

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Angka kematian ibu, bayi dan balita saat ini menjadi wacana yang terus berkembang di masyarakat kita. Sedikitnya 18.000 ibu meninggal setiap tahun di Indonesia karena kehamilan atau persalinan. Hal itu berarti setiap setengah jam seorang perempuan meninggal karena kehamilan atau persalinan. Tingginya angka kematian ibu tersebut menempatkan Indonesia pada urutan teratas di ASEAN. (diakses pada Selasa tanggal 1 Maret 2011, pukul 20.00 wib <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1062485736,79038>).

Kematian ibu, bayi, dan balita merupakan masalah besar di negara berkembang seperti Indonesia. Data penelitian *world bank* atau bank dunia tahun 2008 menunjukkan angka kematian ibu saat melahirkan di Indonesia mengalami peningkatan. Direktur *Women Research Institute*, Sita Ari Purnami, Selasa (12/08) mengatakan angka kematian ibu saat melahirkan dari 302/100 ribu ibu melahirkan menjadi 420/100 ribu ibu melahirkan. (diakses pada Selasa tanggal 1 Maret 2011, pukul 20.00 wib <http://trijayafmplg.wordpress.com/2008/08/12/world-bank-angka-kematian-ibu-di-indonesia-meningkat/>).

Angka kematian ibu di Indonesia bahkan lebih tinggi dari Vietnam. Angka kematian ibu di negara tetangga tercatat 95 per 100.000 kelahiran hidup. Negara anggota ASEAN lainnya, Malaysia tercatat 30 per 100.000 dan Singapura 9 per 100.000. Hal ini sangat memprihatinkan karena Millinium Development Goals

(MDGs) menargetkan 125/100 ribu ibu melahirkan dan ditargetkan tercapai pada tahun 2015. (diakses pada Selasa tanggal 1 Maret 2011, pukul 20.00 WIB <http://trijayafmplg.wordpress.com/2008/08/12/word-bank-angka-kematian-ibu-di-indonesia-meningkat/>).

Adapun sebagian besar kematian ibu, bayi, dan balita disebabkan oleh penyebab langsung, yaitu pendarahan, infeksi, eklamsia, persalinan lama, dan abortus komplikasi abortus. Disamping itu, kematian ibu juga dilatarbelakangi oleh rendahnya tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan kedudukan dan peran perempuan, faktor sosial budaya serta faktor transportasi, yang kesemuanya berpengaruh pada munculnya dua keadaan yang tidak menguntungkan, yaitu: (1) Tiga Terlambat (terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan); (2) Empat terlalu (terlalu mudah melahirkan, terlalu sering melahirkan, terlalu rapat jarak melahirkan, dan terlalu tua untuk melahirkan). (sumber: buku pedoman kesehatan keluarga 2009: 1).

Seperti halnya daerah lain di Indonesia, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta juga mengalami hal yang sama mengenai masalah kematian ibu, bayi, dan balita. Adapun data jumlah kematian ibu, bayi dan balita dinas kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2007-2009 sebagai berikut:

DATA JUMLAH KEMATIAN IBU, BAYI DAN BALITA DINAS

KESEHATAN PROVINSI DIY 2007 – 2010

Tahun	Kabupaten	Jumlah		
		Kematian Ibu Melahirkan	Kematian Bayi	Kematian Anak Balita
2007	KOTA	4	15	8
	BANTUL	6	98	5
	KULON PROGO	6	107	12
	GUNUNG KIDUL	7	45	0
	SLEMAN	11	52	58
2008	KOTA	1	28	8
	BANTUL	18	170	105
	KULON PROGO	4	71	16
	GUNUNG KIDUL	7	58	8
	SLEMAN	11	49	6
2009	KOTA	3	33	5
	BANTUL	19	142	86
	KULON PROGO	10	95	14
	GUNUNG KIDUL	7	58	1
	SLEMAN	9	54	0
2010	KOTA	7	67	5
	BANTUL	10	120	21
	KULON PROGO	4	65	15
	GUNUNG KIDUL	6	53	8
	SLEMAN	13	67	5

(Sumber: Data jumlah kematian ibu, bayi, dan balita di provinsi DIY, 4 Desember 2010).

Data tersebut menunjukkan bahwa empat kabupaten di Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu Bantul, Sleman, Kulon Progo, dan Gunung Kidul mengalami kenaikan kematian ibu, bayi, dan balita sementara untuk Yogyakarta, dapat menunjukkan penurunan terhadap kematian ibu, bayi dan balita. Dari data tersebut peneliti tertarik untuk mencari tahu bagaimana Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dapat menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita.

Kota Yogyakarta melalui Dinas Kesehatan dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara keseluruhan. Adapun pelayanan kesehatan yang diberikan yaitu mulai dari tenaga sarana pelayanan kesehatan (dokter, perawat dan bidan, nutrisianis, rekam medis, sanitarian), fasilitas kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, dan dokter gigi), rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), pos pelayanan terpadu (posyandu), dan segala macam obat-obatan. (wawancara dengan Kepala Seksi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 23 Desember 2010).

Agar dapat menekan jumlah kematian ibu, bayi, dan balita di Kota Yogyakarta, perlu adanya perhatian khusus yang harus diberikan terhadap peningkatan kesehatan ibu termasuk juga kepada bayi baru lahir. Perhatian tersebut diwujudkan dengan melaksanakan berbagai upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Pada tahun 2000 Kementerian Kesehatan telah mencanangkan Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang merupakan strategi terfokus dalam penyediaan dan pemantapan pelayanan kesehatan. Namun sejauh ini angka kematian ibu belum mencapai target sasaran rencana pembangunan jangka menengah bidang kesehatan (RPJMN-BK). Kemudian pada tahun 2007

Kementerian Kesehatan melakukan upaya terobosan untuk percepatan penurunan AKI di seluruh Indonesia, yaitu dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). (Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker, 2009: 2).

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stikerisasi merupakan “upaya terobosan” dalam penurunan percepatan angka kematian ibu, bayi, dan balita. Stiker diharapkan menjadi media pesan antara Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, ibu hamil, tenaga kesehatan, dan seluruh elemen masyarakat. Sehingga antara elemen-elemen terkait terjadi hubungan yang baik dengan satu tujuan, yaitu menurunnya angka kematian ibu, bayi, dan balita (wawancara dengan Kepala Seksi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 30 November 2010).

Upaya percepatan penurunan angka kematian tersebut dilakukan melalui kegiatan peningkatan akses dan kualitas layanan yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi masyarakat, khususnya menyangkut kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Sehingga mencapai *Millenium Development Goals* (MDG's) terutama dalam hal penurunan AKI yang telah terintegrasi sebagai satu kegiatan dari Desa Siaga (Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker, 2009: 3).

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) diharapkan mampu mendorong ibu hamil untuk lebih aktif bertanya kepada Bidan atau tenaga kesehatan dan pendamping ibu hamil mengenai kesehatan dirinya dan

janin yang ada di dalam kandungannya. Selain itu dengan adanya perencanaan persalinan yang matang diharapkan adanya kejelasan dimana akan melahirkan, kapan waktu untuk melahirkan, dengan alat transportasi apa, siapa pendonor setelah melahirkan, serta bagaimana biaya persalinan sudah tidak menjadi beban pikiran lagi.

Pengalaman lapangan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta selama ini diketahui bahwa kemampuan dalam berkomunikasi merupakan kunci keberhasilan untuk dapat membangun kepercayaan masyarakat terhadap bidan atau tenaga kesehatan, pendamping ibu hamil, dan ahli kesehatan lainnya. Bidan diharapkan berperan aktif sebagai fasilitator yang dapat membangun komunikasi *persuasive* sehingga nantinya akan timbul kepercayaan masyarakat terhadap Bidan atau tenaga kesehatan dan pendamping ibu hamil. Dengan kepercayaan yang baik dari masyarakat, maka diharapkan dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (wawancara dengan Kepala Seksi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 4 November 2010).

Secara efektif dari tahun 2008-2010 Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta mengenalkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) kepada masyarakat dengan berbagai cara. Mulai dari sosialisasi P4K di puskesmas dengan tenaga kesehatan sebagai sasarannya, sosialisasi kepada masyarakat kepada ibu hamil dan suami, pembentuk kader pendamping ibu hamil, dan melakukan promosi ke berbagai media, antara lain media cetak, elektronik,

dan media *cyber*. dilakukan kepada seluruh lapisan masyarakat melalui sosialisasi program.

Sosialisasi dilakukan dengan tujuan untuk memberikan keterampilan pada individu, mengembangkan kemampuan berkomunikasi, mengendalikan fungsi organik melalui latihan mawas diri yang tepat, dan untuk menanamkan nilai dan kepercayaan pokok pada diri seseorang. Sehingga muncul kebiasaan yang nantinya membantu individu dalam berinteraksi dengan masyarakat. Sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dibagi menjadi dua, yaitu sosialisasi yang bertempat di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan bidan atau tenaga kesehatan dan kader pendamping sebagai pesertanya. Dan yang kedua yaitu sosialisasi yang bertempat di puskesmas dengan ibu hamil dan suami sebagai pesertanya (wawancara dengan Kepala Seksi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 16 Maret 2011)

Promosi tidak saja berfungsi sebagai alat komunikasi antara perusahaan dan konsumen, melainkan juga sebagai alat untuk mempengaruhi konsumen dalam kegiatan pembelian barang maupun jasa. Tujuan dilakukannya promosi adalah ingin mencapai target atau sasaran, baik itu jangka pendek, jangka menengah, maupun jangka panjang. Promosi dalam Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yaitu tidak hanya sekedar mengenalkan P4K kepada masyarakat, tetapi juga untuk mempengaruhi masyarakat sehingga dapat berperilaku sesuai dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Sehingga masyarakat tidak sekedar mengetahui program tersebut tetapi mau menjalankan program tersebut

sehingga tercapainya target Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, yaitu menurunnya angka kematian ibu, bayi, dan balita di Kota Yogyakarta. Untuk menjalankan promosi tersebut, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menggunakan beberapa media, yaitu *face to face* melalui sosialisasi dan bermedia melalui buku KIA, stiker, *leaflet*, *banner*, radio, dan televisi (wawancara dengan Kepala Seksi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 16 Maret 2011)

Berkaitan dengan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY pada 4 Desember 2010, dan dengan adanya promosi kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta melalui berbagai media maka muncullah pertanyaan dari peneliti yaitu bagaimana strategi promosi kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Strategi promosi kesehatan dipilih dengan alasan karena ingin merubah perilaku masyarakat dengan P4K sebagai produknya. Sehingga nantinya dapat mencapai target dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, yaitu menurunnya angka kematian ibu, bayi, dan balita. Selanjutnya penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan pada permasalahan di atas maka dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut :

Bagaimana Strategi promosi kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)?

### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui bagaimana Strategi promosi kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi.
2. Untuk mengetahui faktor pendorong dan penghambat Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

### **D. Manfaat Penelitian**

1. Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada kajian komunikasi, dalam hal ini kaitannya dengan strategi promosi kesehatan dengan segala unsur-unsur yang ada di dalamnya.

2. Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk dapat menjadi sarana pengembangan strategi bagi organisasi tentang pelaksanaan promosi, khususnya bagi Dinas Kesehatan di Kota Yogyakarta sehingga jauh lebih baik dalam merencanakan strategi promosi dari sebelumnya.

## **E. Kerangka Teori**

### **1. Promosi Kesehatan**

#### **a. Pengertian Promosi Kesehatan**

Menurut WHO (1947), kesehatan secara luas tidak hanya meliputi aspek medis, tetapi juga aspek mental dan sosial, dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan (Maulana, 2009: 4).

Menurut UU Kesehatan No. 23 tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Tidak hanya terbatas dari gangguan secara fisik, mental, dan sosial, tetapi kesehatan dipandang sebagai alat atau sarana untuk hidup secara produktif (Maulana, 2009: 5).

Ottawa Charter (1986) dalam bukunya Hari D. J. Maulana (2009) “Promosi Kesehatan”, mengatakan promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan atau memandirikan masyarakat agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Maulana, 2009: 12).

WHO mengatakan promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri (*self empowerment*). Promosi kesehatan tidak hanya meningkatkan “kesadaran” dan “kemauan” seperti yang dikonotasikan dalam pendidikan kesehatan (Maulana, 2009: 19).

Menurut Green & Ottoson (1998) dalam bukunya Hari D. J. Maulana (2009), mengatakan bahwa promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan

perundang-undangan untuk perubahan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Maulana, 2009: 19).

Henrik L. Blum (1974) dalam bukunya Hari D. J. Maulana (2009), menggambarkan ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan. Adapun faktor tersebut meliputi:

- a) Faktor lingkungan (*Environment*), mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
- b) Faktor perilaku (*Behavior*)
- c) Faktor pelayanan kesehatan (*Health Service*), mencakup pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi.
- d) Faktor keturunan (*Heredity*)

Faktor tersebut disamping berpengaruh langsung terhadap kesehatan, juga saling berpengaruh satu sama lain. Status kesehatan akan optimal jika keempat faktor tersebut secara bersama-sama dalam kondisi optimal pula. Jika satu faktor terganggu (tidak optimal), maka status kesehatan akan bergeser ke arah bawah optimal. Dengan kata lain, intervensi dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan harus ditujukan pada keempat faktor tersebut (Maulana, 2009: 8).

Secara definisi, istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah promosi kesehatan sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Ada lima tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yaitu:

- a) *Health promotion* (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)

Adapun dalam hal ini promosi kesehatan adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian ke dua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarkan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dalam artian promosi kesehatan adalah memasarkan, membeli (menerima perilaku kesehatan) atau mengenal pesan-pesan kesehatan. Yang nanti akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat.

Dari pengertian di atas, maka dapat kita ketahui bahwa promosi kesehatan tidak dapat berdiri sendiri. Menurut Maulana (2009) ada beberapa komponen promosi kesehatan yang tidak dapat kita pisahkan, komponen tersebut yaitu:

- a) Pendidikan kesehatan (*health education*)

Menurut Tones dalam De Leeuw (1989), pendidikan kesehatan berfungsi membangkitkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial penyakit, yang secara ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat. Pendidikan kesehatan berusaha membantu orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan memengaruhi, memungkinkan, dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan mereka sendiri.

b) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

Promosi kesehatan mencakup kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi. Hal itu dilakukan untuk pemberdayaan masyarakat, tentu diperlukan jalur komunikasi yang selanjutnya diisi dengan penyampaian dan dimantapkan dengan edukasi. Kunci keberhasilan program promosi kesehatan terletak pada strategi komunikasi kesehatan yang diambil (Notoatmodjo 2005: 45).

c) Penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan. Dengan demikian, masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Azwar, 1983) yang dikutip oleh Maulana (2009: 137). Sehingga dengan demikian, petugas penyuluhan kesehatan harus menguasai ilmu komunikasi dan menguasai pemahaman yang lengkap tentang pesan yang akan disampaikan. Penyuluhan kesehatan bertujuan mengubah perilaku kurang sehat menjadi sehat. Perilaku baru yang berbentuk, biasanya hanya terbatas pada pemahaman sasaran (aspek kognitif), sedangkan perubahan sikap dan tingkah laku merupakan tujuan tidak langsung.

d) Pemasaran Sosial Kesehatan

Seiring dengan perubahan kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia, pemasaran sosial (*social marketing*) telah banyak dipergunakan dalam berbagai keperluan program kesehatan, yang merupakan salah satu bentuk operasional dari

komunikasi kesehatan. Pemasaran sosial adalah suatu proses untuk membuat rancangan, implementasi, dan pengawasan program yang bertujuan meningkatkan penerimaan gagasan sosial atau perilaku pada suatu kelompok sasaran. Sementara pemasaran dalam konteks promosi kesehatan adalah keterampilan manajemen dalam mengidentifikasi kesempatan-kesempatan untuk memenuhi permintaan konsumen atau klien sehingga memberikan perlindungan maksimal dan atau perbaikan dalam kesehatan mereka (Ewles dan Simnett, 1994) yang dikutip oleh Maulana (2009: 120).

Menurut Departemen Kesehatan RI (Notoatmodjo, 2005), pengembangan kegiatan pemasaran sosial terdiri atas empat belas langkah berikut: riset formatif (dilakukan untuk menentukan format strategi kegiatan), penyusunan strategi (strategi mencakup berbagai kelompok sasaran primer, skunder, tersier), uji coba strategi (dalam pelaksanaannya, mungkin saran belum cukup meyakinkan pada tahap ini, petugas lapangan dapat bekerja sama untuk menemukan cara melakukannya sampai sasaran sepenuhnya puas dan setuju untuk melaksanakannya), menulis arah kreatif dan media (arahan ini akan menyimpulkan tujuan dan maksud kegiatan, gambaran rinci data ekonomi, sosial, dan geografis daerah kegiatan serta daftar kelompok sasaran), menentukan konsultan kreatif dan konsultan media (jika digunakan media massa, maka perlu perencanaan yang matang, alokasi waktu, dan pemantauan), menyusun pesan dan bahan serta rencana media (pada bagian ini penyajian rancangan lengkap tentang pesan dan bentuk semua bahan cetak, naskah untuk radio spot dan cerita untuk TV atau film), menguji bahan dan pesan (uji coba dilakukan untuk memastikan bahwa

pesannya jelas, tidak membingungkan, dapat dimengerti, dipercaya, sejalan dengan budaya, secara emosional merangsang, dan bebas dari hal-hal negatif), memperbaiki bahan, penyempurnaan program, memproduksi bahan, pengumpulan data dasar dan evaluasi, orientasi dan pelatihan, melaksanakan kegiatan (pelaksanaan kegiatan promosi dan hubungan masyarakat langsung sebaiknya dilaksanakan pada saat pencahangan, misalnya pencahangan program tertentu oleh kepala daerah yang dihadiri para pelaksana, instansi, media yang terlibat), memantau dan memperbaiki (pemantauan sebaiknya dilakukan setiap 3, 6, 12 bulan, kegiatan pemantauan lebih dalam dilakukan untuk menjajaki efektivitas pesan yang disampaikan). Ada beberapa faktor dalam penentu keberhasilan sosial, antara lain: manajemen, konsumen, kelompok sasaran, identitas, manfaat, biaya, ketersediaan, saluran komunikasi, pemantauan dan perbaikan, evaluasi (Maulana, 2009: 125-132).

e) Mobilisasi sosial

Promosi kesehatan juga mengandung pengertian mobilisasi sosial, karena dalam promosi kesehatan diperlukan adanya advokasi kebijakan. Sehingga kebijakan yang sudah ada dapat memberikan dukungan bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat. Hal ini merupakan "*low enforcement*" yang dapat "memaksa" atau memobilisasi masyarakat untuk berbuat atau tidak berbuat sama sekali (Maulana, 2009: 12-15).

Dapat disimpulkan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan, KIE, penyuluhan kesehatan, pemasaran sosial, dan mobilisasi sosial merupakan komponen. Dalam pengertian yang lebih luas, idealnya setiap kegiatan atau

program yang bertujuan memandirikan masyarakat harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan di dalamnya, dan promosi kesehatan sebagai “payung” yang merangkum kegiatan atau program tersebut.

Hari D. J Maulana 2009 mengatakan ada beberapa tujuan promosi kesehatan, yaitu peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat, peningkatan perilaku masyarakat, dan peningkatan status masyarakat. Agar tujuan dapat dicapai dan dijalankan sesuai keinginan, penetapan tujuan harus memenuhi syarat, yaitu *specific, measurable, appropriate, reasonable, time bound*, dan dinyatakan dalam bentuk *performance*, bukan *effort* (Maulana, 2009: 116).

Tujuan promosi kesehatan terdiri atas tiga tingkatan (Green, 1991), yaitu tujuan program, tujuan pendidikan, dan tujuan perilaku.

Tujuan program (program *objective*), tujuan program merupakan refleksi dari fase sosial dan epidemiologi, berupa pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Tujuan ini harus mencakup *who will in how much of what by when*. Tujuan program juga sering disebut sebagai tujuan jangka panjang (contohnya: mortalitas akibat kecelakaan kerja pada pekerja menurunnya 50% setelah promosi kesehatan berjalan lima tahun).

Tujuan penelitian (*educational objective*), merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapainya perilaku yang diinginkan. Tujuan pendidikan tersebut juga tujuan jangka menengah (contohnya: cakupan angka kunjungan ke klinik perusahaan meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan tiga tahun).

Tujuan perilaku (*behavioral objective*), merupakan tujuan jangka pendek yang merupakan gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan. Tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan (contohnya: pengetahuan pekerja tentang tanda-tanda bahaya di tempat kerja meningkat 60% setelah promosi kesehatan berjalan enam bulan), (Maulana, 2009: 116).

#### **b. Sasaran & Ruang Lingkup Promosi Kesehatan**

Maulana (2009: 21) dalam bukunya “Promosi Kesehatan” menjelaskan sasaran promosi kesehatan perlu dikenali secara khusus, rinci, dan jelas agar promosi kesehatan lebih efektif. Adapun sasaran dari adanya promosi kesehatan adalah:

- a) Individu/ keluarga
- b) Masyarakat
- c) Pemerintah/ lintas sektor/ politisi/ swasta,
- d) Petugas atau pelaksana program

Sehubungan dengan hal itu, promosi kesehatan dihubungkan dengan beberapa tatanan, antara lain tatanan rumah tangga, tatanan tempat kerja, tatanan institusi kesehatan, tatanan tempat-tempat umum. Agar lebih spesifik menurut Maulana (2009: 22), sasaran kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu:

- a) Sasaran primer, adalah sasaran yang mempunyai masalah, yang diharapkan mau berperilaku sesuai harapan dan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku tersebut.

- b) Sasaran sekunder, adalah individu atau kelompok yang memiliki pengaruh atau disegani oleh sasaran primer. Sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer.
- c) Sasaran tersier, adalah para pengambil kebijakan, penyandang dana, pihak-pihak yang berpengaruh di berbagai tingkat (pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan, dan desa/ kelurahan).

Selain membutuhkan sasaran yang jelas, maka promosi kesehatan juga harus mempunyai ruang lingkup. Sehingga semua berjalan dengan jelas. Berdasarkan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada tahun 1986, dalam bukunya Maulana (2009: 24-25) promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area, yaitu:

- a) Kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan (*health public policy*)

Kegiatan ditujukan pada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Hal ini berarti setiap kebijakan pembangunan dalam bidang apa pun harus mempertimbangkan dampak kesehatan bagi masyarakat.

- b) Mengembangkan jaring kemitraan dan lingkungan yang mendukung (*create partnership and supportive environment*)

Kegiatan ini bertujuan mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung terhadap kesehatan. Kegiatan ini ditujukan kepada pemimpin organisasi masyarakat, serta pengelola tempat-tempat umum, dan diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan nonfisik yang mendukung atau kondusif terhadap kesehatan masyarakat.

c) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*)

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi dan penerima pelayanan. Orientasi pelayanan diarahkan dengan menempatkan masyarakat sebagai subjek (melibatkan masyarakat dalam pelayanan kesehatan) yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas kesehatannya sendiri. Hal tersebut berarti pelayanan kesehatan lebih diarahkan pada pemberdayaan masyarakat.

d) Meningkatkan keterampilan individu (*increase individual skills*)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri atas kelompok, keluarga, dan individu. Kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, keluarga, dan individu terwujud. Oleh sebab itu, peningkatan keterampilan anggota masyarakat atau individu sangat penting untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat memelihara serta meningkatkan kualitas kesehatannya.

e) Memperkuat kegiatan masyarakat (*strengthen community action*)

Derajat kesehatan masyarakat akan terwujud secara efektif, jika unsur-unsur yang terdapat di masyarakat tersebut bergerak bersama-sama. Memperkuat kegiatan masyarakat berarti memberikan bantuan terhadap kegiatan yang sudah berjalan di masyarakat, sehingga lebih dapat berkembang.

Menurut Ewles dan Simnett (1994) dalam bukunya Maulana (2009: 43-45), ada lima pendekatan promosi kesehatan, yaitu:

a) Pendekatan Medik

Pendekatan ini mempunyai tujuan yaitu membebaskan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit feksi, kanker, dan jantung. Pendekatan ini melihat intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan. Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik, dan merupakan tanggung jawab profesi kedokteran, membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

b) Pendekatan Perubahan Perilaku

Pendekatan ini bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat, sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat. Pendekatan ini meyakinkan kita bahwa gaya hidup sehat merupakan hal penting bagi klien.

c) Pendekatan Pendidikan

Pendekatan ini bertujuan memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan, dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada.

d) Pendidikan Berpusat pada Klien

Tujuan dari pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka.

e) Pendekatan Perubahan sosial

Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan pada perilaku setiap individu. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini

memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik diberbagai tingkat.

### **c. Komunikasi Kesehatan**

Komunikasi merupakan proses kompleks (verbal dan nonverbal) yang melibatkan tingkah laku dan hubungan serta memungkinkan individu berasosiasi dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya (Perry dan Potter, 2005). Komunikasi mengacu tidak hanya pada isi, tetapi juga perasaan dan emosi ketika individu menyampaikan hubungan.

Seorang ahli komunikasi dari Amerika, Wilbur Schramm (1995) yang dikutip oleh Prodjosaputro (1978) dan Machfoedz, dkk (2005), menyebutkan bahwa di dalam komunikasi diperlukan diperlukan sedikitnya tiga unsur, yaitu (*source*), berita atau pesan (*massage*) dan sasaran (*destination*). Akan tetapi pendapat lain menyatakan bahwa pembagian yang paling banyak dianut adalah pembagian berdasarkan empat unsur, yaitu sumber, pesan, media, dan sasaran. Terdapat pula pendapat bahwa komunikasi terbagi menjadi enam unsur, yakni sumber, pesan, media, sasaran, umpan balik dan akibat. Tidak ada perbedaan mendasar di antara beberapa pendapat tersebut, tetapi justru dipandang saling melengkapi (Maulana, 2009: 94).

a) Sumber adalah pengirim berita atau komunikator. Sumber dapat berasal dari perorangan, kelompok, dan atau institusi serta organisasi tertentu.

- b) Pesan adalah rangsangan (stimulus) yang disampaikan sumber kepada sasarannya. Penyampaian pesan dapat berbentuk simbol bahasa, baik lisan maupun tulisan, yang disebut komunikasi verbal atau dalam bentuk simbol-simbol tertentu.
- c) Media adalah saluran atau alat yang dipakai sumber untuk menyampaikan pesan kepada sasaran. Jenis dan bentuk media sangat bervariasi dari media tradisional sampai pada media elektronik yang modern.
- d) Sasaran atau penerima adalah penerima pesan. Seperti sumber, penerima pesan dapat berupa perorangan, kelompok, dan atau institusi serta organisasi tertentu.
- e) Umpan balik adalah reaksi sasaran terhadap pesan yang disampaikan sumber. Komunikasi dapat berjalan baik atau tidak ditentukan oleh umpan balik atau reaksi sasaran.
- f) Akibat adalah hasil dari komunikasi, yakni terjadi perubahan pada diri sasaran.

#### **d. Promosi Kesehatan dan Perilaku**

Menurut Efendi dan Makhfudli (2009: 101), promosi kesehatan adalah upaya memberdayakan perorangan, kelompok, dan masyarakat, agar memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan serta mengembangkan iklim yang mendukung, dilakukan dari, oleh, dan untuk masyarakat sesuai dengan faktor budaya setempat. Yang ingin dicapai melalui pendekatan ini adalah meningkatkan kesadaran,

kemauan, dan keterampilan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (DepKes RI, 2006).

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2005:120).

Menurut Benyamin Bloom (1908), dalam Notoatmodjo (2003: 101-104) membagi perilaku manusia menjadi tiga domain (ranah), yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya teori bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

a) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Ada enam tingkatan dalam domain ini, yaitu:

- 1) Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari. Tahu merupakan suatu tingkatan pengetahuan yang paling rendah.
- 2) Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan didapat menginterpretasikan materi secara benar.
- 3) Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*real*).

- 4) Analisis (*analysis*), suatu kemampuan untuk menjabarkan materi dari suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur suatu organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*synthesis*), menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- 6) Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan *justification* atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan criteria yang telah ada.

b) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan tindakan atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Adapun tingkatan dari sikap, menurut Notoatmodjo (2003), yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*), diartikan bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*velluing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan sesuatu masalah.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala resiko. Ini merupakan sikap yang paling tinggi.

c) Tindakan Praktek atau (*practice*)

Praktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

- 1) Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih beberapa objek berkaitan dengan tindakan yang akan diambil. Ini merupakan praktek tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*guided response*), melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh. Ini adalah indikator tingkat kedua.
- 3) Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis.
- 4) Adopsi (*adaption*), merupakan suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

## **2. Strategi Promosi Kesehatan**

Strategi adalah cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan tersebut secara berhasil guna. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu:

### **a. Advokasi**

Menurut John Hopkins (1990) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik, melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif. Dengan kata lain advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen, yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat (Notoatmodjo, 2005: 32).

Sementara menurut Efendi & Makhfudli (2009), advokasi yaitu pendekatan pimpinan dengan tujuan untuk mengembangkan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Hasil yang diharapkan adalah kebijakan dan peraturan-peraturan yang mendukung untuk mempengaruhi terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat, serta adanya dukungan dana dan sumber daya lainnya (Efendi & Makhfudli 2009: 114).

Effendi & Makhfudli (2009), menambahkan bahwa bentuk kegiatan yang dapat dilakukan antara lain, pendekatan perorangan. Pendekatan tersebut seperti melalui lobi, dialog, negosiasi, debat, petisi, mobilisasi, seminar, dan lain-lain (Efendi & Makhfudli 2009: 114).

Tujuan dari adanya advokasi ada dua, yaitu umum dan khusus.

- 1) Tujuan umum: diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan usaha.
- 2) Tujuan Khusus:
  - a) Adanya pemahaman/ pengenalan/ kesadaran.
  - b) Adanya ketertarikan/ peminatan/ tidak penolakan.
  - c) Adanya kemauan/ kepedulian/ kesanggupan (untuk membantu/menerima).
  - d) Adanya tindakan/ perbuatan/ kegiatan nyata (yang diperlukan).
  - e) Adanya kelanjutan kegiatan (kesinambungan kegiatan).

### **b. Bina suasana**

Kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat, baik tokoh masyarakat formal atau pun informal. Tujuan utamanya adalah para tokoh masyarakat, yang berfungsi sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Bentuk dari kegiatannya antara lain: pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, serta penyuluhan (Notoatmodjo, 2005: 33).

Menurut Effendi & Makhfudli (2009), bina suasana yaitu penciptaan situasi yang kondusif untuk memberdayakan perilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku hidup bersih dan sehat dapat tercipta dan berkembang jika lingkungan mendukung hal ini. Dalam konteks ini lingkungan mencakup lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik (Efendi & Makhfudli 2009: 115).

### **c. Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung (Notoatmodjo, 2005: 33).

Menurut Effendi & Makhfudli (2009), pemberdayaan masyarakat yaitu gerakan dari, oleh dan untuk masyarakat mengenali dan memelihara masalah kesehatan sendiri, serta untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya (Efendi & Makhfudli 2009: 115).

Tujuannya yang ingin dicapai yaitu agar terwujudnya kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Bentuk dari pemberdayaan masyarakat antara lain: pelayanan kesehatan gratis, pemberian

obat gratis, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi dan pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (Efendi & Makhfudli 2009: 115).

Maulana (2009: 85) membagi tujuan pemberdayaan menjadi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum pemberdayaan masyarakat yaitu masyarakat mampu mengenali, memelihara, melindungi dan meningkatkan kualitas kesehatannya, termasuk jika sakit dapat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan dalam pembiayaannya.

Tujuan khusus pemberdayaan masyarakat yaitu memahami dan menyadari pentingnya kesehatan, memiliki keterampilan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, memiliki kemudahan untuk menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, berupaya bersama (bergotong-royong) menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya.

Prinsip dari pemberdayaan masyarakat yaitu menumbuhkembangkan potensi masyarakat, menumbuhkan kontribusi masyarakat dalam upaya kesehatan, mengembangkan kegiatan kegotong-royongan di masyarakat, promosi pendidikan dan pelatihan dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat, upaya dilakukan secara kemitraan dengan berbagai pihak, desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan kebudayaan setempat).

## **F. Metodologi Penelitian**

Untuk menemukan jawaban dari pertanyaan dalam penelitian ini, perlu adanya suatu metodologi penelitian. Hal ini dilakukan agar keabsahan dari

penelitian dapat dijamin dan dapat dipertanggung jawabkan keabsahan hasil penelitian yang dilakukan.

Meskipun tidak dipungkiri bahwa suatu metodologi penelitian juga memiliki kelebihan dan kelemahan. Namun tidak berarti sebuah pendekatan menjadi tidak sah atau tidak penting untuk digunakan. Sebab, persoalannya lebih terletak pada bagaimana menggunakan dan menempatkan sebuah pendekatan (dengan keunggulan dan kelemahan yang melekat padanya) dalam studi lapangan masalah yang relevan ditelaah menurut logika pendekatan tersebut.

### **1. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan studi kasus. Jalaludin rahmat dalam bukunya Metode Penelitian Komunikasi (1993: 24) mendefinisikan penelitian deskriptif yaitu:

Deskriptif adalah penelitian yang mempunyai tujuan untuk mengklasifikasi mengenai suatu fenomena atau kenyataan sosial dengan mendiskripsikan sejumlah variabel yang berkenaan dengan masalah yang akan diteliti. Penelitian deskriptif hanya memaparkan situasi atau peristiwa, tidak mencari atau menjelaskan hubungan, tidak menguji hipotesa dan membuat prediksi.

Soehartono (1995: 36), penelitian deskriptif mempunyai tujuan untuk memberikan gambaran tentang suatu masyarakat atau suatu kelompok orang tertentu atau gambaran tentang suatu gejala atau hubungan antara dua gejala atau lebih. Sementara menurut Suryabrata 1998: 18), tujuan dari penelitian deskriptif yaitu untuk membuat perencanaan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat populasi atau daerah tertentu.

Menurut Burhan Bungin, dalam bukunya Analisis Data Penelitian Kualitatif (2003) mendeskripsikan studi kasus sebagai berikut:

Studi kasus menghantarkan peneliti memasuki unit-unit sosial terkecil seperti penghimpunan, kelompok, keluarga, dan berbagai bentuk unit sosial lainnya. Jadi studi kasus, dalam khazanah metodologi dikenal sebagai suatu studi yang bersifat komperhensif, intens, rinci, dan mendalam, serta lebih diarahkan sebagai upaya menelaah masalah-masalah atau fenomena yang bersifat kontemporer, kekinian (Bungin, 2003: 19).

Sudah jelas dalam definisi studi kasus tersebut, bahwa seorang peneliti dapat melakukan penelitian secara mendalam, karena peneliti dapat langsung melihat kondisi dari apa yang menjadi objek penelitiannya.

Menurut Robert Yin (1996) dalam bukunya Burhan Bungin (2003: 20), menyebutkan bahwa studi kasus adalah suatu inkuiri empiris yang menyelidiki fenomena dalam konteks kehidupan nyata, bilamana batas-batas antara fenomena dan konteks tidak tampak dengan tegas dan dimana multi sumber bukti dimanfaatkan. Selanjutnya Yin juga mengemukakan bahwa secara umum studi kasus merupakan strategi yang lebih cocok atau paling sesuai dengan jenis pertanyaan penelitian dengan tipe pertanyaan “how” (bagaimana) atau “why” (mengapa).

Peneliti dalam penelitian ini memaparkan dengan jelas bagaimana Strategi promosi kesehatan P4K Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam upaya menekan kematian ibu, bayi, dan balita.

## **2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi atau tempat dalam penelitian ini yaitu di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta bagian kesehatan keluarga (kesga) dan gizi, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Yang beralamat di jalan Kenari No. 56 kompleks Balaikota, Timoho.

Telpon: (0274) 515868, 515869. Kode Pos: 55165. Websait: [www.jogjakota.go.id](http://www.jogjakota.go.id). Email internet: [kesehatan@jogjakarta.go.id](mailto:kesehatan@jogjakarta.go.id). Sedangkan untuk waktunya, penelitian ini dimulai sejak November 2010.

### **3. Informan Penelitian**

Informan adalah seseorang yang benar-benar mengetahui suatu persoalan atau permasalahan tertentu yang darinya dapat diperoleh informasi yang jelas, akurat, dan terpercaya baik berupa pernyataan, keterangan, atau data-data yang dapat membantu dalam memahami persoalan atau permasalahan tersebut. Dalam penelitian ini, teknik pengambilan informan yang digunakan peneliti yaitu dengan *purposive sampling*. Teknik pengambilan informan ini didasarkan pada kecenderungan peneliti untuk memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang baik.

Kriteria informan dalam penelitian ini adalah: orang-orang yang terlibat langsung dalam Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), setidaknya satu tahu setelah P4K berjalan, orang yang mempunyai pengetahuan lebih tentang kesehatan, khususnya kesehatan ibu hamil, dan orang-orang yang mempunyai pengaruh dalam pelaksanaan P4K. Orang-orang tersebut adalah:

- 1) Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
  - a) Seksi Kesehatan Keluarga (kesga) dan Gizi, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Ibu Yudiria Amelia.

b) Seksi Promosi dan Pengembangan, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Bapak Feri Edi Sunantyo.

Pengambilan informan dari pihak Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta di atas, karena kedua informan tersebut merupakan orang-orang yang berkompeten dalam bidangnya. Seksi Kesga dan Gizi berkompeten dalam kesehatan keluarga dan gizi, selain itu seksi kesga dan gizi adalah perancang, penggerak dan penyelenggara Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Kota Yogyakarta. Sementara untuk seksi promosi dan pengembangan, karena informan tersebut yang mengurus segala promosi yang ada di dalam Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

2) Bidan Puskesmas

Bidan puskesmas di wilayah Kota Yogyakarta dipilih sebagai informan, karena bidan merupakan pelaksana P4K di bawah Dinas Kesehatan, selain itu bidan juga berhadapan langsung dengan ibu hamil. Bidan yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah bidan yang bekerja di puskesmas pada saat P4K berlangsung yaitu tahun 2008-2010.

3) Kader Pendamping Ibu Hamil

Seperti halnya bidan, kader pendamping juga pelaksana P4K yang ditugaskan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta sebagai pemantau kesehatan ibu hamil. Kader pendamping dalam penelitian ini adalah kader pendamping pada saat P4K berlangsung, yaitu tahun 2008-2010.

#### 4. Teknik Pengumpulan Data

Dalam studi kasus, terdapat beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data. Dalam penelitian ini akan menggunakan teknik antara lain:

##### a. Wawancara

Wawancara menurut Deddy Mulyana (2002: 180) adalah bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seorang yang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan, berdasarkan tujuan tertentu. Moleong, (2000: 135), wawancara mendalam adalah teknik pengumpulan data yang didasarkan pada percakapan secara intensif dengan suatu tujuan tertentu. Wawancara dilakukan untuk mendapat berbagai informasi menyangkut masalah yang diajukan dalam penelitian. Percakapan dalam wawancara dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan wawancara mendalam (*open ended interview*). Dengan wawancara mendalam diharapkan nantinya peneliti lebih mengetahui secara jelas menyangkut bagaimana strategi Strategi promosi kesehatan P4K Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam upaya menekan kematian ibu, bayi, dan balita.

##### b. Studi Kepustakaan (Dokumentasi)

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data yang tidak langsung ditujukan kepada subyek penelitian. Dokumentasi yang diteliti dapat berbagai macam, tidak hanya berupa dokumen resmi. Menurut Soehartono (1995: 70) dokumen dapat dibedakan menjadi dokumen primer dan dokumen skunder.

Dokumen primer yaitu dokumen yang ditulis langsung oleh orang yang langsung mengalami suatu peristiwa. Dokumen sekunder yaitu jika peristiwanya dilaporkan kepada orang lain, yang selanjutnya ditulis oleh orang lain pula.

Yin (2000: 104), dokumentasi adalah peneliti menyelidiki benda-benda tertulis seperti buku-buku, majalah, dokumen/ arsip, peraturan-peraturan, notulen rapat, catatan harian, kliping dan artikel-artikel yang muncul di media massa. Dokumentasi dalam penelitian ini adalah buku-buku dan arsip yang berkaitan mengenai penjelasan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), buku-buku dinas kesehatan yang dapat membantu peneliti dalam penelitian ini.

## **5. Teknik Analisa Data**

Menurut Lexy J. Maleong (2005: 103), analisis data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Menurut Miles dan Huberman menyatakan bahwa terdapat dua model pokok dalam melaksanakan analisis di dalam penelitian kualitatif, yaitu model analisis jalinan dan model analisis interaktif (Sutopo, 2002:94). Dalam penelitian ini, penulis menggunakan model analisis interaktif. Dalam bentuk ini, peneliti tetap melakukan proses reduksi data, sajian data, dan penarikan simpulan dengan verifikasi saat proses pengumpulan data, selama proses pengumpulan data

berlangsung. Setelah pengumpulan data berakhir, peneliti kemudian melanjutkan proses reduksi data, sajian data, dan penarikan simpulan dengan verifikasi.

## **6. Uji Validitas Data**

Agar data yang diperoleh memiliki nilai keabsahan yang dapat dipercaya validitasnya, maka dibutuhkan suatu teknik. Penelitian ini dalam pelaksanaannya menggunakan triangulasi sumber data. Burhan Bungin (2003: 203) dalam bukunya “Analisis Data Penelitian Kualitatif” mengatakan:

Teknik triangulasi lebih mengutamakan efektivitas proses dan hasil yang diinginkan. Oleh karena itu, triangulasi dapat dilakukan dengan menguji apakah proses dan hasil metode yang digunakan sudah berjalan dengan baik. Seperti (1) Umpamanya peneliti menggunakan wawancara mendalam dan observasi partisipasi untuk mengumpulkan data. Pastikan apakah setiap hari telah terhimpun catatan harian wawancara dengan informasi serta catatan harian observasi. (2) Setelah itu dilakukan uji silang terhadap materi catatan harian untuk memastikan tidak ada informasi yang bertentangan antara catatan harian wawancara dan catatan harian observasi. (3) Hasil konfirmasi itu perlu diuji lagi dengan informasi sebelumnya karena bisa jadi hasil konfirmasi bertentangan dengan informasi sebelumnya.

Berdasarkan penjelasan triangulasi tersebut, triangulasi sumber data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, membandingkan data wawancara dengan isi dari dokumentasi dan membandingkan dokumentasi dengan data-data lain yang berkaitan dengan penelitian ini.