwa, pelatihan sebagai pendukung kampanye seringkali tidak diperhitungkan demikian halnya dengan supervisi.
- b. Pada proses selanjutnya yaitu transisi antara respon dengan rehabilitasi, aktifitas lebih ditujukan terutama untuk mendukung mobilisasi tindakankolektif dan strategi pengendalian dan ketika situasi semakin stabil akan ada kesempatan lebih banyak untuk meningkatkan partisipasi komunitas baik dalam aktifitas implementasi maupun pengkajian berkelanjutan. Seringkali diperlukan lebih banyak lagi fasilitator pendamping komunitas dalam tahap ini
- c. Diseminasi pesan sebaiknya dilakukan secara berulang dan diperkuat dengan menggunakan alat bantu visual seperti poster dan leaflet sebagai pengganti interaksi dan diskusi dalam masa emergensi. Diskusi kelompok, pertunjukan boneka, permainan dan lagu-lagu diikuti dengan diskusi mungkin bisa lebih efektif daripada kunjungan rumah.

Rehabilitasi dan mitigasi

- a. Ketika situasi stabil sekolah akan mulai berfungsi, kelompok agama mungkin menjadi termobilisasi dan struktur pemerintah telah terlibat lagi dalam pemberian pelayanan. Dalam kondisi ini akan lebih terbuka kemungkinan untuk bekerjasama dengan semua struktur tersebut.

Bekerja sama dengan komite komunitas tetap dilanjutkan dan kelompok seharusnya mulai mencoba untuk membuat tujuan mereka sendiri. Dari banyak aktifitas yang telah dilakukan pada beberapa bencana di Indonesia, prosedur ini nampaknya masih sangat kurang mendapat perhatian baik oleh agensi non pemerintah maupun pemerintah.

- b. Kontak dengan dengan unit pelayanan kesehatan khususnya bagian medik untuk melihat perkembangan situasi kesehatan dan surveillance epidemiologi tetap diperlukan. Hal ini penting sebagai cara untuk memonitor seberapa bagus kontribusi program terhadap dampak perbaikan atau pencegahan resiko kesehatan akibat bencana.
- c. Pada tahap ini mungkin akan banyak ditemukan program-program promosi dari berbagai agensi. Program atau intervensi oleh berbagai agensi dan pemerintah mungkin tidak secara tegas adalah sebagai sebuah program promosi (misal imunisasi), namun yang seringkali ditemukan bahwa program-program tersebut juga mengandung komponen promosi. Program-program yang secara tegas menyebutkan sebagai aktifitas promosi kemungkinan juga akan bermunculan, meskipun dari pengalaman di NAD, Nias, Yogyakarta belum optimal. Pembaca disarankan untuk mengkaji lebih lanjut dalam *7 Step To Build Media In Emergency Situation* dari WHO.

Manajemen Komunitas :

Studi Kasus Partisipasi dan Pendidikan Kesehatan

Dalam konteks manajemen bencana, promosi kesehatan dilakukan untuk mengajak dan melibatkan orang-orang dalam aktifitas untuk mencegah, menyiapkan dan untuk merespon kepada bencana sehingga akan mampu secara signifikan mengurangi risiko, meningkatkan kemampuan dan menurunkan dampak terhadap kesehatan. Sedangkan partisipasi adalah keterlibatan aktif individu atau masyarakat dalam menyiapkan diri untuk bereaksi terhadap bencana dalam aktifitas seperti analisis, pengambilan keputusan, perencanaan, implementasi program, dari tahap pencarian dan penyelamatan korban sampai dengan pembangunan, yang dilakukan secara spontan dan sukarela. Promosi untuk membangkitkan partisipasi sebagian besar dilakukan dengan pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah aktifitas komunikasi informasi yang menitikberatkan pada upaya untuk meningkatkan perilaku sehat yang mengkombinasikan pengalaman belajar yang dirancang demi memudahkan penyesuaian perilaku secara sukarela yang kondusif bagi kesehatan. Aktifitas pendidikan disamping untuk penyediaan informasi adalah mempelajari keterampilan dan pemberdayaan diri sedemikian rupa sehingga mampu melakukan tindakan yang memungkinkan untuk mengurangi resiko bahaya bencana.

Kotak 1. Posyandu emergensi Yogyakarta

Pengembangan Posyandu dalam upaya perlindungan balita dan bayi pasca bencana telah diinisiasi oleh UGM. Hasil kajian awal yang dimulai pada minggu ke 2 menunjukkan bahwa masyarakat bersedia

dan siap untuk membangun posyandu darurat dan pada minggu ke 5 setelah gempa 9 posyandu dilaporkan telah berjalan di Kecamatan Pleret dan terus meluas. Pada minggu ke 8-10 dinas kesehatan melaporkan bahwa hampir 85% posyandu di wilayah bencana gempa telah berfungsi kembali. Semangat partisipasi tersebut tentunya tidak dapat disamakan dengan kondisi bencana di tempat lain. Setiap situasi bencana tentu memberikan karakteristik kemungkinan partisipasi yang berbeda-beda.

Kotak 2. Organisasi Komunitas Pengungsi El Salvadore

Pengungsi el Salvador, datang ke Honduras tahun 1981 - 1982 dan dengan cepat menyusun komite pengungsian yang bertanggungjawab untuk menjamin apa yang menjadi perhatian mereka bisa diwujudkan sebelum UM Hight Commissioner for Refuge (UNHCR) dan NGO terlibat. Pada saat itu, subkomite dibuat untuk menyelesaikan isu spesifik seperti kesehatan masyarakat, sanitasi, hygiene dan pendidikan. (Oxfam 1995)

Meihat contoh kasus tersebut, maka penting bagi promotor/petugas lapangan untuk melihat kepada aspek sosial. Penguatan organisasi masyarakat sebagai contoh, akan menjadi elemen yang penting baik dalam kondisi sebelum bencana maupun pasca bencana. Kapasitas dan kekuatan sosial dalam partisipasi ini seringkali memainkan peran vital, baik sebelum maupun setelah kejadian. WHO dalam konferensi aspek kesehatan pada bencana Tsunami di Asia (2005) menyatakan, prinsip yang dikembangkan termasuk didalamnya adalah termasuk promosi kesehatan dan penguatan pelayanan kesehatan, kejasama dengan publik dan swasta, dan menjamin kepemilikan dan partisipasi lokal untuk semua aktifitas. Dalam bagian ini tidak akan disajikan detail mengenai bagaimana membangun partisipasi tetapi lebih kearah mengulas pengalaman yang telah ada.

Fase repon dan rehabilitasi, pada fase ini partisipasi bisa dilakukan dalam bentuk komunikasi pesan spesifik segera setelah bencana, menjamin sustainabilitas dan perbaikan kesehatan. Pada tahap preparedness partisipasi bisa dalam bentuk mengkaji risiko dan kerawanan, meningkatkan perhatian terhadap bahaya, kesadaran pengamanan dan memperkuat kemampuan komunitas dan organisasi dalam menghadapi bencana. Untuk program-program preparedness oleh karena itu lebih ditujukan mengembangkan kebutuhan komunitas terhadap manfaat yang akan diperoleh jika melakukan tindakan yang benar saat terjadi emergensi. Banyak kisah sukses manajemen emergensi bergantung kepada kapasitas program preparedness dalam memobilisasi penduduk dan membantu meningkatkan perhatian dan pengetahuan.

Keterlibatan komunitas penting untuk mengurangi kerentanan terhadap bencana, memfasilitasi perbaikan setelah bencana dan menstimulasi pengorganisasian komunitas dengan basis pengembangan sustainabilitas. Pengalaman praktis maupun riset memperlihatkan bahwa orang-orang lebih berkomitmen untuk mengimplementasikan program

yang mereka ikut membantu merencanakan. Melalui partisipasi dalam perencanaan, dua hal bisa dicapai : 1) Perencanaan akan semakin banyak memperoleh informasi yang detail terkait kondisi bahaya dan kerentanan; 2) Komunitas akan menjadi lebih memperhatikan risiko kesehatan yang mereka hadapi. Cara terbaik bagi komunitas untuk meningkatkan dan memperbaiki kesiapan mereka adalah dengan membangun organisasi komunitas yang kuat dan kepemimpinan yang kuat dalam memobilisasi anggota dan mengkoordinasikan program.

Bencana yang bisa datang sewaktu-waktu terkadang memberikan keuntungan dalam menguatkan organisasi komunitas. Seperti dalam pengalaman di Yogyakarta, Lampung maupun di beberapa daerah bencana alam (natural). Bentuk organisasi muncul secara spontan pasca bencana menghasilkan pemimpin baru maupun lama yang menginspirasi dan mampu memobilisasi komunitasnya. Pola kepemimpinan baru ini dapat merupakan cara yang berguna untuk mendorong keterlibatan komunitas dalam program pengembangan jangka panjang.

Berbagai kajian riset dan pengalaman menunjukkan bahwa keterlibatan komunitas dapat menghasilkan keuntungan yang cukup luas. Diantaranya adalah : 1) komunitas bisa dan akan menentukan prioritas mereka sendiri dalam menghadapi permasalahan yang mereka hadapi ; 2) kedalaman dan keluasan pengalaman dan pengetahuan kolektif di komunitas dapat menjadi dasar yang kuat dalam membuat perubahan ; 3) ketika orang-orang memahami permasalahan sendiri, mereka akan lebih cepat untuk bertindak menyelesaikan ; 4) orang-orang menyelesaikan permasalahan yang terbaik menurut mereka sendiri. Partisipasi dalam program, perlu ditegaskan kembali adalah dalam bentuk mengkaji pengetahuan, mengkaji situasi lingkungan, memvisualisasikan masa depan yang lebih baik, menganalisis hambatan perubahan, perencanaan untuk perubahan, dan mengimplementasikan perubahan.

Hambatan dalam pengembangan partisipasi sangat bervariasi antara wilayah dengan wilayah yang lain. Beberapa referensi terkait dengan manajemen bencana menyebutkan hal-hal yang akan berpotensi untuk menghambat, diantaranya adalah :

- a. *Kelesuan dan ketidakberdayaan* : yaitu orang-orang yang tidak merasa dipakai dalam mengambil keputusan, yang merasa tidak punya daya, lesu atau yang tergantung pada yang lain. Politik, agama dan ketertarikan komersial juga bisa menyurutkan partisipasi.
- b. *Konflik dan perpecahan*: Banyak orang-orang dalam komunitas berasal dari tingkat sosial ekonomi, kebutuhan, interest, agama, etnik yang berbeda. Perpecahan bisa saja terjadi ketika terlihat menguntungkan hanya pada salah satu kelompok.
- c. *Kemiskinan* : minimnya sumberdaya, sakit, kemiskinan, seseorang yang bekerja tujuh hari seminggu mencegah orang-orang untuk ikut berpartisipasi.
- d. *Sinisme* : Kata "partisipasi" kadang disalahgunakan. Orang-orang yang diundang dalam perencanaan dan menyadari bahwa dirinya hanya diminta untuk "tandatangan". Lebih buruk, mereka hanya diminta berkontribusi "tenaga".

- e. *Banjir program* : Seringkali di daerah bencana banyak sekali program atau bantuan yang diberikan kepada korban yang tidak memperhtungkan sama sekali dampak jangka panjangnya sehingga menciptakan ketergantungan yang berkepanjangan. Koordinasi program yang buruk diantara para agensi sering menjadi pemicunya. Namun kondisi ini akan menjadi sangat berbeda untuk masa preparedness dimana bantuan seringkali tidak ada.
- f. *Perbedaan budaya antara masyarakat dengan promotor* : hal semacam ini seringkali ditemukan pada masa respon misalnya kendala bahasa, kendala budaya dll diantara para promotor / petugas lapangan dengan komunitas. Mengetahui dan memahami budaya komunitas adalah mutlak diperlukan oleh seorang petugas lapangan.

Untuk mengatasi hambatan dalam menjangkau komunitas, beberapa hal yang bisa dijadikan sebagai panduan berdasarkan referensi dan pengalaman yang ada adalah :

- a. *Menemukan entry point pada komunitas* : Menemukan *entry point* biasanya bisa diperoleh dari organisasi komunitas yang berakar di masyarakat. Jika sistem pelayanan kesehatan ada, petugas kesehatan juga bisa saja menjadi *entry point* khususnya ketika didukung masyarakat. Namun harus diingat untuk tidak mendelegasikan terlalu banyak tugas tambahan kepada petugas tanpa memberikan dukungan ekstra. Program posyandu seringkali bisa pula menjadi *starting point*.
- b. *Bekerjasama dengan tokoh masyarakat* : Tokoh masyarakat, politik dan agama sebaiknya dilibatkan sesuai kapasitasnya, ini diperlukan sebagai refleksi keragaman yang ada dalam komunitas. Para tokoh ini, tidak saja dilatih untuk dirinya tetapi juga didorong untuk mampu mendengarkan, mendorong, berbagi tanggungjawab dan kekuatan bersama. Harus diingat bahwa kita harus senantiasa mendukung dan menjaga kredibilitasnya dalam komunitas diantaranya dengan menjamin partisipasinya dalam proses perencanaan.
- c. *Menjamin dukungan resmi pemerintah setempat* : Program berbasis komunitas akan sangat memerlukan dukungan dari petugas kesehatan dan pendidik kesehatan yang akan berujung kepada perlunya dukungan pemerintah lokal.
- d. *Memahami perbaiki sosial ekonomi masyarakat* : Untuk mengatasi konflik of interest, petugas kesehatan lingkungan harus memahami perbaikan sosial ekonomi masyarakat, perpecahan di masa lalu (khususnya jika telah gagal).
- e. *Membuat perencanaan yang baik* : Rencana khusus dibuat untuk mendorong partisipasi dari semua anggota masyarakat contoh dengan membuat pelayanan anak gratis untuk membuat orangtua dari anak berpartisipasi

Ada banyak bentuk hubungan sosial tradisional atau informal dalam bentuk kelompok-kelompok. Di daerah perkotaan mungkin kita bisa menemukan contoh serikat pekerja, ikatan pegawai, klub seni, klub olahraga, kelompok etnik dll. Sementara di pedesaan mungkin kita akan menemukan “trah” (Kelompok berdasar garis keturunan), kelompok petani/pedagang, posyandu, koperasi, kelompok pengajian, kelompok arisan (yang juga umum di kota).

Kondisi yang berbeda antara desa dan kota juga memiliki dampak besar dalam mempersiapkan program promosi untuk anggota komunitasnya. Di kota juga memiliki pengelompokan tersendiri misalnya antara daerah kumuh dan kawasan elit. Seorang petugas kesehatan harus memiliki kemampuan untuk mengenali potensi semua organisasi sosial.

Penilaian Bahaya dan Perhatian

Kebanyakan masyarakat memiliki pemahaman kolektif tentang bahaya yang berasal dari lingkungannya dan bagaimana mereka mengatasinya, namun seringkali terjadi kurang tepat dalam mengestimasi risiko yang dihadapi sebenarnya. Sementara yang lain mungkin memperhatikan risiko tetapi merasa mereka merasa terlalu kecil bisa melakukan sesuatu. Estimasi yang keliru ini akan umum kita temukan dalam lingkungan kita sehari-hari.

Persepsi risiko diantaranya dibentuk oleh pengalaman personal, kolektif atau dari informasi. Dalam konteks bencana mungkin bisa pengalaman langsung, atau tidak langsung (cerita/hikayat, media masa dll). Tradisi mengatasi risiko kejadian alam yang berulang sering kita lihat, dibangun dalam budaya suatu komunitas, seperti yang kita lihat dari tradisi di Gunung Merapi (“Mbah Marijan”). Praktek kultur ini mengalir dari satu generasi ke generasi yang lain. Pertanda alam dengan turunya hewan-hewan liar dari gunung Merapi, atau kepercayaan jika air di laut surut (tsunami) pada masyarakat kepulauan sebelah barat Sumatera telah tumbuh dalam budaya yang berjalan dari generasi ke generasi. Namun demikian, di banyak tempat familiaritas dengan bahaya nampaknya masih sangat terbatas dan seringkali tidak memanfaatkan perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan yang ada.

Kemunculan perhatian publik dan program mobilisasi merupakan bagian penting dalam mengurangi kerawanan. Upaya utama seharusnya diberikan untuk :

- Meningkatkan perhatian publik terhadap bahaya khususnya kesehatan
- Menginformasikan mengenai bagaimana mencegah bahaya atau mengurangi dampak
- Meningkatkan perhatian terhadap ancaman kesehatan dan keamanan akibat bencana
- Mendorong orang-orang untuk berpartisipasi dalam perlindungan diri, lingkungan dan pelayanan kesehatannya dari bencana dan efek bencana

Praktek semacam ini telah banyak kita temukan di negara-negara maju, namun belum membudaya untuk wilayah negara berkembang.

Promosi mengenai hal ini harus dilakukan secara rutin, dan jangka panjang serta merupakan aktifitas yang berkelanjutan dimulai dari identifikasi dan analisis risiko. Analisis ini penting untuk tahap penyiapan dan upaya pencegahan dan harus memasukan informasi yang dibutuhkan untuk mengkomunikasikan dengan masyarakat. Komunitas sendiri harus terlibat berpartisipasi dalam identifikasi dan pengkajian risiko, dan berpartisipasi dalam pendekatan yang harus digunakan dalam promosi. Aktifitas komunikasi disisain dengan menggunakan pendidikan di sekolah untuk anak-anak dan remaja, pendidikan khusus untuk orang dewasa, informasi publik melalui mass media atau informasi dan mobilisasi melalui organisasi lokal dan kelompok komunitas

Program-program promosi partisipatif, berfokus dan spesifik disusun dengan tanpa membuat ketakutan di masyarakat. Orang didorong untuk berpartisipasi dalam kelompok komunitas dengan fokus perhatian terhadap bahaya, pencegahan bencana dan keamanan. Pesan yang spesifik dan sesuai dengan bahaya diperlukan.

Dalam fase respon, para korban bencana akan cenderung mengharapkan informasi. Misalnya dalam kasus NAD, bagaimana supaya bisa berkumpul kembali dengan anggota keluarga / teman, dan tempat aman untuk tinggal. Seringkali pula dengan tersebarnya pengungsian seperti di dalam kasus gempa Yogyakarta, pengungsi tidak mengetahui (fase respon) dimana mereka bisa memperoleh kebutuhan dasar. Pada tahap ini pula imunisasi dilaksanakan yang memerlukan adanya kampanye untuk mendiseminasikan ajakan. Semua hal tersebut menjadi dasar bagi pelaksanaan promosi.

Sementara di fase rehabilitasi risiko pada korban semakin meningkat misal dalam kondisi normal pembuangan BAB, sumber air mungkin menjadi terkontaminasi, kondisi lingkungan yang memburuk, keterbatasan pelayanan dan lain sebagainya. Kondisi tersebut menuntut partisipasi masyarakat untuk setidaknya meminimalisir permasalahan kesehatan masyarakat yang timbul.

Tentang bagaimana menyusun pesan-pesan berikut metode dan media yang digunakan WHO telah menerbitkan tujuh tahap penyusunan media promosi dalam situasi emergensi. Petunjuk tersebut sangat berguna dan cukup detail bagi para pelaksana lapangan maupun manajer program. (alamat referensi bisa ditemukan dalam daftar referensi) .

Komunikasi informasi kesehatan akan efektif ketika metode, pendekatan dan material yang digunakannya beragam.

1. Kontak orang per orang

- o Pendengar yang harus mendengarkan bisa kita temukan di klinik, klinik bersalin, pusat distribusi makanan, titik pengumpulan air, dan lain sebagainya. Disini Petugsa kesehatan dan sukarelawan terlatih bisa memberikan promosi. Dalam periode non emergensi, klinik kesehatan, sekolah dan tempat kerja memberikan bentuk audien yang hampir sama. Pertemuan bisa dilakukan untuk kelompok khusus, atau individu yang dipilih yang dikumpulkan bersama dalam FGD pada satu topik spesifik dan atau kunjungan keluarga. Pengaruh kelompok lokal yang ada atau organisasi sosial yang ada sangat berguna dalam meningkatkan dampak informasi

- Pendekatan langsung khususnya jika menggunakan bentuk interaksi antara petugas dan individu-individu, akan lebih efektif jika mengambil isu spesifik dan mendorong perubahan perilaku secara khusus dan dalam menguji bahwa pesan yang relevan
 - Aktifitas yang sesuai misalnya diskusi interpersonal atau kelompok kecil, demonstrasi, cerita, *role play*, studi kasus dan permainan mendidik (khususnya dalam situasi non emergensi)
2. Penyuluhan dan pelatihan
- Bantuan pengajaran yang sesuai termasuk didalamnya adalah media cetak, poster, film, slide, video dan *flip chart*. Ini akan berguna untuk menyalurkan informasi dan sebagai pendukung pembicara, tetapi harus diperkuat interaksi dan kontak personal dengan target audien.
3. Komunikasi massal
- Radio, audio kaset, televise, video, koran, permainan, pertunjukan boneka, dan megaphone, efektif dalam mengkomunikasikan informasi dengan cepat kepada orang banyak dan mengarahkan perhatian terhadap permasalahan atau ide. Pesan yang relevan dan dampak efektifitas dari apa yang dikomunikasikan, perlu untuk dievaluasi
 - Media massa ketika terjadi bencana mungkin mengalami kerusakan atau kekacauan. Radio mungkin bisa beroperasi, dan dalam pengungsian jangka panjang sangat memungkinkan untuk membuat stasiun radio yang dekat dengan pengungsian untuk melakukan siaran program secara rutin mengenai isu kesehatan.

Ketika memutuskan pesan dan metode komunikasi yang akan digunakan, penting untuk :

- Menyusun kebutuhan yang relevan dengan aktifitas pendidikan kesehatan melalui pengkajian (sebisa mungkin) partisipatif dan yang urgen
- Perhatikan dalam kampanye bahwa mungkin para korban kebanyakan adalah buta huruf; di dalam situasi ini, teknik pembelajaran partisipatif adalah yang paling sesuai
- Pilih dan adaptasi metode yang sesuai dengan karakteristik dan interest kelompok target khusus - muda/tua, laki/perempuan, anggota dari kelompok agama dll
- Susun prosedur evaluasi efektifitas kampanye promosi kesehatan dengan memilih indikator yang sesuai untuk mengukur perubahan dalam status kesehatan orang, perilaku dan lingkungannya
- Penguatan dari praktek kesehatan yang ada, yang menguntungkan dan mendorong korban.
- Pilih pesan yang positif, atraktif didasarkan pada apa yang orang-orang telah ketahui, apa yang mereka inginkan dan apa yang mereka biasa lihat

••• BAHAN BACAAN •••

- Libatkan orang-orang dalam produksi material pengajaran (ini bagian dari pendidikan dan akan menjamin materi relevan dan cocok dengan budaya)
- Gunakan secara efektif pemuda/anak-anak dalam pengajaran dan mobilisasi yang lain
- Hindari pesan yang mengimplikasikan bahwa orang-orang disalahkan atas dirinya dan atau sakitnya anaknya ; pesan dan metode harus tidak menyalahkan

Referensi

- , (2005), Health Promotion and Community Participation, <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/eng>
- Dignan, M.B., & Carr, P.A.(1992) *Program Planing for Health Education and Promotion*, Pennsylvania : Lea & Febiger
- Ewles,L. and Simnett,I. (1994) *Promoting Health: a practical guide (2nd Ed)* (alih bahasa oleh Ova Emilia) Gadjah Mada University Press
- Gabriela Y. Solis, G.Y., Hightower, H.C., Kawaguchi, J., (1995), Guidelines on Cultural Diversity and Disaster Management, <http://ww3.psepc-sppcc.gc.ca/research/resactivites/emerman/PDFs>
- Glanz, K., Lewis F.M., Rimer B.K. (1997) *Health Behavior and Helath Education*, San Fransisco: Josey-Bass Publisher
- Green, L.W dan Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion Planning An Education and Envinronmental Approach*. Second Edition. USA : Mayfield Publishing Company.
- Hurnen, F., McClure, J., (1997) The Effect of Increased Earthquake Knowledge on Perceived Preventability of Earthquake Damage, *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, Volume : 1997-3
- Oxfam, (2005), Guidelines for Public Health Promotion in Emergencies, http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies
- Public Health Emergency Preparedness: Fundamentals of the “System”, http://www.nhpf.org/pdfs_bp
- Schumacher, E.F. (1987). *Kecil itu Indah, Ilmu Ekonomi yang Mementingkan Rakyat Kecil*. Jakarta: LP3ES
- Simon-Morton, B.G., Greene, W., Gottlieb, H.N., (1995), *Introduction to Health Education and Health Promotion*, Waveland Press Inc, Illionis
- Spittal, M.J., Siegert, R.J., Walkey, F.H., (2005), Optimistic bias in relation to preparedness for earthquakes, *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, Volume : 2005-1
- The Centre for Health Promotion Toronto University , (2001), Introduction to Health Promotion Program Planning Version 3.0, <http://www.thcu.ca/infoandresources/publications>
- UNC, (2006), Public Health Competencies, <http://www2.sph.unc.edu/oce>
- WHO, (2005), Capacity Building on Health Action in Crises, <http://www.who.int/hac/techguidance>
- WHO, (2005), Effective Media Communication during Public Health Emergencies, <http://www.who.int/csr/resources/publications>
- WHO, (2005), The Health Sector Contribution to Disaster Reduction, <http://www.who.int/hac/events/tsunamiconf>
- WHO, (2005), WHO Conference on the Health Aspects of the Tsunami Disaster in Asia, Phuket, Thailand, 4- 6 May 2005
- WHO. (1992). *Education for Health*. Alih bahasa Tjitarsa, B. Ida, Penerbit Institut Teknologi Bandung dan Universitas Udayana.