

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang Masalah

Data Perkembangan Penduduk Indonesia (2010) menunjukkan bahwa antara tahun 1900 hingga tahun 2000 terjadi ledakan penduduk (*baby boom*) sebanyak 5 (lima) kali lipat dari jumlah penduduk pada tahun 1900. Tahun 1900, jumlah penduduk Indonesia adalah 40, 2 juta jiwa. Sedangkan tahun 2000, jumlah penduduk mencapai 205, 8 juta jiwa. Ini menunjukkan peningkatan hingga 500 persen. Sedangkan data Prediksi Penduduk menunjukkan angka 285 juta jiwa sebagai prediksi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2000. Ada perbedaan yang sangat signifikan diantara keduanya.

Tak hanya itu saja, hal tersebut juga kembali terjadi pada tahun 2009. Berdasarkan data prediksi, jumlah penduduk pada tahun ini adalah 330 juta jiwa. Namun setelah melakukan kegiatan ber-KB, jumlah tersebut dapat dikurangi hingga 100 juta jiwa. Hal ini berarti bahwa angka kelahiran dapat dicegah sebanyak 100 juta jiwa. Prediksi tersebut didasarkan pada penduduk yang menggunakan KB dan yang tidak menggunakan KB. Apabila penduduk tersebut tidak ber-KB diperkirakan bahwa jumlah pertumbuhan penduduk akan mencapai angka 285 juta jiwa. Namun setelah ber-KB, pertumbuhan tersebut dapat dikurangi sebanyak 85 juta jiwa.

Baby boom dan penambahan penduduk juga merupakan faktor pemicu terjadinya bencana. Mulai dari bencana kemiskinan, kelaparan, kesesakan pemukiman/ pemukiman kumuh, polusi udara, banjir, pemanasan global (*global warming*), lahan kritis, dan lain-lain. Selain karena faktor alam, bencana tersebut juga disebabkan oleh faktor manusia sendiri (BKKBN, 2010: 8).

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu cara untuk menanggulangi kasus tersebut (BKKBN, 2010: 9). Program ini memiliki arti penting dalam upaya mewujudkan keluarga dan masyarakat sejahtera melalui pengendalian jumlah penduduk.

Hal tersebut dibuktikan melalui peranan program KB dalam upaya peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM memperhatikan 3 (tiga) hal, yaitu kesehatan ibu dan anak, pendidikan, serta aspek ekonomi (BKKBN, 2010: 9). Ketiga hal ini saling berkaitan satu sama lain. Jika kesehatan ibu dan anak diperhatikan, maka si anak pun dapat menjadi cerdas, sehingga dapat memperoleh pendidikan yang tinggi. Melalui pendidikan tersebut, maka *private saving* dan *public saving* pun dapat tercapai serta mutu tenaga kerja akan menjadi lebih baik. Pada akhirnya, taraf ekonomi masyarakat pun akan menjadi terangkat melalui program KB. Melalui peningkatan kualitas SDM, dapat memutus “lingkaran setan” kemiskinan atau *poverty trap* (BKKBN, 2010: 10). Hal tersebut

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional atau yang dikenal dengan BKKBN adalah badan yang turut berperan serta dalam usaha mengendalikan pertumbuhan penduduk. Instansi Negara ini bertujuan untuk menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, anak serta bayi. Lembaga ini juga turut memberikan informasi dan konseling mengenai keluarga berencana (KB) dan kesehatan keluarga (KR), baik pada keluarga hingga remaja (BKKBN Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2010: 2).

Layaknya sebuah organisasi kelembagaan Negara pada umumnya, BKKBN juga memiliki struktur organisasi sendiri. Terkait dengan tugas dan tujuannya, pada lembaga ini juga terdapat bidang khusus yang memiliki tugas dan spesialisasinya masing-masing. Bidang-bidang tersebut adalah bidang data dan informasi, bidang keluarga berencana (sub bidang Pemberdayaan Ekonomi Keluarga dan sub bidang Pembinaan Ketahanan Keluarga), dan bidang pergerakan masyarakat yang terdiri dari sub-bidang Advokasi dan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Teknologi) serta sub bidang Institusi dan Peran Serta (<http://kb.malangKabupatengo.id/index.php?kode=31>, 25 September 2010).

Setiap bidang dan sub bidang tersebut telah memiliki fungsi dan peranannya masing-masing untuk ikut serta menyukseskan program kerja yang telah direncanakan setiap tahunnya. Berdasarkan tugas dan fungsinya adalah bidang pergerakan masyarakat yang memegang tanggung jawab terhadap

pergerakan masyarakat memberikan tugas pada sub bidang Advokasi dan KIE untuk melakukan penyuluhan langsung ke lapangan terkait dengan mensosialisasikan program ber-KB kepada masyarakat.

Berdasarkan pengertiannya, advokasi merupakan sebuah cara yang dilakukan untuk mempengaruhi atau upaya mempersuasi yang mencakup kegiatan-kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi tindak lanjut mengenai sesuatu (UNFPA dan BKKBN, 2002: 9). Dalam BKKBN, advokasi digunakan untuk dapat mendekatkan masalah publik dalam bidang program KB Nasional kepada pembuat keputusan. Di samping itu, advokasi juga difungsikan untuk dapat mempromosikan suatu perubahan dalam kebijakan, program, atau perubahan (UNFPA dan BKKBN, 2010: 13).

Sedangkan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) merupakan sebuah rangkaian program yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga, masyarakat dan penduduk dalam program KB Nasional (BKKBN, 2004: 3). Bila kedua pengertian tersebut digabungkan, maka dapat disimpulkan bahwa advokasi dan KIE merupakan dua buah elemen yang saling melengkapi. Advokasi merupakan alatnya dan KIE merupakan isi pesan yang perlu disampaikan.

Dalam pelaksanaannya, advokasi dan KIE ini melakukan kerja sama dengan menggandeng publik figur (seperti *opinion leader*) yang berada di tengah-tengah masyarakat yaitu tokoh agama (*toka*) dan tokoh masyarakat (*toma*)

Dalam BKKBN (2007) sendiri, hal ini biasa disebut dengan program kemitraan. Kemitraan merupakan sebuah cara dalam melaksanakan advokasi dan KIE dengan kerja bersama kelompok-kelompok masyarakat, perorangan, serta berbagai bidang yang terdapat didalamnya. Melalui program kemitraan tersebut diharapkan dapat mempererat hubungan antara pihak keluarga dan pihak BKKBN sebagai pelaku promosi kesehatan tersebut (2007). Program kemitraan sendiri merupakan salah satu program yang terdapat didalam agenda kerja PLKB selaku sub bidang Advokasi dan KIE. Dengan adanya program kemitraan, diharapkan masyarakat lebih dapat menerima informasi yang disampaikan oleh PLKB melalui *opinion leader* yang ada (toma dan toga).

Berdasarkan tujuannya, KIE merupakan sebuah cara dalam mengubah sikap mental, kepercayaan, nilai-nilai perilaku individu dan kelompok (UNFPA dan BKKBN, 2002: 15). Output atau hasil yang berupa perubahan tersebut tidak akan mungkin dapat terjadi dengan serta merta. Namun dengan adanya partisipasi dari pihak-pihak terkait. Pihak-pihak tersebut tersebut adalah penyuluh lapangan KB atau yang biasa disebut dengan PLKB. PLKB merupakan tenaga fungsional yang berada dalam sub bidang Advokasi dan KIE. Dalam pelaksanaannya (penyuluhan), PLKB merupakan pihak yang melakukan promosi kesehatan terkait

Dalam kaitannya dengan pelaksanaan dan pencapaian program KB, ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan program KB tersebut (BKKBN Daerah Istimewa Yogyakarta, 2010: 11). Faktor-faktor tersebut adalah:

1. *Kelembagaan KB yang sangat kuat (tersistematis)*. Melalui kelembagaan KB yang sangat kuat ini dapat menciptakan jaringan komunikasi yang kuat dan tersistematis hingga pelosok-pelosok desa. Dengan demikian, maka para PLKB beserta kader dapat mengkomunikasikan pesan-pesan yang mereka bawa kepada masyarakat setempat. Sehingga visi dan misi lembaga pun dapat tercapai.
2. *Sarana dan prasarana yang terdapat di wilayah setempat*. Dengan adanya sarana dan prasarana di daerah setempat, masyarakat tidak hanya mendengar dan atau memperoleh informasi saja. Akan tetapi masyarakat dapat segera mendatangi tempat-tempat yang telah ditunjuk tersebut guna memperoleh layanan seperti yang diinformasikan oleh PLKB dan media promosi kesehatan lainnya.
3. *Tenaga lapangan (PLKB) yang memadai*. Dengan adanya tenaga lapangan yang memadai, maka pelosok daerah terpencil pun dapat dijangkau dan masyarakat (sasaran) dapat mengetahui dan memahami informasi yang disampaikan oleh tenaga lapangan tersebut.

Tak hanya ketiga faktor itu saja, kondisi masyarakat yang sudah

... dan memiliki kesadaran (public litigasi) tentang pentingnya ber-KB

secara lengkap dan jelas disampaikan kepada masyarakat. Komponen ini diharapkan menjadi injakan pertama dalam kegiatan ber-KB. Melalui tugasnya untuk mentransfer visi institusi (agar masyarakat ber-KB), maka mereka merupakan pihak yang langsung bersentuhan dengan masyarakat dalam menyampaikan visi-visi tersebut melalui komunikasi yang tersistem hingga bagian terkecil dalam sebuah masyarakat yaitu keluarga (Drs. Harmanto, Hasil Wawancara, 10 Januari 2011).

Dalam melaksanakan tugasnya, PLKB Kabupaten Bantul bertanggungjawab terhadap 3 (tiga) hal, yaitu program kesejahteraan keluarga, pemberdayaan perempuan, dan keluarga berencana. Program kesejahteraan keluarga dan pemberdayaan perempuan pada akhirnya akan berdampak terhadap tercapainya program KB itu sendiri. PLKB memiliki pengaruh yang besar dalam memberikan pengaruh kepada masyarakat untuk ber-KB. Untuk tetap dapat mencapai program tersebut, maka setiap bulan PLKB mengadakan agenda rutin untuk berkunjung ke desa-desa. Kegiatan kunjungan tersebut antara lain melakukan pertemuan rutin bersama para kader PLKB di desa, memeriksa daftar pelaksanaan posyandu, menampung dan menjawab berbagai pertanyaan warga yang belum terjawab oleh kader desa (Agus Widodo, Hasil Wawancara, 27 Desember 2010).

Pada masa Orde Baru dahulu, program KB sangat berhasil. Hal ini disebabkan oleh komitmen politik yang berpihak. Ketika itu jumlah PI KB juga

masih sangat memadai dan kucuran dana dari dalam dan luar negeri mengalir deras (BKKBN, 2010: 11).

Namun sayangnya, program KB mengalami hambatan ketika mulai diberlakukannya otonomi daerah. Program KB juga semakin melemah karena dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain:

- a. Euforia reformasi. Hal ini mengakibatkan segala hal yang berbaur Orde Baru ditinggalkan.
- b. Kelembagaan KB menjadi sangat lemah setelah di desentralisasi (urusan KB diserahkan ke Kabupaten/ Kota). Hal ini kemudian menyebabkan berkurangnya ketersediaan sumber daya manusia (SDM) di seluruh BKKBN di Indonesia.
- c. Pembangunan sosial dasar (termasuk KB) kurang diperhatikan. Perhatian pemerintah lebih cenderung pada pembangunan fisik. Hal ini terbukti dengan banyaknya pembangunan fasilitas publik (seperti sekolah, jalan raya, penyediaan sanitasi lingkungan, dan lain sebagainya) dibandingkan dengan pembangunan sosial (seperti penyediaan layanan kesehatan, penyediaan guru-guru di sekolah-sekolah terpencil, dan lain sebagainya).
- d. Desentralisasi mengakibatkan berkurangnya dukungan anggaran pelaksanaan program KB. Dukungan anggaran pelaksanaan program KB pada masa Orde Baru sebelumnya sangat lancar. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya kucuran dana dari dalam dan luar negeri. Namun sayangnya, pasca otonomi daerah

terjadi desentralisasi dalam badan pelaksana promosi kesehatan KB (BKKBN) di seluruh wilayah Indonesia. Ini mengakibatkan terhentinya semua aliran dana dari pemerintah pusat terkait dengan program KB. Sehingga pemerintah daerah harus menyediakan anggaran tersendiri agar program KB tersebut tetap dapat berjalan sebagaimana mestinya.

- e. Merosotnya jumlah PLKB di Indonesia pasca otonomi daerah. Terkait dengan desentralisasi yang terjadi pasca otonomi daerah, terjadi penurunan jumlah PLKB. Hal ini disebabkan oleh penyediaan seluruh fasilitas (termasuk PLKB) dilimpahkan sepenuhnya kepada pemerintah daerah setempat. Ini kemudian mengakibatkan pemerintah daerah harus kembali menyediakan dan mencukupkan jumlah PLKB agar dapat memenuhi kebutuhan untuk masing-masing wilayah di daerah tersebut (BKKBN, 2010: 15).

Merosotnya jumlah PLKB di Indonesia pasca otonomi daerah ini dikuatkan pula oleh data Direktorat Institusi dan Peran Serta BKKBN (2010). Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi perubahan jumlah PLKB pada saat sebelum dan sesudah otonomi daerah. Menurunnya jumlah PLKB ini terjadi di seluruh wilayah di Indonesia tak terkecuali Daerah Istimewa Yogyakarta khususnya Kabupaten Bantul sendiri (Saebani, SH, Hasil wawancara, 27 Desember 2010).

Dalam skala nasional, sebelum diberlakukannya otonomi daerah, jumlah

sebelum otonomi daerah jumlah PLKB adalah 25.000 orang. Namun setelah

diberlakukannya otonomi daerah (2005), jumlah PLKB merosot tajam hingga menyentuh angka 19,000 orang. Namun saat ini jumlah PLKB sedikit mengalami peningkatan yaitu sebanyak 22,000 orang (BKKBN, 2010: 15).

Untuk wilayah Yogyakarta sendiri (sebelum diberlakukannya otonomi daerah) pada tahun 2003, jumlah PLKB adalah 380 orang. Kemudian pada tahun 2004 mengalami sedikit peningkatan yaitu 400 orang. Pasca otonomi daerah (2004) kembali terjadi penurunan jumlah PLKB menjadi 358 orang. Lima tahun pasca otonomi daerah, jumlah PLKB pun semakin menurun menjadi 271 orang.

Sementara itu, data BKKBN Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta per Juli 2010 menunjukkan sedikit peningkatan pada jumlah PLKB yaitu 284 orang. Jumlah ini kemudian dibagi lagi kedalam 5 (lima) kabupaten, yaitu Kabupaten Bantul 68 orang, Sleman 64 orang, Gunung Kidul 67 orang, Kulon Progo 53 orang, dan Kota Yogyakarta sendiri berjumlah 35 orang.

Dampak dari terjadinya otonomi daerah ini adalah menumpuknya beban tugas (*overload*) PLKB di seluruh wilayah di Indonesia. Jika seharusnya 1 (satu) orang PLKB bertanggungjawab terhadap 1 (satu) desa, pasca otonomi ada beberapa orang PLKB yang bertanggungjawab terhadap 2 (dua) buah desa. Namun demikian, hal ini tidak lantas menyurutkan langkah kerja PLKB itu sendiri. Pada kenyataannya, PLKB Kabupaten Bantul tetap dapat melakukan tugasnya dengan baik dan mampu mencapai target yang telah ditetapkan oleh

pemerintah (Saebani, SH dan Endang Tuti Suryani, SH, Hasil Wawancara, 27 Desember 2010).

Dalam menjalankan tugasnya, PLKB (khususnya PLKB Kabupaten Bantul) juga diberikan fasilitas yang lengkap oleh pihak instansi. Mulai dari biaya operasional hingga kendaraan dinas untuk masing-masing PLKB. Oleh sebab itu, PLKB dapat melaksanakan tugas tanpa terhambat dengan masalah operasional (Endang Tuti Suryani, SH, Hasil Wawancara, 27 Desember 2010).

Dalam Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, PLKB (Penyuluh Lapangan KB) atau yang biasa juga disebut dengan PKB (Penyuluh KB) merupakan salah satu pihak yang sangat berperan dalam terselenggaranya promosi kesehatan terkait dengan KB ini.

Dalam pelaksanaannya, komunikasi yang dilakukan PLKB atau PKB terhadap masyarakat ini dapat disebut pula sebagai promosi kesehatan (Soekidjo Notoatmojo, 2005: 31). Hal ini disebabkan oleh PLKB yang melakukan tugasnya dengan mempengaruhi, dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat melalui program KB. Melalui promkes yang diadakan tersebut diharapkan masyarakat dapat meningkatkan dan memelihara kesehatannya. Dengan terpelihara dan terjaganya kesehatan, maka kematian ibu dan bayi, serta anak dapat dikurangi. Tak hanya itu

dapat menciptakan generasi yang bermutu dan dapat memperoleh lapangan pekerjaan yang layak.

Dalam kaitannya dengan promosi kesehatan, PLKB Kabupaten Bantul dianggap telah mampu menjalani tugasnya. Hal ini dapat dibuktikan melalui pencapaian target jumlah peserta setiap tahunnya, baik itu peserta aktif dan peserta baru. Berdasarkan data Hasil Kegiatan Program KB Nasional Kabupaten Bantul, sampai dengan bulan November 2010, jumlah akseptor di daerah Kabupaten Bantul telah melebihi target yang diberikan oleh pemerintah pusat. Tak hanya itu saja, pasca otonomi daerah, kinerja PLKB Kabupaten Bantul ini juga tidak surut begitu saja. Hal ini dibuktikan dengan usaha PLKB Kabupaten Bantul dalam menggerakkan dan membangkitkan kembali semangat ber-KB melalui promosi kesehatan di Kabupaten Bantul sendiri (Saebani, SH, Hasil Wawancara, 27 Desember 2010).

Berdasarkan seluruh data yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat dilihat bahwa promosi kesehatan merupakan sebuah upaya untuk mengubah perilaku masyarakat untuk menjaga kesehatan. PLKB adalah salah satu komponen penting yang tak dapat ditiadakan dalam proses pencapaian dan pelaksanaan promosi kesehatan ini. Namun pencapaian tersebut tidak dapat terjadi dengan serta merta tanpa adanya tahapan-tahapan komunikasi yang tersistematis. Oleh sebab itu, peneliti merasa tertarik untuk meneliti tentang hal

... Kabupaten Bantul yang dilakukan oleh PLKB Kabupaten

Bantul dalam mengkomunikasikan program KB yang meliputi kesejahteraan keluarga, pemberdayaan perempuan, dan keluarga berencana pada Badan Kesejahteraan Keluarga, Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BKK, PP dan KB) Kabupaten Bantul.

1.2.Rumusan Masalah

Bagaimana strategi promosi kesehatan yang dilakukan oleh Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dalam mengkomunikasikan kesatuan kesatuan program KB (program kesejahteraan keluarga, pemberdayaan perempuan, dan keluarga berencana) Badan Kesejahteraan Keluarga, Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BKK, PP dan KB) Kabupaten Bantul?

1.3.Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memahami dengan jelas tentang bagaimana strategi promosi kesehatan yang dilakukan oleh PLKB BKK, PP dan KB Kabupaten Bantul dalam menyampaikan program KB (kesejahteraan keluarga, pemberdayaan perempuan, dan keluarga berencana).

1.4.Manfaat Penelitian

a. Manfaat teoritis: memberikan kontribusi pada kajian komunikasi mengenai

b. Manfaat praktis:

- i. Memberikan gambaran kepada pihak PLKB BKK, PP dan KB Kabupaten Bantul mengenai strategi promosi kesehatan yang selama ini telah mereka lakukan.
- ii. Menjadi bahan koreksi bagi PLKB BKK, PP dan KB Kabupaten Bantul dan sub bidang Advokasi dan KIE mengenai strategi komunikasi apa saja yang harus dipertahankan dan yang harus diperbaiki.

1.5.Kerangka Teori

I. PROMOSI KESEHATAN

1. Promosi Kesehatan

Undang-Undang kesehatan No. 23 Tahun 1992 memberikan batasan: *kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi* (Notoatmodjo, 2007: 3). Hal ini berarti bahwa kesehatan tidak hanya berkaitan dengan masalah kesehatan jasmani (fisik) saja. Namun juga terkait dengan aspek psikis, sosial, dan ekonomi seseorang. Dengan kata lain, kesehatan juga dapat diukur melalui produktivitas seseorang (memiliki pekerjaan atau penghasilan secara ekonomi atau tidak).

Soekidjo Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa ada 4 (empat)

- a. Lingkungan yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
- b. Perilaku,
- c. Pelayanan kesehatan, dan
- d. Hereditas (keturunan).

Oleh sebab itu, upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan juga harus ditujukan pada keempat hal tersebut. Untuk dapat menciptakan lingkungan fisik yang sehat, maka harus memperhatikan kebersihan lingkungan melalui ketersediaan sanitasi lingkungan. Sedangkan untuk dapat menyetakan lingkungan sosial, ekonomi, budaya, dan politik maka harus meningkatkan pendidikan, sosial ekonomi masyarakat, kestabilan politik serta keamanan Negara. Untuk pelayanan kesehatan, maka harus memperhatikan bentuk penyediaan layanan kesehatan serta kelayakan fasilitas yang diberikan.

Green & Ottoson (dalam Maulana, 2009: 19) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai berikut: "Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan."

Hal ini berarti bahwa promosi kesehatan merupakan sebuah satu

namun juga membutuhkan perubahan lingkungan agar dapat mewujudkan tujuan dari promosi kesehatan itu sendiri. Apabila perubahan perilaku tidak dibarengi dengan perubahan lingkungan, maka hal tersebut tidak akan efektif. Contohnya adalah ajakan untuk membuang sampah pada tempatnya. Apabila ajakan ini tidak dibarengi dengan penyediaan tempat sampah di lingkungan publik, maka upaya untuk mengajak membuang sampah pada tempatnya juga akan menjadi sia-sia. Begitu pula halnya dengan promosi kesehatan. Apabila promosi kesehatan tersebut tidak diiringi dengan perubahan lingkungan (berupa penyediaan fasilitas sanitasi dan pelayanan kesehatan), maka upaya tersebut juga tidak akan efektif.

Dalam ilmu kesehatan masyarakat (*public health*), promosi kesehatan (*health promotion*) mempunyai 2 (dua) pengertian (Notoatmodjo, 2005: 22).

- a. Promosi kesehatan sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Pengertian pertama ini cenderung pada bagaimana upaya untuk memberikan perlindungan khusus sehingga dapat memperoleh kesehatan jasmani, baik itu melalui pemeriksaan kesehatan, imunisasi, pengobatan, serta rehabilitasi atau pemulihan kesehatan.
- b. Sedangkan pengertian yang kedua adalah promosi kesehatan sebagai upaya untuk memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan, atau

“menjual” kesehatan. Pengertian yang kedua ini lebih menitikberatkan pada bagaimana upaya agar masyarakat mau menjalankan pola hidup sehat sehingga dapat memperoleh kesehatan jasmani. Upaya itu adalah melalui kegiatan memasarkan, serta mengenalkan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat agar masyarakat menyadari pentingnya kesehatan sehingga masyarakat dapat menjalankan perilaku hidup sehat dengan sukarela.

Berdasarkan dua pengertian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah sebuah upaya yang ditujukan kepada masyarakat agar masyarakat dapat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Terkait dengan proses komunikasi sendiri, promosi kesehatan juga merupakan sebuah upaya untuk mengkomunikasikan kepada masyarakat melalui komunikasi persuasif. Ini merupakan sebuah upaya untuk mempengaruhi dan mengajak masyarakat (individu dan atau kelompok) untuk menjalani perilaku hidup sehat tersebut. Adapun *output* atau hasil dari upaya promosi kesehatan sendiri adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2007: 19).

2. Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan

Pada prinsipnya, visi dari promosi kesehatan tidak terlepas dari

(Notoatmodjo, 2005: 261). Inti dari Undang-undang tersebut adalah promosi kesehatan (sebagai alat) dapat mengkomunikasikan pesan-pesan kepada masyarakat tentang betapa pentingnya menerapkan perilaku hidup sehat. Sehingga masyarakat dengan penuh kesadaran diri dapat mengubah perilakunya dan meningkatkan kemampuannya dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya, baik itu kesehatan fisik, mental, dan sosial. Oleh sebab itu masyarakat dapat meningkatkan produktivitasnya, baik itu dari segi ekonomi maupun sosial.

Apabila istilah promosi selama ini selalu diidentikkan dengan penjualan, iklan, serta dipandang sebagai sebuah upaya untuk meraup keuntungan (*profit*), maka lain halnya dengan promosi kesehatan. Dalam promosi kesehatan, upaya yang dilakukan adalah sebuah upaya untuk dapat memajukan, memperbaiki, mendukung, serta menempatkan kesehatan (Maulana, 2009:18) sebagai sesuatu yang berharga dan harus dijaga. Promosi kesehatan yang dilakukan oleh instansi pemerintah tidak akan berorientasi terhadap perolehan keuntungan atau hal semacamnya. Namun, berbeda halnya dengan promosi penjualan obat-obatan oleh pihak swasta yang tentunya sudah diintervensi oleh tujuan untuk memperoleh keuntungan di samping mereka juga menyediakan obat yang dibutuhkan oleh masyarakat. Hal inilah kemudian yang membedakan antara promosi di bidang lain dengan promosi di bidang kesehatan (promosi kesehatan).

Adapun sasaran dari promosi kesehatan ada tiga, yaitu:

- a. Sasaran primer (*primary target*), yaitu masyarakat.
- b. Sasaran sekunder (*secondary target*), yaitu tokoh masyarakat termasuk didalamnya tokoh agama. Melakukan promosi kesehatan melalui sasaran ini diharapkan dapat lebih mengena di hati masyarakat. Hal ini disebabkan oleh penyampaian pesan yang langsung diberikan oleh tokoh masyarakat sendiri (*opinion leader*).
- c. Sasaran tersier (*tertiary target*), yaitu para penentu kebijakan dan pembuat keputusan. *Public policy* yang dibuat oleh sasaran yang ketiga ini (terkait dengan kesehatan publik) akan memberikan pengaruh terhadap sasaran primer dan sasaran sekunder.

Promosi kesehatan juga erat kaitannya dengan kegiatan atau proses menerangkan atau menjelaskan sesuatu kepada orang lain (komunikasikan). Laswell (dalam Effendy, 1986: 98) mengungkapkan bahwa cara terbaik dalam berkomunikasi adalah dengan menjawab pertanyaan berikut:

- a. *Who?* (siapa komunikator atau penyampai pesan)
- b. *Says what?* (pesan apa yang disampaikan)

c. *How to say it?* (melalui media apa)

d. *To whom?* (pesan ditujukan kepada siapa)

e. *What effect?* (efek apa yang diharapkan atas penyampaian pesan tersebut)

Dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, komunikasi yang dilakukan diharapkan dapat menjadi komunikasi yang efektif sehingga tujuan komunikasi dapat tercapai.

3. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan strategi global promosi kesehatan WHO (1984), strategi kesehatan promosi kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu advokasi kesehatan (*advocacy*), bina suasana (*social support*), dan gerakan masyarakat (*empowerment*). Strategi ini biasa disingkat dengan ABG (Maulana, 2009: 22).

Advokasi kesehatan (*advocacy*). Hal ini ditujukan kepada pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*). Advokasi ini bertujuan agar proses pelaksanaan promosi kesehatan dapat berjalan lancar setelah memperoleh persetujuan dan dukungan dari para pembuat keputusan dan penentu kebijakan melalui

1. ... dan ... kebijakan terkait dengan kesehatan publik

Bina suasana (*social support*). Bina suasana juga biasa disebut dengan dukungan sosial (Notoatmodjo, 2007: 27). Strategi ini ditujukan pada tokoh masyarakat (formal dan informal) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Melalui dukungan sosial dari para tokoh masyarakat ini diharapkan dapat lebih merekatkan hubungan antara pelaku promosi kesehatan (petugas) dan masyarakat.

Gerakan masyarakat (*empowerment*). Strategi ini merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memandirikan masyarakat (Maulana, 2009: 24). Ini dimaksudkan agar masyarakat dapat mengembangkan kemampuan mereka di bidang kesehatan sehingga dapat menerapkan pola hidup sehat dengan penuh kesadaran.

4. Metode Promosi Kesehatan

Pada hakikatnya, promosi kesehatan merupakan sebuah upaya untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, individu, dan kelompok. Pada akhirnya, penyampaian pesan ini mengharapkan terjadinya sebuah perubahan perilaku masyarakat untuk dapat menerapkan pola hidup sehat.

Namun, untuk dapat mencapai tujuan tersebut diperlukan beberapa faktor. Di samping faktor input (masukan), faktor metode, materi (pesan yang disampaikan), pendidik (petugas yang melakukan), dan media

yang digunakan untuk menyampaikan pesan juga perlu diperhatikan. Untuk dapat mencapai hasil yang optimal dalam melakukan promosi kesehatan, dibutuhkan ketepatan dalam pemilihan metode pelaksanaannya.

Dalam pemilihan metode ini, seorang komunikator (PLKB) harus mampu mengidentifikasi khalayaknya terlebih dahulu. Sehingga komunikator dapat menentukan metode apa yang sebaiknya digunakan untuk khalayak yang akan mereka hadapi saat itu. Apabila komunikator dapat mengidentifikasi khalayak dengan tepat, maka metode komunikasi yang dipilih pun akan tepat pula. Sebaliknya, apabila komunikator keliru dalam mengidentifikasi khalayak, maka akan ada kemungkinan untuk keliru pula dalam pemilihan metode ini. Ketepatan dalam pemilihan metode ini juga dapat dinilai sebagai salah satu kepiawaian si komunikator dalam proses penyampaian pesan yang ia bawakan.

Berikut ini uraian tentang metode yang biasa digunakan dalam promosi kesehatan:

a. Jenis Metode

Secara garis besar, jenis metode dibagi menjadi dua, yaitu metode didaktif dan metode sokratik (Maulana, 2009: 161). Metode didaktif merupakan metode yang menggunakan komunikasi satu arah (*one-way communication*). Oleh sebab itu, dalam metode ini tidak

memungkinkan terjadinya pertukaran pendapat dan atau mengajukan pertanyaan kepada komunikator. Contoh dari metode ini adalah ceramah, film, siaran radio, berita televisi, dan lain sebagainya.

Berbeda halnya dengan metode didaktif. Metode sokratik merupakan metode yang menggunakan komunikasi dua arah (*two-way-communication*). Sehingga dalam metode ini memungkinkan terjadinya tukar pendapat dan terdapat interaksi didalamnya. Contoh pelaksanaan metode ini adalah diskusi kelompok, forum, seminar, dan lain sebagainya.

Oleh sebab itu, apabila PLKB ingin melakukan komunikasi dua arah dengan masyarakat selaku penerima pesan, maka sebaiknya PLKB menggunakan jenis metode yang kedua yaitu metode sokratik. Sehingga memungkinkan terjadinya proses tanya jawab dan komunikasi yang terjalin pun akan menjadi lebih interaktif.

b. Klasifikasi Metode

Pada dasarnya, pengklasifikasian metode ini didasarkan pada besar kecilnya jumlah individu (orang) yang terdapat dalam kelompok tersebut (Notoatmodjo, 2005: 284). Semakin besar jumlah individu dalam kelompok tersebut, maka akan semakin berbeda metode promosi yang digunakan. Hal ini bertujuan agar promosi kesehatan

yang dilakukan dapat tepat sasaran dan tercapai tujuan dari promosi

kesehatan itu sendiri. Adapun metode-metode tersebut terbagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) *Metode promosi individual (perorangan dan keluarga)*. Metode ini digunakan untuk membina seseorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku dan atau inovasi (Notoatmodjo, 2005: 285). Contoh dari metode ini adalah bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*) serta wawancara (*interview*). PLKB biasanya akan menggunakan metode promosi individual ini apabila ada masyarakat yang meminta langsung pada PLKB tersebut agar dapat memberikan bimbingan terkait dengan program KB.
- 2) *Metode promosi kelompok*. Metode ini dikelompokkan menjadi dua, yaitu kelompok besar (*large group*) yang lebih dari 15 orang dan kelompok kecil (*small group*) yang kurang dari 15 orang (Notoatmodjo, 2005: 287- 288). Kelompok besar diantaranya adalah seminar dan ceramah. Sedangkan contoh kelompok kecil adalah diskusi kelompok, curah pendapat (*brainstorming*), memainkan peran (*role play*), dan kelompok-kelompok kecil atau *buzz group* (Maulana, 2009: 165-169). Pada prakteknya, metode promosi ini merupakan cara yang juga tepat untuk dapat

diperhatikan dalam metode promosi secara berkelompok ini adalah ketersampaian pesan kepada masyarakat sebagai penerima pesan. Oleh sebab itu, komunikator (PLKB) harus memperhatikan apakah pesan yang disampaikan kepada masyarakat tersebut dapat diterima dengan benar atau tidak. Sehingga komunikasi yang terjalin menjadi komunikasi yang efektif pula.

- 3) Metode yang ketiga adalah *metode promosi massa*. Metode ini mengkomunikasikan pesan-pesan tentang kesehatan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Sehingga cara atau pendekatan yang digunakan menggunakan pendekatan massa/publik pula (Notoatmodjo, 2005: 289). Metode promosi media ini adalah *bill board* atau papan iklan dan pesan-pesan yang disampaikan melalui media massa (media elektronik dan media cetak). Metode promosi massa ini sangat jarang digunakan oleh PLKB dalam mengkomunikasikan pesan yang mereka bawa. Mengingat bahwa dalam metode promosi masa ini sama sekali tidak memungkinkan terjadinya komunikasi interaktif antara komunikator dan masyarakat yang menjadi komunikannya.

5. Faktor Penghambat dan Pendukung Promosi Kesehatan

Hambatan dalam pencapaian tujuan dari promosi kesehatan ini adalah mewujudkan perilaku hidup sehat dalam masyarakat (Notoamodjo, 2007: 22). Hambatan terbesar merupakan faktor pendukung (*enabling factor*) dari promosi kesehatan itu sendiri. Contohnya adalah ajakan pemerintah kepada masyarakat agar masyarakat dapat membiasakan diri untuk menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. Namun dalam realisasinya, hal ini tak semudah seperti yang dikatakan. Contoh nyata adalah dalam upaya penyediaan air bersih, imunisasi, pelayanan kesehatan, dan lain sebagainya. Di tengah ajakan pemerintah kepada masyarakat untuk hidup sehat dengan mengkonsumsi air bersih, ajakan ini tidak serta merta direalisasikan atau dilakukan oleh masyarakat. Hal ini tidak disebabkan oleh masyarakat yang tidak menyadari arti penting kesehatan untuk diri sendiri. Melainkan mengenai hal ketersediaan air bersih itu sendiri. Contoh lain adalah imunisasi bagi anak bayi dan balita. Fasilitas untuk melaksanakan imunisasi terkadang tidak sampai ke pelosok negeri. Hal ini mengakibatkan tidak meratanya imunisasi anak. Oleh sebab itu, keseimbangan antara promosi kesehatan dan fasilitas-fasilitas kesehatan juga harus terjaga. Agar masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani dapat terwujud.

II. TEORI PESAN, KOMUNIKATOR, DAN MEDIA

Pada prinsipnya, dalam setiap proses komunikasi termasuk komunikasi di bidang kesehatan (promosi kesehatan), keberadaan pelaku (penyampai) dari promosi kesehatan itu sendiri merupakan elemen yang sangat penting. Dalam istilah komunikasi, pelaku atau penyedia layanan ini dikenal dengan istilah komunikator atau pengirim pesan (*sender*). Disini komunikator tersebut bertugas untuk menyampaikan pesan yang mereka bawa kepada masyarakat selaku komunikan atau penerima pesan (*receiver*).

Untuk proses penyampaian pesan yang dilakukan oleh komunikator (dalam hal ini merupakan PLKB) itu sendiri dibutuhkan perantara yang tepat agar pesan tersebut dapat diterima dengan baik oleh masyarakat. Perantara tersebut bernama media. Dengan pemilihan media yang tepat, diharapkan dapat menghasilkan pemahaman yang baik pula tentang materi (pesan) yang disampaikan oleh PLKB selaku komunikator.

Namun hal penting yang juga erat kaitannya dengan proses ini adalah pesan itu sendiri. Setiap komunikator memiliki pesan yang harus mereka sampaikan kepada komunikan (*receiver*). Pesan yang dibawa oleh pelaku promosi kesehatan KB ini merupakan pesan agar masyarakat dapat ber-KB. Melalui pemilihan media yang tepat, keberadaan komunikator selaku komunikan dapat menyampaikan pesan yang dikawinkan dengan cara yang tepat pula

diharapkan dapat mencapai sebuah komunikasi yang efektif. Sehingga dapat terjalin kesepahaman tentang pesan yang disampaikan tersebut.

a. Pesan (*Message*)

Produksi pesan adalah hal yang fundamental dalam kehidupan manusia (Ruben and Stewart, 2006: 125). Setiap manusia adalah individu yang akan selalu memproduksi pesan. Dalam proses penyampaian pesan itu sendiri selalu terjadi proses *encoding* dan *decoding*. *Encoding* merupakan proses mentransformasikan ide menjadi pesan. Sedangkan *decoding* adalah proses mengubah pesan menjadi ide kembali. *Encoding* dilakukan oleh komunikator (*sender* atau pengirim pesan) dan *decoding* dilakukan oleh komunikan (*receiver* atau penerima pesan).

Pesan disampaikan melalui 2 (dua) cara, yaitu *verbal* dan *non-verbal*. Pesan yang disampaikan secara verbal adalah pesan yang disampaikan dengan menggunakan bahasa dalam proses penyampaiannya. Sedangkan pesan non-verbal adalah pesan yang disampaikan dengan menggunakan perilaku atau bahasa tubuh (*body-language*) dalam proses penyampaiannya. Contohnya adalah melalui intonasi berbicara. Ketika seseorang berbicara dengan nada tinggi biasanya menandakan bahwa

... sangat marah, ingin mempedikatkan nada rendah biasanya bahwa ia

dapat lebih mudah menerima kehadiran komunikator di tengah-tengah mereka dan komunikasi pun dapat berjalan seperti yang diharapkan.

c. Media

Dalam mengkomunikasikan pesan, diperlukan sebuah media yang tepat untuk dapat menyampaikan pesan tersebut. Ini dimaksudkan agar makna dari pesan yang disampaikan tersebut dapat diterima dengan tepat oleh khalayaknya. Proses penyampaian pesan melalui media yang tepat merupakan bagian yang tidak kalah pentingnya dengan pesan itu sendiri.

Hal ini diungkapkan oleh Marshall McLuhan (dalam Griffin, 2003: 344). McLuhan mengungkapkan bahwa dengan pemilihan media yang tepat, maka penyampaian pesan tersebut dapat menjadi lebih efektif dan makna pesan dapat diterima lebih baik oleh khalayak (*audience*). McLuhan juga mengatakan bahwa pemilihan media ini dapat memberikan persepsi dan penerimaan yang berbeda-beda terhadap pesan yang dibawa oleh komunikator.

Contohnya adalah ajakan untuk dapat mencuci tangan dengan menggunakan sabun. Apabila pesan ini hanya disampaikan melalui media cetak saja (koran), maka dapat dipastikan bahwa khalayak yang menjadi sasaran (*target-audience*) dari pesan tersebut tidak dapat dicapai

... untuk anak-anak hingga orang

dewasa. Oleh sebab itu, pesan tersebut disampaikan melalui media elektronik (televisi). Sehingga anak-anak dapat menyaksikan iklan tersebut dan mulai membiasakan diri untuk mencuci tangan dengan menggunakan sabun.

Contoh lainnya adalah dalam proses penyampaian program KB ini kepada masyarakat. PLKB selaku komunikator bermaksud untuk melakukan komunikasi interaktif dalam menyampaikan kelebihan-kelebihan serta keuntungan dari program KB ini. Namun ternyata PLKB justru memilih media cetak berupa koran dalam penyajian informasinya. Hal yang terjadi kemudian adalah masyarakat yang menjadi sasaran dari komunikator ini tidak dapat memahami dengan jelas makna mendalam yang terdapat didalam pesan tersebut. Sedangkan masyarakat juga tidak bisa bertanya banyak tentang berbagai hal yang belum mereka pahami. Oleh karena itu, komunikator (PLKB) harus pandai dalam memilih media apa yang tepat digunakan untuk komunikasi yang akan mereka lakukan tersebut. Hal ini bertujuan agar pesan tersebut dapat diterima dan dipahami dengan baik oleh masyarakat.

Tak hanya itu saja, media juga merupakan sebuah alat yang dapat membantu proses transmisi pesan kepada komunikan, baik itu dalam proses produksi pesan dengan menggunakan bantuan media hingga proses distribusi pesan melalui media (Ruben and Stewart 2006: 189). Melalui

reaksi masyarakat di desa tersebut terhadap kehadiran benda baru (televisi) di tengah-tengah mereka. Sedangkan pada penelitian eksperimental, penelitian diarahkan pada percobaan atau eksperimen untuk menguji hipotesis yang ada. Sehingga peneliti berusaha untuk menguji apakah hipotesis tersebut benar atau tidak. Namun, pada penelitian deskriptif, peneliti akan lebih cenderung untuk memberikan sebuah gambaran yang lebih jelas mengenai situasi-situasi sosial yang ada.

Oleh sebab itu, penelitian ini termasuk dalam penelitian kualitatif deskriptif yang diarahkan untuk dapat memberikan gambaran mengenai gejala-gejala, fakta-fakta atau kejadian-kejadian secara sistematis dan akurat mengenai populasi atau daerah tertentu. Sehingga peneliti tidak perlu mencari atau menerangkan saling hubungan dan menguji hipotesis (Zuriah, 2006: 47) dan fakta-fakta yang digunakan didalamnya merupakan fakta-fakta yang terpercaya dan bukan merupakan opini (Nazir, 2003: 62).

Penelitian ini ditujukan untuk mengumpulkan informasi aktual secara rinci yang melukiskan gejala yang ada, mengidentifikasi masalah, membuat perbandingan, dan menentukan apa yang dilakukan orang lain dalam menghadapi masalah yang sama dan sehingga dapat belajar dari pengalaman mereka untuk menetapkan rencana dan keputusan pada waktu

Dengan melihat jenis dari penelitian deskriptif ini, maka dapat dikatakan bahwa penelitian ini merupakan sebuah studi kasus deskriptif. Dikategorikan dalam penelitian studi kasus (*case study*) karena penelitian ini ditujukan untuk dapat mengetahui secara mendalam tentang suatu aspek lingkungan sosial termasuk manusia didalamnya (Nasution, 1996: 24). Dalam hal ini, penelitian ini akan meneliti secara mendalam tentang hal-hal yang dilakukan oleh PLKB dalam mengkomunikasikan program KB yang mereka bawa kepada masyarakat. Sehingga peneliti dapat mengetahui hal ini secara intensif, terinci dan mendalam (Arikunto, 1998: 131) serta dapat memperoleh gambaran yang lengkap dan terorganisasi dengan baik mengenai hal tersebut (Suryabrata, 2002: 23).

Tak hanya itu saja, studi kasus juga memiliki beberapa kekuatan yang salah satu diantaranya adalah kemampuan studi kasus untuk berhubungan sepenuhnya dengan berbagai jenis bukti seperti dokumen, wawancara, observasi, dan lain sebagainya (Yin, 2000: 12). Sehingga peneliti memiliki semakin banyak cara untuk dapat memperoleh data dalam penelitian ini.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pengadaan data primer

dilakukan dengan beberapa cara, antara lain observasi, wawancara, kuesioner, dan sebagainya.

Pada penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut (Yin, 2000: 103):

a. Wawancara

Wawancara disini dimaksudkan agar peneliti dapat memperoleh informasi tentang data yang dibutuhkan untuk penelitian ini (Nasution, 2001: 113). Wawancara dalam penelitian ini bertipe *open-ended*, yaitu peneliti dapat bertanya kepada responden kunci (informan) tentang fakta-fakta suatu peristiwa di samping opini mereka mengenai peristiwa yang ada (Yin, 2000: 108).

Dalam pelaksanaan wawancara, peneliti menggunakan *interview terikat* dan *inguide interview* (wawancara bebas). Pada *interview terikat*, wawancara dilaksanakan dengan menggunakan alat bantu (instrumen pengumpulan data) berupa ancer-ancer pertanyaan yang akan ditanyakan sebagai catatan serta alat tulis untuk menuliskan jawaban yang diterima atau biasa disebut dengan *interview guide* (Arikunto, 1998: 137).

Namun, menyadari kekurangan dari *interview terikat*, peneliti juga menggunakan *interview bebas* (*in guide interview*) dimana peneliti selaku pewawancara dapat dengan bebas menanyakan apa saja, tetapi juga

tidak membawa ancer-ancer apa yang akan ditanyakan. Sehingga responden tidak menyadari sepenuhnya bahwa ia sedang diwawancara (Arikunto, 1998: 145). Dalam menggunakan dua jenis wawancara ini, peneliti berharap agar keduanya dapat saling melengkapi. Hal lain yang juga tidak kalah pentingnya adalah wawancara ini bersifat terbuka. Sehingga hasilnya tergantung dengan informasi yang diberikan oleh responden (Nasution, 2001: 124).

b. Observasi

Observasi ini dimaksudkan agar dapat menjelaskan secara terperinci tentang hal atau gejala yang terjadi (Rakhmat, 1998: 84). Observasi yang dilakukan merupakan observasi langsung (Yin, 2000: 113). Dalam pelaksanaannya, observasi ini dilakukan langsung oleh peneliti selama peneliti melakukan kunjungan lapangan serta pengumpulan bukti lainnya selama wawancara. Observasi yang digunakan merupakan observasi yang tidak berstruktur, yaitu berupa catatan lapangan yang terjadi pada observasi peserta (Rakhmat, 1998: 86). Observasi ini dimaksudkan agar peneliti dapat mencari kebenaran (*cross-check*) tentang informasi yang diberikan oleh informan melalui wawancara dengan realita yang terdapat di lapangan (saat proses penyempitan pesan oleh PI KR kepada masyarakat)

c. Studi pustaka termasuk data sekunder

Di samping mengumpulkan data melalui observasi dan wawancara, peneliti juga menggunakan studi pustaka serta data sekunder. Sehingga dalam pelaksanaannya, peneliti akan menggunakan data yang telah ada sebelumnya/ arsip-arsip yang dimiliki oleh BKKBN dan atau BKK, PP dan KB Kabupaten Bantul (H.B, 2002: 54). Sedangkan studi pustaka diperoleh dari berbagai sumber kepustakaan yang sekiranya relevan dengan penelitian ini.

d. Diskusi (*Focus Group Discussion*)

Dalam *focus group discussion* ini atau yang biasa disebut dengan FGD, peneliti akan berdiskusi dengan pihak-pihak terkait yaitu masyarakat selaku pengguna layanan KB. Hal ini bertujuan agar peneliti dapat memperoleh data yang lebih komprehensif lagi tentang penelitian ini. FGD ini juga dilakukan agar peneliti dapat mengetahui kebenaran tentang informasi yang diberikan oleh informan (PLKB) terkait dengan promosi kesehatan yang mereka lakukan, apakah promosi kesehatan tersebut dilakukan dan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat atau tidak.

3. Informan

Penelitian ini juga memperoleh informasi dari beberapa orang

Informan. Mengetahui jumlah dan dipilih dengan kebutuhan dan

situasi di lapangan. Beberapa informan yang akan diwawancarai tersebut adalah Kepala Bidang KB/ KR, Sub. Bidang KB/ KR, Ketua Penyuluh KB (PKB), beberapa orang PLKB Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, serta masyarakat sekitar selaku pengguna layanan. Dalam hal ketersediaan informasi dan pengetahuan yang mendalam tentang strategi promosi kesehatan mengenai program KB ini, Bidang KB/ KR, Sub. Bidang KB/ KR, Ketua Ikatan Penyuluh KB (IPeKB), dan PLKB merupakan pihak yang mumpuni serta memiliki kredibilitas di bidang tersebut. Sehingga dapat memberikan informasi yang dibutuhkan terkait dengan penelitian ini.

4. Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Kabupaten Bantul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

5. Teknik Analisis Data

Oleh karena penelitian ini bersifat kualitatif, maka analisis data dilakukan serentak dengan pengumpulan data. Setelah peneliti merumuskan masalah, maka peneliti mulai mencatat dan menganalisis peristiwa.

Adapun teknik analisis data yang digunakan oleh peneliti adalah

- a. Reduksi data. Dalam reduksi data ini, peneliti lebih memfokuskan data dengan mengurangi data yang tidak penting (H.B, 2002: 92). Sehingga simpulan penelitian dapat lebih mudah dilakukan.
- b. Sajian data. Peneliti menyajikan data dalam bentuk narasi deskriptif. Sehingga peneliti menjabarkan informasi dalam sebuah narasi yang tersistematis agar mudah dipahami ketika dibaca (H.B, 2002: 92).
- c. Penarikan kesimpulan dan verifikasi. Dalam melakukan penarikan kesimpulan, peneliti tetap memperhatikan catatan lapangan selama proses pengambilan data berlangsung dengan tetap fokus terhadap poin-poin penting yang ada di lapangan. Penarikan kesimpulan akhir adalah saat setelah pengumpulan data terakhir diperoleh. Setelah diperoleh kesimpulan secara menyeluruh, maka proses verifikasi pun dilakukan. Proses verifikasi ini dilakukan dengan menelusuri data kembali secara cepat agar dapat diperoleh simpulan penelitian yang lebih kokoh dan dapat dipercaya (H.B, 2002: 93).

6. Uji Validitas Data

Menurut S. Nasution (2001), untuk menguji keshahihan atau validitas data, tentulah alat yang digunakan untuk mengukur tersebut harus valid (S. Nasution, 2001: 74). Dalam hal ini penelitian ini menggunakan