

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penelitian ini berfokus tentang perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo. Penelitian ini penting dilakukan karena stunting merupakan kondisi kurang gizi pada balita dan menjadi fokus pemerintah saat ini. Signifikansi dari penelitian ini adalah berdasarkan data dari Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM) Dinas Kesehatan Jawa Timur menunjukkan sebanyak 24.439 balita menderita stunting di Kabupaten Sidoarjo per 25 November 2019 (Amaluddin, 2020). Angka tersebut merupakan angka yang paling tinggi di Provinsi Jawa Timur. Data yang dimiliki oleh Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa stunting di Indonesia berada di angka 30,8%. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih banyak kasus kekurangan gizi pada anak balita yang menyebabkan stunting.

Penyebab stunting berasal dari pengaruh pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan (Pusat Data dan Informasi, 2018). Cara-cara untuk menangani dan mencegah stunting dapat dilakukan dengan promosi kesehatan dan penyuluhan kesehatan. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Jelni Ester Nelwan dan Oksfriani Sumampouw pada Juli 2019. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan penyuluhan kesehatan dapat meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat. Sebelum dilakukan promosi kesehatan, dilakukan perencanaan promosi kesehatan agar dapat terencana dengan baik dan dapat menanggapi kebutuhan yang sesuai dengan keadaan masyarakat (Schiavo, 2014: 15). Hal tersebut yang menjadi ketertarikan peneliti dalam mengambil topik perencanaan dan implementasi

promosi kesehatan pencegahan stunting. Peneliti akan membatasi objek penelitian kepada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Selain itu, belum ada penelitian mengenai perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting yang mengambil lokasi di Kabupaten Sidoarjo.

Stunting (kerdil) merupakan kondisi balita yang memiliki panjang atau tinggi badan kurang dibandingkan rata-rata sesuai umurnya. Penyebab balita stunting beraneka ragam. Mulai dari kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Ke depannya, bayi stunting ini akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. Permasalahan stunting ini merupakan masalah gizi utama yang dialami Indonesia. Balita pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan masalah gizi lainnya, seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk. Data tersebut diperoleh dari Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir. Prevalensi balita pendek mengalami kenaikan pada tahun 2017 menjadi 29,6%. Sementara pada tahun 2016 hanya diangka 27,5% (Pusat Data dan Informasi, 2018).

Di Jawa Timur pada bulan November 2019, tiga daerah yang memiliki prevalensi stunting tertinggi ada di Kabupaten Sidoarjo sebesar 24.439 balita, Kabupaten Banyuwangi sebanyak 21.266 balita, dan Kabupaten Sampang sebesar 19.309 balita. Data tersebut berdasarkan data dari Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM) Dinas Kesehatan Jawa Timur (Amaluddin, 2020).

Menurut Zuhriyah (2019), isu kesehatan yang menjadi pembahasan Rakerkesnas (Rapat Kerja Nasional) 2019 adalah stunting, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Neonatal (AKN), Penyakit Tidak Menular (PTM), cakupan imunisasi lengkap, Tuberkulosis (TB). Akhirnya yang menjadi prioritas utama Presiden kepada Menteri Kesehatan periode 2019-2024 adalah stunting.

Setelah itu Presiden mengamanatkan Menteri Kesehatan agar permasalahan stunting dapat diselesaikan secepatnya (Manafe, 2019).

Menurut WHO, dampak yang ditimbulkan stunting dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendeknya antara lain: 1) Meningkatnya kejadian kematian dan kesakitan, 2) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal anak tidak optimal, 3) Biaya kesehatan meningkat. Sedangkan dampak jangka panjangnya adalah 1) Postur tubuh lebih pendek dibandingkan pada umurnya saat dewasa, 2) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya, 3) Menurunnya kesehatan reproduksi, 4) Kapasitas belajar dan performa saat sekolah kurang optimal, 5) Produktivitas dan kapasitas kerja tidak optimal (Pusat Data dan Informasi, 2018).

Selain dampak-dampak yang disebutkan oleh Pusat Data dan Informasi, stunting juga berdampak pada perekonomian suatu negara di masa depan, termasuk Indonesia. Hal tersebut berdasarkan stunting memiliki dampak jangka panjang yang cukup banyak. Sehingga, pembiayaan negara kepada anak yang mengalami stunting dapat meningkat. Potensi kerugian ekonomi akibat stunting juga sangat besar. Pada tahun 2016 menurut laporan dari *World Bank*, potensi kerugian akibat stunting adalah 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB). Di benua Asia dan Afrika, potensi kerugian akibat stunting dapat mencapai 11% Produk Domestik Bruto (PDB). Apabila PDB Indonesia sebesar Rp13.000 trilyun, maka kerugiannya mencapai Rp1430 trilyun (Pusat Data dan Informasi, 2018). Sehingga, untuk mengatasi stunting bukan hanya peran dari sektor kesehatan saja, tapi juga menjadi peran dari berbagai sektor.

Penanganan stunting merupakan salah satu target SDGs (*Sustainable Development Goals*) yang kedua, yaitu menghilangkan kelaparan dan malnutrisi, serta mencapai ketahanan pangan. Banyak hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi stunting, mulai dari menerapkan program yang menasar kepada ibu hamil dan bersalin, balita, anak usia sekolah, remaja hingga dewasa muda. Ketua

Umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, Daeng M. Faqih juga mengatakan, apabila stunting tidak ditangani dengan serius, maka akan menghambat kemajuan bangsa (Dwinanda, 2019).

Salah satu cara untuk mencegah dan menangani stunting adalah melalui promosi kesehatan. Pengertian promosi kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/MENKES/SK/VII/2005 adalah Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat menolong diri sendiri. Selain itu, upaya tersebut dapat diperoleh melalui pembelajaran yang ada pada masyarakat itu sendiri. Promosi kesehatan juga mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat, dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. (Kementerian Kesehatan, 2011: 20-21). Sedangkan menurut Ottawa Charter tahun 1986 dalam Notoatmodjo (2018: 25), promosi kesehatan adalah proses untuk memaui dan memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan diri mereka. Sasaran dalam promosi kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu sasaran primer atau utama, sekunder, dan tersier. Sasaran primer atau utama adalah pasien, individu sehat, dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat. Sasaran sekunder ditujukan kepada para pemuka masyarakat informal dan formal. Sedangkan sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan (Kementerian Kesehatan, 2011: 22-23).

Sebelum melakukan promosi kesehatan, dilakukan perencanaan agar promosi kesehatan berjalan sesuai dengan tujuan. Salah satu model yang dapat digunakan untuk merencanakan dan mengevaluasi promosi kesehatan adalah Model PRECEDE-PROCEED. PRECEDE merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. PRECEDE digunakan untuk membantu perencana promosi kesehatan untuk mengenal masalah kesehatan. Sedangkan PROCEED merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, and Organizational Construct*

in Educational and Environment Development. Model PRECEDE-PROCEED menurut Lawrence Green memiliki sembilan fase. Di antaranya adalah Fase 1 Diagnosis Sosial, Fase 2 Diagnosis Epidemiologi, Fase 3 Diagnosis Perilaku dan Lingkungan, Fase 4 Diagnosis Pendidikan dan Organisasional, Fase 5 Diagnosis Kebijakan dan Administrasi, Fase 6 Implementasi, Fase 7 Evaluasi Proses, Fase 8 Evaluasi Dampak, dan Fase 9 Evaluasi Hasil.

Dalam penerapannya, PRECEDE-PROCEED dilakukan secara bersama. Mulai dari proses perencanaan hingga evaluasi. PRECEDE merupakan fase yang digunakan untuk diagnosis masalah, menetapkan tujuan program, dan prioritas. Di sisi lain, PROCEED digunakan untuk menetapkan pelaksanaan, sasaran, kriteria kebijakan, dan evaluasi. Selain itu menurut Schmidt dkk (1990) dalam Maulana (2009: 108), model ini dianggap lebih berorientasi praktis dan banyak diterima. Model ini juga diterapkan pada perencanaan beberapa program. Selain itu model PRECEDE-PROCEED membantu memahami secara mendalam tentang komunitas atau target sasaran dan kebutuhannya. Model PRECEDE-PROCEED juga dapat membantu memahami tentang penentu proksimal kesehatan, seperti perilaku dan lingkungan serta masalah kualitas hidup di masyarakat (Bartholomew dkk, 2015: 361). Pada Model PRECEDE-PROCEED terdapat pemberdayaan masyarakat, bina suasana, advokasi, dan kemitraan.

- 1) Advokasi merupakan kegiatan untuk meyakinkan orang lain. Tujuannya agar orang tersebut dapat membantu atau mendukung apa yang sedang diinginkan. Dalam pelaksanaannya, advokasi dilakukan kepada para pembuat keputusan atau kebijakan. Dalam bentuk lain, sasaran advokasi adalah sasaran tersier.
- 2) Dukungan sosial merupakan kegiatan untuk mencari dukungan melalui tokoh-tokoh masyarakat. Baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuannya agar tokoh masyarakat tersebut

menghubungkan orang-orang yang membuat suatu program kesehatan dengan masyarakat. Sehingga, sasaran dari dukungan sosial ini merupakan tokoh masyarakat yang menjadi sasaran sekunder.

- 3) Pemberdayaan masyarakat adalah pemberdayaan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, pengorganisasian, dan pengembangan masyarakat dengan cara pelatihan-pelatihan. Sehingga, sasaran dari pemberdayaan masyarakat termasuk sasaran primer karena menjadikan masyarakat sebagai sasaran utama.
- 4) Kemitraan diterapkan agar dapat membangun kerja sama dan mendapatkan dukungan. Kemitraan dilakukan berlandaskan tiga prinsip dasar, yaitu kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

Dalam implementasinya, penyuluhan kesehatan termasuk dalam pembahasan promosi kesehatan. Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat juga disebut dengan komunikasi kesehatan.

Komunikasi menurut George A Miller (1951) dalam Notoatmodjo (2018: 145) adalah proses penyampaian informasi dari satu tempat ke tempat lain. Sementara komunikasi kesehatan adalah suatu penyampaian informasi dari satu orang ke orang lainnya terhadap isu-isu kesehatan. Pernyataan dari Ratzan dkk dalam Schiavo (2014: 23-24) dalam agenda kesehatan masyarakat di Amerika Serikat, komunikasi kesehatan meliputi pencegahan terhadap penyakit, promosi kesehatan, kebijakan kesehatan, dan perawatan kesehatan lainnya. Salah satu tujuan utama dari komunikasi kesehatan adalah untuk

melibatkan dan memberdayakan para individu dan komunitas. Pemahaman mengenai teori komunikasi kesehatan dan praktiknya membutuhkan pemikiran tentang makna literal dari kata komunikasi. Komunikasi didefinisikan sebagai 1) pertukaran informasi antara individu dan individu lainnya, 2) pesan, 3) tindakan komunikasi, 4) hubungan untuk saling memahami maksud satu sama lain, 5) akses (*Encarta Dictionary* dalam Schiavo, 2014: 4).

Proses komunikasi kesehatan dilakukan agar masyarakat memiliki hak yang sama untuk menggunakan fasilitas kesehatan terlepas dari perbedaan gender, status ekonomi dan status sosial. Komunikasi kesehatan merupakan bidang yang multidisiplin untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dengan mendorong perubahan sosial dan kesehatan. Komunikasi kesehatan memiliki banyak kegiatan komunikasi yang berbeda. Di antaranya komunikasi interpersonal, mobilisasi sosial dan komunitas, advokasi, media massa dan komunikasi media baru, komunikasi pada tenaga medis profesional, dan hubungan kemitraan pada komunikasi kesehatan (Haider dalam Schiavo, 2014: 26). Selain itu bentuk komunikasi kesehatan yang sering digunakan dalam melakukan program-program kesehatan adalah komunikasi dalam diri, komunikasi interpersonal, dan komunikasi massa (Maulana, 2009: 98). Untuk membedakan bentuk-bentuk komunikasi kesehatan tersebut, G. R. Miller membagi bentuk-bentuk komunikasi kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang terlibat dalam komunikasi, derajat kedekatan fisik, saluran indrawi yang tersedia, dan kesegeraan umpan balik.

Terdapat pihak yang melakukan perencanaan promosi kesehatan dan implementasinya, termasuk juga komunikasi kesehatan, yaitu Dinas Kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 69 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, yaitu untuk melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, 2018: 12). Dinas Kesehatan memiliki Seksi Promosi Kesehatan dan

Pemberdayaan Masyarakat yang bertugas untuk menyiapkan perumusan kebijakan teknis, bahan pelaksanaan teknis, bahan laporan pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Selain itu, Dinas Kesehatan juga memiliki Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat yang bertugas untuk menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis, bahan pelaksanaan, bahan laporan pelaksanaan teknis kesehatan keluarga dan gizi. Salah satunya adalah masalah kesehatan stunting (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, 2018: 18-19).

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut mengenai bagaimana perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Lokasi penelitian berada di Kabupaten Sidoarjo dikarenakan Kabupaten Sidoarjo berdasarkan data dari Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM) Dinas Kesehatan Jawa Timur pada bulan November 2019 menunjukkan ada sebanyak 24.439 balita yang menderita stunting. Angka tersebut merupakan angka yang paling tinggi di Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan tipe penelitian deskriptif. Pendekatan ini dipilih karena bertujuan dalam menganalisis dan mendeskripsikan fenomena stunting yang terjadi dalam masyarakat. Setelah itu, tentang mendeskripsikan apa saja perencanaan dan implementasi yang telah dilakukan di Kabupaten Sidoarjo dalam mencegah dan mengatasi stunting. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam yang didapatkan dari narasumber terkait dengan topik penelitian.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan melihat uraian di atas maka rumusan penelitian dapat dinyatakan sebagai berikut:

Bagaimana perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk dapat mendeskripsikan perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu komunikasi, khususnya bidang *human communications*. Bidang tersebut yang mendeskripsikan bagaimana perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo. Hal itu dianggap penting karena stunting merupakan kondisi kurang gizi pada balita yang masih menjadi permasalahan di Indonesia. Penelitian ini juga dapat menjadi referensi bagi penelitian sejenis lainnya yang menjadikan promosi kesehatan dan komunikasi kesehatan memiliki penting untuk mencegah adanya masalah kesehatan. Selain itu, dapat berperan untuk memelihara kesehatan di masyarakat.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran informasi bagi Pemerintah Kabupaten Sidoarjo dalam menilai perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting. Dalam mengatasi masalah stunting perlu dilakukan upaya dari berbagai sektor.

Selain itu penelitian ini juga dapat bermanfaat bagi masyarakat Kabupaten Sidoarjo untuk membuka ruang dalam memberikan pendapatnya kepada pemerintah tentang masalah kesehatan, terutama stunting.

1.5 Tinjauan Pustaka

1.5.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu digunakan untuk melihat permasalahan yang sama dan pernah dibahas oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Tujuannya adalah memastikan bahwa penelitian ini tidak meniru penelitian-penelitian terdahulu dan memiliki keunikan dan kebaruan sendiri.

Penelitian terdahulu yang berjudul Kajian tentang Strategi Promosi Kesehatan pada Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara pernah diteliti oleh Brenda Iin, Marjes N. Tumurang, Rahayu Akili pada tahun 2017. Kesimpulan dari penelitian ini adalah strategi promosi kesehatan yang dijalankan terdapat 1) Advokasi untuk mendapatkan dukungan kebijakan pengendalian PTM khususnya penyakit hipertensi di wilayah kerja Dinas Kesehatan belum terlaksana dengan maksimal, 2) Pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat tentang penyakit hipertensi di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara khususnya Puskesmas Airmadidi dan Puskesmas Batu sudah terlaksana meskipun belum dapat menjangkau semua masyarakat, 3) Bina suasana pada program promosi kesehatan penyakit hipertensi belum terlaksana dengan baik, dan 4) Kemitraan untuk mendukung pencegahan dan pengendalian penyakit hipertensi di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara di Puskesmas Batu sudah terlaksana namun tidak memiliki MoU dan bukan mitra khusus untuk penyakit Hipertensi. Penelitian tersebut membuktikan bahwa dalam penerapan strategi promosi kesehatan, masih terdapat poin-poin pada strategi promosi kesehatan yang belum diterapkan. Persamaan dengan

penelitian yang dilakukan peneliti adalah penelitian tersebut juga menggunakan pendekatan kualitatif dan teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara mendalam. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah tidak menggunakan keempat poin strategi promosi kesehatan (advokasi, pemberdayaan masyarakat, bina suasana, dan kemitraan) yang menjadi bagian utama untuk menganalisis penelitian tersebut. Selain itu, penelitian tersebut tidak menggunakan masalah kesehatan stunting, melainkan tentang PTM (Penyakit Tidak Menular).

Penelitian terdahulu selanjutnya, dilakukan oleh Astutik, M. Zen Rahfiludin, dan Ronny Aruben pada tahun 2018 memiliki judul Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Balita usia 24-59 Bulan (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati Tahun 2017). Penelitian tersebut menghasilkan data bahwa terdapat hubungan antara status ekonomi, asupan protein dan seng, dengan kejadian stunting. Penelitian tersebut membuktikan bahwa stunting dapat disebabkan oleh status ekonomi masyarakat. Sehingga, asupan protein dan seng pada anak kurang tercukupi. Persamaan penelitian tersebut dengan penelitian yang dilakukan peneliti adalah mengetahui penyebab stunting. Sedangkan perbedaannya adalah penelitian tersebut menggunakan pendekatan kuantitatif dan terbatas pada analisis hubungan yang menjadi penyebab stunting. Sementara penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam. Sehingga, penyebab stunting dapat diketahui lebih banyak dari wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan.

Penelitian terdahulu yang lain dilakukan oleh Sri Astuti, Ginna Megawati, dan Samson CMS pada tahun 2018 berjudul Gerakan Pencegahan Stunting Melalui Pemberdayaan Masyarakat di Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. Penelitian tersebut menghasilkan data bahwa promosi pencegahan stunting atau sosialisasi menggunakan media *integrating card* meningkatkan pengetahuan kader posyandu melalui event HKN (Hari

Kesehatan Nasional), dapat meningkatkan pemberdayaan masyarakat. Hal tersebut dikarenakan, *integrating card* tersebut lebih mudah dipahami karena dianggap menarik. Selain itu, promosi kesehatan perlu dilakukan secara berkesinambungan untuk lebih meningkatkan pengetahuan kader dan masyarakat. Tujuannya agar stunting dapat dicegah. Persamaan dengan penelitian ini adalah terdapat intervensi berupa sosialisasi yang merupakan bagian dari promosi kesehatan stunting. Namun, terdapat perbedaan di antaranya sosialisasi yang terdapat pada penelitian ini, merupakan bagian dari Model PRECEDE pada fase 5 yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Sehingga, bukan hanya menganalisis sosialisasi yang dilakukan petugas kesehatan saja. Selain itu, penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Sedangkan metode penelitian yang dilakukan oleh Sri Astuti, Ginna Megawati, dan Samson CMS menggunakan metode *cross sectional* dan partisipasi masyarakat.

Penelitian terdahulu yang lain berjudul Analisis Komitmen Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman dalam Mengatasi Masalah Stunting Berdasarkan *Nutrition Commitment Index* (NCI) 2018 dilakukan oleh Merri Syafrina, Mastul, dan Firdawati pada tahun 2019. Penelitian ini menghasilkan data tentang enam indikator NCI yang sudah dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman dalam mengatasi stunting. Di antaranya adalah promosi MP-ASI, kondisi program gizi dalam kebijakan daerah, prioritas program gizi dalam perencanaan daerah, kerja sama multisektor, target program gizi, dan survei gizi nasional. Persamaan dengan penelitian ini adalah mengetahui program-program apa saja yang dilakukan oleh pemerintah dalam mengatasi stunting. Selain itu, penelitian tersebut juga menggunakan pendekatan kualitatif dan teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam. Sedangkan perbedaannya adalah, informan pada penelitian yang dilakukan oleh Merri Syafrina, Mastul, dan Firdawati tidak hanya petugas dari Dinas Kesehatan saja, tapi juga ketua DPRD, Bupati, Kabid Sosial dan Budaya

Bappeda, dan Kepala Puskesmas Lubuk Alung, dan Pemegang Program Gizi Puskesmas Lubuak Alung Kabupaten Padang Pariaman. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat indikator-indikator intervensi berdasarkan 12 indikator NCI untuk mengatasi stunting yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Padang Pariaman. Perbedaan yang lain adalah penelitian ini menggunakan model PRECEDE-PROCEED untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab stunting. Sehingga, dapat diketahui intervensi yang cocok diberlakukan di masyarakat Kabupaten Sidoarjo.

Penelitian terdahulu yang terakhir berjudul Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat dilakukan oleh Endang Sutisna Sulaeman, Bhisma Murti, dan Waryana pada tahun 2015. Hasil dari penelitian tersebut adalah perencanaan suatu program pemberdayaan masyarakat pada bidang kesehatan, perlu mencari tahu apa saja yang dibutuhkan masyarakat dengan menggunakan literatur dan investigasi. Selain itu, penelitian tersebut menggunakan Model PRECEDE-PROCEED dalam merencanakan suatu program pemberdayaan masyarakat. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama menggunakan Model PRECEDE-PROCEED untuk mengetahui apa saja faktor-faktor masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Sehingga, dapat diketahui intervensi yang cocok dengan faktor-faktor masalah tersebut. Persamaan yang lain adalah sama-sama hanya menggunakan Model PRECEDE dan menggunakan pendekatan kualitatif. Sedangkan perbedaannya terletak pada informan penelitian. Pada penelitian yang dilakukan oleh Endang Sutisna Sulaeman, Bhisma Murti, dan Waryana, tidak hanya dari petugas kesehatan, tapi juga dari masyarakat setempat. Sementara informan penelitian ini hanya dari petugas kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Selain itu, penelitian tersebut tidak fokus pada masalah kesehatan tertentu. Hal tersebut dikarenakan, penelitian tersebut mengikutsertakan masyarakat dalam menjawab masalah kesehatan

apa yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Sementara pada penelitian ini hanya fokus tentang masalah kesehatan stunting yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada jangka pendek dan jangka panjang. Perbedaan yang lain adalah penelitian tersebut tidak terdapat praktik komunikasi kesehatan sebagai bagian dari Model PRECEDE-PROCEED.

1.5.2 Stunting

Stunting (kerdil) merupakan kondisi balita yang memiliki panjang atau tinggi badan kurang dibandingkan rata-rata yang sesuai umurnya. Penyebab utama stunting adalah karena kurangnya asupan gizi pada jangka waktu yang lama. Selain itu, asupan makanan juga tidak sesuai dengan kebutuhan gizi pada anak. Penyebab balita yang lain beraneka macam. Mulai dari kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, dan kesakitan pada bayi. Stunting dapat terjadi saat anak berada di dalam kandungan hingga berusia dua tahun. Hal tersebut termasuk dalam kelompok 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan). Sehingga, anak yang stunting akan terlihat saat berusia dua tahun. Menurut UNICEF dalam promkes.kemkes.go.id (2018), definisi stunting adalah tinggi badan di bawah minus pada anak-anak usia 0-59 bulan. Ketentuan minus pada pengukuran tinggi badan anak tersebut berdasarkan ketetapan WHO (*World Health Organization*). Stunting juga menghambat perkembangan otak. Sehingga, kemampuan mental dan belajar tidak dapat maksimal.

Permasalahan stunting ini merupakan masalah gizi utama yang dialami Indonesia. Balita pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan masalah gizi lain, seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk. Data tersebut berdasarkan data dari Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir. Prevalensi balita pendek mengalami kenaikan pada tahun 2017 menjadi 29,6%. Sementara pada tahun 2016 hanya diangka 27,5% (Pusat Data dan Informasi, 2018).

Stunting merupakan salah satu target SDGs yang kedua, yaitu menghilangkan kelaparan. Maksudnya adalah tidak ada lagi manusia yang kelaparan dan malnutrisi, serta mencapai ketahanan pangan. Menurut WHO, dampak yang ditimbulkan stunting, dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendeknya antara lain: 1) Dapat meningkat kematian dan kesakitan, 2) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal anak tidak optimal, serta 3) Biaya kesehatan meningkat. Sedangkan dampak jangka panjangnya adalah 1) Postur tubuh anak akan lebih pendek dibandingkan pada anak seumurnya saat dewasa, 2) Meningkatkan risiko obesitas dan penyakit lainnya, 3) Menurunnya kesehatan reproduksi, 4) Kapasitas belajar dan performa saat sekolah kurang optimal, serta 5) Produktivitas dan kapasitas kerja tidak optimal (Pusat Data dan Informasi, 2018).

Selain memiliki dampak kepada balita itu sendiri, stunting juga berdampak pada perekonomian suatu negara di masa depan, termasuk Indonesia. Hal tersebut dikarenakan ada banyak dampak panjang yang terjadi jika seseorang mengalami stunting. Sehingga menjadikan pembiayaan negara kepada anak yang mengalami stunting meningkat. Potensi kerugian ekonomi akibat stunting juga sangat besar. Pada tahun 2016 menurut laporan dari *World Bank*, potensi kerugian akibat stunting adalah 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB). Di benua Asia dan Afrika, potensi kerugian akibat stunting dapat mencapai 11% Produk Domestik Bruto (PDB). Apabila PDB Indonesia sebesar Rp13.000 triliun, maka kerugiannya mencapai Rp1430 triliun. Penanganan stunting tidak bisa dilakukan sendirian (*scattered*) atau hanya dilakukan oleh satu sektor saja. Penanganan stunting harus dilakukan secara terintegrasi dan konvergen antar multi sektor. Oleh karena itu, penanganan stunting harus dilakukan mulai dari pemerintah pusat, lembaga swasta, media, pemerintah desa, hingga masyarakat sendiri (Pusat Data dan Informasi, 2018).

Tantangan yang dihadapi dalam melakukan pencegahan penanganan stunting yang terintegrasi dan konvergen adalah komitmen dan dukungan

yang berkelanjutan dari para pejabat. Selain itu, memastikan intervensi diterapkan hingga ke daerah-daerah terpencil juga menjadi tantangan. Intervensi-intervensi tersebut terdiri dari intervensi sensitif dan intervensi spesifik. Intervensi spesifik adalah intervensi yang dilakukan oleh sektor kesehatan dan memberikan kontribusi keberhasilan sebesar 30%. Intervensi spesifik yang dapat dilakukan oleh sektor kesehatan di antaranya adalah memberikan makanan tambahan, vitamin, imunisasi dasar lengkap, dan lainnya. Sedangkan intervensi sensitif adalah intervensi yang dilakukan oleh sektor non kesehatan atau lintas sektor lainnya dan memberikan kontribusi keberhasilan sebesar 70%. Intervensi sensitif yang dapat dilakukan oleh sektor non kesehatan atau lintas sektor adalah menyediakan air bersih, jamban, memberantas kemiskinan, dan lainnya. Intervensi tersebut dilakukan dengan gerakan 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) (Rosha dkk, 2016: 128).

Gerakan tersebut dilakukan mulai pada tahun 2010 oleh PBB (Perserikatan Bangsa-Bangsa) dengan nama program *Scaling Up Nutrition* (SUN). Program *Scaling Up Nutrition* tersebut juga dikenal dengan istilah Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari pertama Kehidupan. Gerakan tersebut merupakan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat agar mewujudkan target SGDs yang kedua, yaitu tanpa kelaparan dan malnutrisi. Cara untuk mewujudkannya adalah dengan menguatkan kesadaran dan komitmen agar menjamin akses masyarakat terhadap makanan yang bergizi. Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi tercantum dalam Peraturan Presiden (Perpres) nomor 42 tahun 2013 (Rosha dkk, 2016: 128).

Selain itu menurut promkes.kemkes.go.id (2019), perlu dilakukan pemenuhan gizi sejak hamil. Hal ini berhubungan dengan 1000 HPK pada manusia. Selanjutnya adalah dengan memberikan ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif pada 6 bulan pertama setelah bayi dilahirkan. Setelah itu dengan memberikan MPASI (Makanan Pendamping ASI) setelah pemberian ASI Eksklusif. Selain itu perlu dilakukan pencegahan dengan selalu memantau

tumbuh dan kembang anak dan selalu menjaga kebersihan pada lingkungan. Untuk mengatasi stunting setelah bayi lahir adalah dengan memberikan protein. Menurut promkes.kemkes.go.id (2018), jika anak diberikan asupan protein sebanyak 15% dari total asupan yang dibutuhkan, dapat memiliki badan lebih tinggi dibanding dengan anak yang hanya mendapatkan asupan protein sebanyak 7,5%.

Selain itu, pada tahun 2017 dilakukan Rapat Terbatas tentang intervensi stunting, yaitu mulai dari tahun 2018 akan ada 100 Kabupaten atau Kota yang menjadi daerah untuk memaksimalkan program penanganan stunting. Lalu pada tahun 2019 diperluas menjadi 160 Kabupaten atau Kota. Pada tahun 2020 diperluas menjadi 390 Kabupaten atau Kota dan pada tahun 2021 diperluas menjadi 514 Kabupaten atau Kota. Wilayah-wilayah tersebut disebut dengan lokasi fokus (lokus) stunting. Intervensi-intervensi tersebut memerlukan adanya upaya bersama dengan pemerintah daerah dan masyarakat. (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017: xviii). Selain itu, salah satu cara untuk mencegah stunting adalah dengan melakukan promosi kesehatan.

1.5.3 Promosi Kesehatan

Menurut WHO (World Health Organization), promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan manusia untuk meningkatkan kesehatan mereka. Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif. Baik secara sosial maupun ekonomi (Maulana, 2007: 5). Sedangkan menurut Piagam Ottawa tahun 1986, promosi kesehatan adalah proses untuk memampukan dan memaukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan sendiri. Pada perkembangan bidang kesehatan, tenaga kesehatan mendapatkan kritik pada tahun 1970-an. Penyebabnya adalah menyalahkan korban karena melakukan sesuatu hal yang bertolak belakang dengan saran kesehatan. Kemudian pada

tahun 1980-an, muncul promosi kesehatan yang melibatkan masyarakat dalam menetapkan tujuan kesehatan mereka (Maulana, 2009: 14).

Promosi kesehatan tidak mirip seperti perawatan kesehatan. Penerapan promosi kesehatan berhubungan dengan pembuat kebijakan di semua sektor. Selain itu, promosi kesehatan dilakukan agar masyarakat lebih sadar akan pentingnya kesehatan. Kebijakan promosi kesehatan membutuhkan identifikasi hambatan atau tantangan dari penerapan kebijakan kesehatan publik di sektor non kesehatan. Selain itu, dibuat pula bagaimana langkah menghilangkan hambatan kebijakan kesehatan. Hal tersebut dilakukan untuk membuat kebijakan yang lebih mudah diterapkan di masyarakat.

Dalam melakukan promosi kesehatan, terdapat tiga jenis sasaran, yaitu sasaran primer, sasaran sekunder, dan sasaran tersier. 1) Sasaran primer atau utama adalah pasien, individu sehat dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat. Tujuannya agar sasaran ini menerapkan perilaku sehat, 2) Sasaran sekunder adalah tokoh pemuka yang ada di masyarakat, misalnya pemuka adat, pemuka agama, pejabat pemerintahan, pejabat desa, media massa, organisasi masyarakat. Sasaran sekunder diharapkan untuk meningkatkan perilaku sehat masyarakat. Hal tersebut disebabkan tokoh-tokoh tersebut merupakan panutan masyarakat. Sehingga, jika tokoh-tokoh pemuka tersebut menjalankan perilaku sehat, maka masyarakat akan termotivasi dalam melakukannya. 3) Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik atau pembuat peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan atau di bidang lain. Bidang lain tersebut yang dapat memfasilitasi atau memberikan sumber daya yang berkaitan. Fasilitas yang dapat diberikan dapat berupa dana, sarana, dan lain sebagainya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011: 22-24).

Tujuan promosi kesehatan memiliki tiga tingkatan. Menurut Green dalam Maulana (2009: 116) adalah tujuan program, tujuan pendidikan, dan tujuan perilaku. Penjelasan masing-masing tujuan adalah:

- a) Tujuan program merupakan refleksi dari fase sosial dan epidemiologi. Sering juga disebut dengan tujuan jangka panjang. Pertanyaan yang biasanya diajukan untuk mencapai tujuan program adalah pencapaian-pencapaian status kesehatan yang akan didapat dalam periode tertentu.
- b) Tujuan pendidikan adalah pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan. Sering juga disebut tujuan jangka menengah.
- c) Tujuan perilaku sering juga disebut tujuan jangka pendek. Tujuan perilaku adalah gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan. Biasanya tujuan perilaku dihubungkan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Awalnya promosi kesehatan disebut dengan pendidikan kesehatan. Hal ini bermula dari peran praktik kesehatan masyarakat yang berjalan sampai pada tahun 80-an. Praktik kesehatan tersebut terlalu menekankan perubahan masyarakat. Kenyataannya, perubahan yang terjadi di masyarakat berjalan dengan sangat lamban. Hal itu menyebabkan dampak dalam perbaikan kesehatan sangat kecil. Pada istilah pendidikan kesehatan tersebut, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, namun masyarakat masih belum mempraktikkan himbauan-himbauan tersebut. Sehingga, praktik tersebut masih memaukan masyarakat dalam berperilaku hidup sehat melalui pemberian informasi kesehatan, atau disebut dengan penyuluhan kesehatan. Dalam memampukan masyarakat untuk menjalankan perilaku sehat, juga harus disediakan fasilitas kesehatan seperti air bersih, jamban sehat, dan lain sebagainya. Sehingga, istilah pendidikan kesehatan diganti dengan promosi

kesehatan. Penggantian istilah tersebut diawali oleh WHO (*World Health Organization*) pada tahun 1984. Hal tersebut juga merevisi istilah pendidikan kesehatan yang hanya bertujuan untuk perubahan perilaku. Padahal perubahan lingkungan juga penting untuk memfasilitasi masyarakat agar berperilaku sehat (Notoatmodjo, 2018: 23-24).

Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan (perilaku dan lingkungan) yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2018: 24). Batasan promosi kesehatan menurut Notoatmodjo (2018: 25) adalah kemauan dan kemampuan. Masyarakat tidak hanya mau dalam dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, tapi juga mampu dalam mengenal kebutuhan dan lingkungannya. Setelah mengenal kebutuhan dan lingkungannya, mereka juga harus dapat mengubah atau mengatasi lingkungannya. Hal itu dikarenakan sesuai konsep promosi kesehatan yang telah dimaksud di atas, bahwa promosi kesehatan tidak hanya sekedar mengubah perilaku masyarakat, tapi juga mengubah lingkungannya. Lingkungan apabila tidak diubah, maka perubahan perilaku dalam masyarakat juga sulit untuk diubah. Selain lingkungan, perubahan yang harus dilakukan adalah perubahan sistem dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018: 25). Oleh karena itu dalam praktik promosi kesehatan, perlu kerja sama dengan lintas sektor yang lain.

Masalah kesehatan yang ada di masyarakat, dapat ditentukan oleh dua faktor. Faktor yang pertama adalah faktor perilaku dan faktor yang kedua adalah non-perilaku. Faktor-faktor non-perilaku adalah fisik, sosial, ekonomi, dan politik. Dalam upaya mengatasi faktor perilaku dapat dilakukan intervensi melalui dua pendekatan, yakni pendidikan dan/atau paksaan (Notoatmodjo, 2018: 25-26).

Pendekatan pendidikan dilakukan dengan upaya pembelajaran kepada masyarakat agar melakukan kegiatan untuk meningkatkan kesehatannya.

Sedangkan pendekatan paksaan atau tekanan dilakukan kepada masyarakat agar melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara kesehatannya. Perbedaan di antara keduanya adalah dampak pendekatan pendidikan dalam merubah masyarakat dapat berjalan dengan lama. Sehingga, harapan jika menerapkan pendekatan ini adalah agar perubahan dalam masyarakat mengenai kesadaran memelihara kesehatan dapat bertahan lama.

Kegiatan promosi kesehatan harus disesuaikan dengan faktor yang mempengaruhi suatu perilaku dalam masyarakat. Perilaku tersebut ditentukan oleh tiga faktor utama menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2018: 27), yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung atau faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

- a) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku dalam masyarakat. Faktor tersebut adalah pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap apa yang akan dilakukan. Seseorang akan berperilaku menerapkan gaya hidup sehat jika ia mengetahui suatu isu kesehatan. Selain itu, berperan juga faktor kepercayaan, tradisi, sistem, dan nilai dalam suatu masyarakat dapat mempengaruhi perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2018: 27).
- b) Faktor pendukung atau pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor yang menjadi pendukung suatu perilaku. Di antaranya adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung perilaku seseorang atau masyarakat (Notoatmodjo, 2018: 28). Contohnya adalah jika seseorang ingin mengubah perilakunya untuk melakukan imunisasi, maka fasilitas untuk imunisasi juga harus tersedia.
- c) Faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan tokoh masyarakat yang menguatkan perilaku masyarakat. Faktor

penguat yang lain adalah suatu peraturan atau undang-undang dari pejabat pemerintahan pusat atau daerah (Notoatmodjo, 2018: 28).

Oleh karena itu, kegiatan promosi kesehatan seharusnya difokuskan kepada ketiga faktor yang disebutkan di atas. Dalam menerapkan promosi kesehatan, diperlukan suatu rencana agar promosi kesehatan berjalan dengan lancar. Salah satu model yang dapat digunakan untuk mengetahui penyebab masalah kesehatan, menetapkan prioritas, dan mengalokasikan sumber daya yang ada untuk melakukan promosi kesehatan adalah Model PRECEDE-PROCEED.

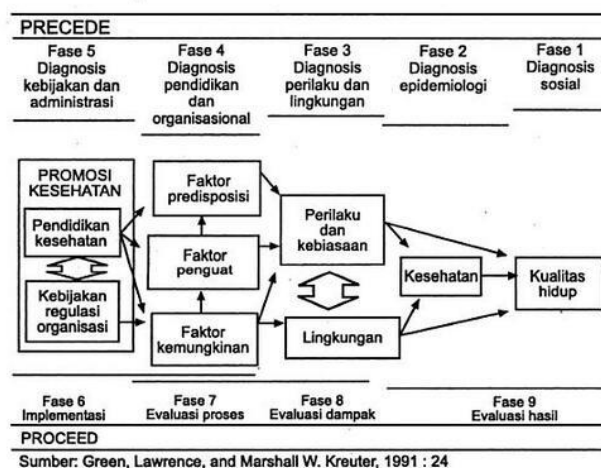
1.5.4 Model PRECEDE-PROCEED

Model PRECEDE merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. PRECEDE ini merupakan kerangka untuk membantu perencanaan dalam mengenali masalah di lingkungan. Mulai dari kebutuhan seseorang hingga pengembangan suatu program. Model PRECEDE muncul terlebih dahulu pada tahun 1980 yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter. Lalu pada tahun 1991, model ini disempurnakan menjadi model PRECEDE-PROCEED. Model PROCEED merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, and Organizational Construct in Educational and Environmental Development*. Alasan disempurnakannya model ini karena dalam aplikasinya, PRECEDE dan PROCEED dilakukan bersama. Mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Maulana, 2009: 108). Selain itu, menurut Andrea C. Gielen dalam Goodson (2010: 190), perevisian tersebut menganggap bahwa faktor lingkungan merupakan hal yang penting dalam penentu perilaku kesehatan. Selanjutnya terdapat revisi kembali pada tahun 2005. Revisi tersebut menambah pendekatan ekologis dan partisipatif pada promosi kesehatan. Menurut Green dalam

Bartholomew dkk (2015: 360), model PRECEDE-PROCEED dapat membantu dalam proses merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program perubahan perilaku kesehatan. Model ini dapat dipakai sebagai petunjuk dan teori perubahan perilaku sebagai arah yang spesifik menuju suatu tujuan.

Proses perkembangan PRECEDE mulai mempengaruhi bidang pendidikan kesehatan pada tahun 1970-an. Perkembangan ini fokus pada hasil perencanaan. Maksud dari hasil perencanaan adalah melakukan pemahaman yang mendalam tentang masyarakat dan kebutuhannya. Selain itu perlu untuk mengetahui penyebab suatu masalah kesehatan. Sehingga dapat diketahui bagaimana menerapkan solusi masalah kesehatan.

Tiga fase pertama dalam PRECEDE membantu perencana dalam mengembangkan model logika suatu masalah. Selain itu model tersebut juga memandu dalam menganalisis penyebab suatu masalah kesehatan di berbagai tingkat ekologi. Model PRECEDE juga digunakan untuk membantu perencana fokus pada faktor penentu perilaku dan lingkungan yang terkait dengan kesehatan. Fase-fase yang ada pada model PRECEDE-PROCEED adalah:



Gambar 1. Kerangka PRECEDE-PROCEED

Sumber: Maulana (2009: 109)

- 1) Fase pertama model PRECEDE-PROCEED adalah diagnosis sosial. Diagnosis tersebut menentukan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya dan menginspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Untuk mengetahui diagnosisnya, dilakukan dengan data sensus, vital statistik, atau pengumpulan data secara langsung ke masyarakat. Data langsung dengan masyarakat dapat diperoleh dengan wawancara, FGD (*Forum Group Discussion*), *nominal group process*, dan survei (Maulana, 2009: 110-111).
- 2) Pada fase kedua (diagnosis epidemiologis), perencana mulai membangun model logis masalah kesehatan. Biasanya mulai dari mendeskripsikan masalah kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup dalam suatu kelompok. Pembahasan analisis epidemiologis di antaranya mencari masalah kesehatan dan dampaknya pada kualitas hidup masyarakat, serta penyebab perilaku masalah kesehatan. Pada fase ini juga terdapat identifikasi siapa yang terkena masalah kesehatan. Mulai dari umur, jenis kelamin, lokasi, dan suku. Selain itu, dicari tahu juga tentang pengaruh masalah kesehatan tersebut.
- 3) Fase ketiga membahas mengenai analisis lingkungan. Analisis lingkungan mencakup kondisi di lingkungan sosial, fisik, dan biologis, yang mempengaruhi masalah kesehatan secara langsung atau melalui penyebab perilakunya. Dalam banyak analisis masalah kesehatan, lingkungan berperan penting terhadap munculnya masalah kesehatan. Masalah perilaku dan lingkungan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang atau masyarakat serta status kesehatannya. Masalah perilaku yang

dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang adalah dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (*utilization*), upaya pencegahan (*prevention action*), pola dalam mengonsumsi makanan (*consumption pattern*), kepatuhan (*compliance*), serta upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*) (Maulana, 2009: 112).

Pada fase ini, perencana mulai mendeskripsikan masalah dan penyebabnya dari sumber data yang sudah ada. Baik dari pemerintah lokal, pemerintah negara, survei kesehatan nasional, atau data medis. Data ini tersedia dalam bentuk elektronik atau nonelektronik. Untuk mengatasi sebuah masalah, perlu dilakukan identifikasi apakah masalah tersebut dapat diatasi secara individu, atau perlu bantuan dari pihak pemerintah.

- 4) Di fase empat ada diagnosis pendidikan dan organisasional. Fase ini merupakan kelanjutan dari fase ketiga. Ahli kesehatan mencari tahu faktor-faktor yang menjadi penyebab kondisi perilaku dan lingkungan yang ada di fase ketiga. Pertanyaan yang diajukan adalah faktor apa yang menjadi penyebab dan pendukung perilaku berisiko pada masyarakat. Pertanyaan lain yang bisa menjadi alternatif adalah kondisi lingkungan seperti apa yang menyebabkan masalah kesehatan.

Green dan Kreuter dalam Bartholomew dkk (2015: 364) menyebutkan faktor-faktor yang dapat mengubah perilaku antara lain; a) faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu pengetahuan, perilaku, kepercayaan, nilai, dan persepsi yang mendukung atau menghalangi seseorang atau masyarakat untuk berubah, b) faktor penguat (*reinforcing factors*), yaitu imbalan dan umpan balik yang diterima oleh seseorang dari

lingkungannya setelah mengadopsi perilakunya, seperti dari tokoh masyarakat, guru, dan lain sebagainya, c) faktor pendukung (*enabling factors*), yaitu keterampilan, sumber daya, atau penghalang yang dapat membantu atau membatasi perubahan perilaku dan lingkungan. Jika sudah mengidentifikasi faktor-faktor tersebut, diperlukan tujuan pembelajaran berdasarkan faktor predisposisi dan menetapkan tujuan organisasional berdasarkan faktor penguat dan pendukung.

- 5) Fase lima dari model PRECEDE adalah diagnosis kebijakan dan penerapan intervensi yang tepat. Pertanyaan yang dapat diajukan adalah program komponen dan intervensi apa yang berdampak pada perubahan spesifik pada fase sebelumnya? Untuk diagnosis ranah administrasi, dilakukan tiga penilaian, yaitu sumber daya yang terdapat di organisasi dan masyarakat, sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program, dan hambatan pelaksanaan program. Sementara untuk diagnosis pada ranah kebijakan, dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program, serta pengembangan lingkungan yang dapat mendukung kegiatan masyarakat.
- 6) Fase keenam adalah perencana menyiapkan implementasi dengan mengembangkan kebutuhan latihan, materi, dan sumber daya untuk mendukung suatu program. Data dikumpulkan pada lima fase sebelumnya. Data tersebut digunakan oleh fasilitator suatu program agar memiliki kapasitas dan sumber daya mengenai data yang telah dikumpulkan. Tujuannya untuk dapat mengimplementasikan program yang diusulkan pada fase keenam.

- 7) Fase ketujuh sampai kesembilan adalah perencanaan mengembangkan rencana pengumpulan data. Fase ketujuh adalah evaluasi proses. Evaluasi suatu proses dilakukan untuk menentukan seberapa jauh program tersebut diimplementasikan menurut protokol. Fase kedelapan adalah dampak evaluasi. Evaluasi juga dilakukan untuk menilai dampak perubahan dalam faktor predisposisi, penguat, dan pendukung, serta pada faktor perilaku dan lingkungan. Fase kesembilan adalah hasil suatu evaluasi. Selanjutnya, evaluasi hasil juga menentukan dampak suatu program dalam indikator kesehatan dan kualitas kehidupan. Tujuan pada setiap fase model PRECEDE-PROCEED ini dilakukan untuk dapat dievaluasi agar dapat berjalan lebih baik kedepannya.

Fase pertama hingga fase kelima merupakan bagian dari model PRECEDE. Fase PRECEDE digunakan untuk meyakinkan bahwa program akan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan lingkungan serta masyarakat. Fase PRECEDE merupakan bagian dari perencanaan promosi kesehatan. Data-data yang dapat dibutuhkan untuk merencanakan promosi kesehatan adalah dari dokumen yang ada, petugas kesehatan di lapangan, tokoh masyarakat, dan langsung dari masyarakat. Cara-cara mengumpulkan data dapat dilakukan melalui FGD (*Forum Group Discussion*) pada pendekatan kepada informan kunci, melalui forum diskusi pada pendekatan kepada forum komunitas, serta melalui wawancara dan observasi pada pendekatan kepada sampel survei (Maulana, 2009: 114-115). Sedangkan fase keenam hingga fase kesembilan merupakan bagian dari model PROCEED yang berfungsi meyakinkan program dapat dijangkau, dapat diterima, dan dapat dipertanggungjawabkan. Bagian dari model PROCEED adalah mulai dari implementasi dan evaluasi (Maulana, 2009: 113-114).

Dalam Model PRECEDE-PROCEED ini terdapat pemberdayaan masyarakat, bina suasana, advokasi, dan kemitraan. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya menumbuhkan kemampuan masyarakat agar dapat hidup mandiri di bidang kesehatan. Mulai dari dapat mengenali masalah kesehatan dan mengatasinya. Hal tersebut dilakukan dengan menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat, dan pengembangan iklim yang mendukung (Maulana, 2009: 84). Upaya tersebut merupakan upaya dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat yang sesuai dengan keadaan dan masalah kesehatan. Proses pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah proses, sedangkan *output*-nya adalah kemandirian masyarakat di bidang kesehatan. Tantangan pertama dalam tahap pemberdayaan adalah saat meyakinkan seseorang tentang suatu masalah kesehatan baik yang sudah dihadapi atau yang berpotensi menjadi suatu masalah kesehatan. Sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat yang merupakan sasaran utama atau sasaran primer.

Menurut Maulana (2009: 83), bina suasana adalah kegiatan untuk membuat suasana yang mendukung dalam terwujudnya perilaku sehat. Caranya dengan mengembangkan opini publik yang positif melalui media massa kepada tokoh masyarakat. Tujuannya agar mendapat dukungan dan dapat menjadi jembatan dengan perencana program. Sasaran dari bina suasana adalah tokoh-tokoh pemuka masyarakat yang merupakan sasaran sekunder.

Advokasi merupakan kegiatan untuk meyakinkan orang lain. Tujuannya agar orang tersebut dapat membantu atau mendukung apa yang sedang diinginkan. Dalam pelaksanaannya, advokasi dilakukan kepada para pembuat keputusan atau pimpinan. Hal tersebut dilakukan agar mendukung program-program kesehatan yang diinginkan. Bentuk dari advokasi ini dapat berupa bentuk formal maupun informal. Bentuk formal dilakukan dengan mengadakan suatu seminar untuk membahas program atau suatu isu

kesehatan. Sedangkan bentuk informal merupakan cara dengan melakukan kunjungan kepada para pejabat yang relevan dengan suatu program. Sasaran praktik advokasi merupakan sasaran tersier. Sedangkan kemitraan dibutuhkan pada setiap kegiatan pemberdayaan masyarakat, bina suasana, dan advokasi, untuk menjalin kerja sama dengan pihak-pihak lain. Menurut Notoatmodjo (2018: 240), kemitraan merupakan usaha menjalin kerja sama dengan berbagai sektor, seperti, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah atau non pemerintah. Tujuannya adalah untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama. Tujuan bersama tersebut dicapai berdasarkan atas adanya kesepakatan prinsip dan masing-masing peranan. Sehingga, dengan adanya kemitraan, masing-masing pihak yang bekerja sama harus melepaskan kepentingan masing-masing agar dapat mewujudkan kepentingan bersama. Selain itu, dalam menerapkan model PRECEDE-PROCEED juga diperlukan adanya komunikasi kesehatan.

1.5.5 Komunikasi Kesehatan

Komunikasi merupakan proses penyampaian suatu informasi (pesan) dari komunikator (pengirim pesan) kepada komunikan (penerima pesan). Liliweri (2008) mengatakan bahwa komunikasi dapat diartikan sebagai pengalihan suatu pesan agar dapat dipahami dari komunikator kepada komunikan. Komunikasi kesehatan merupakan cabang ilmu dari bidang studi komunikasi yang membahas mengenai kesehatan. Tujuan dilakukan komunikasi kesehatan adalah agar masyarakat semakin sejahtera dalam mencapai status sehat secara utuh (fisik, mental, dan sosial) (Junaedi dan Sukmono, 2018: 4).

Komunikasi kesehatan dalam sejarahnya mulai berkembang pesat sejak tahun 1980-an. Perkembangan yang semakin pesat tersebut ditandai dengan banyaknya publikasi tentang bidang kesehatan. Hal itu dikarenakan, tantangan pada bidang kesehatan, terutama dalam mempromosikan

kesehatan dalam kehidupan masyarakat semakin kompleks (Schement dalam Junaedi dan Sukmono, 2018: 2). Semakin banyak penyakit atau kondisi kurang gizi yang diderita masyarakat diakibatkan karena kurangnya informasi dari lembaga yang berwenang, seperti tenaga kesehatan atau dinas kesehatan dan menteri kesehatan. Sehingga diperlukan praktik komunikasi kesehatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku masyarakat agar tidak menimbulkan dan menyebarkan penyakit atau kondisi kurang gizi.

Menurut Rahmadiana (2012: 90), banyak penyakit kronis disebabkan oleh faktor sosial dan pengaruh perilaku (*behavior*). Individu yang memiliki gaya hidup kurang sehat banyak mengalami gangguan penyakit kronis. Sehingga diperlukan komunikasi kesehatan kepada seorang individu. Tujuannya adalah agar individu tersebut memahami isu-isu kesehatan yang dihadapi. Sehingga tercapai standar kesehatan pada suatu individu.

Pelaksanaan praktik dan studi di bidang komunikasi kesehatan, menunjukkan pentingnya pelaksanaan komunikasi kesehatan. Tujuannya agar mencapai standar kesehatan yang diinginkan. Selain proses komunikasi yang dilakukan dengan *face to face*, komunikasi kesehatan juga memanfaatkan media-media yang ada. Praktik tersebut dilakukan karena menyesuaikan perkembangan teknologi yang semakin pesat. Media-media yang dimaksud adalah televisi, radio, dan koran. Contoh dari komunikasi kesehatan adalah komunikasi melalui iklan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan. Iklan yang dikenal dengan istilah iklan layanan masyarakat disebarkan melalui media massa, seperti koran, televisi, dan radio. Manfaat penerapan komunikasi kesehatan pada media-media yang ada dapat membuat proses tersebut berjalan dengan efektif dan efisien. Tantangan penggunaan media dalam komunikasi kesehatan ialah seorang komunikator harus mengetahui karakteristik dari masing-masing media (Schiavo, 2014: 27).

Pelaksanaan komunikasi kesehatan di masyarakat dilakukan oleh semua kalangan. Mulai dari tingkat individu, komunitas atau organisasi, hingga pemerintah. Contoh pelaksanaan komunikasi kesehatan adalah komunikasi yang terjalin antara dokter atau tenaga kesehatan lainnya dengan pasien. Seorang tenaga kesehatan yang baik dalam mengobati atau menangani seorang pasien, harus mengetahui informasi mengenai keadaan pasien. Hal tersebut bertujuan agar dapat mengobati penyakit pasien secara akurat. Praktik komunikasi kesehatan tersebut dapat dikelompokkan menjadi komunikasi interpersonal, komunikasi massa, komunikasi kelompok, dan komunikasi publik.

1.5.5.1 Komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal atau komunikasi antar pribadi adalah komunikasi yang dilakukan antar individu lewat tatap muka. Komunikasi interpersonal yang melibatkan dua orang tersebut memiliki ciri-ciri seperti pihak-pihak yang berkomunikasi berada dalam jarak yang dekat dan pihak-pihak yang berkomunikasi mengirim dan menerima pesan secara berkelanjutan dan spontan. Proses komunikasi tersebut dilakukan dalam bentuk verbal atau non verbal (Mulyana, 2016: 81).

Komunikasi interpersonal secara tatap muka merupakan komunikasi yang paling sempurna. Hal tersebut dikarenakan pada komunikasi interpersonal tatap muka dapat melibatkan semua indra manusia. Mulai dari indra penglihatan, indra pendengaran, indra sentuhan, indra penciuman, dan indra pengecap. Di sisi lain, komunikasi tatap muka juga membuat manusia merasa lebih akrab dengan sesama (Mulyana, 2016: 81).

Pada sektor kesehatan, komunikasi interpersonal paling baik adalah dengan melakukan konseling. Hal tersebut dikarenakan terdapat dialog antara kedua individu tanpa ada pihak ketiga. Keberhasilan juga dapat

segera dinilai. Selain itu, komunikasi kesehatan yang baik dapat menghasilkan pemecahan masalah, pengambilan keputusan, terjadi perkembangan pada pribadi, dan dapat memunculkan berbagai ide (Maulana, 2009: 98-99).

1.5.5.2 Computer Mediated Communication

Perkembangan teknologi internet yang semakin maju di era Revolusi Industri 4.0 saat ini, komunikasi dapat dilakukan dalam jarak yang jauh dengan bantuan alat komunikasi, seperti telepon genggam. Komunikasi dengan telepon genggam disebut dengan CMC atau *Computer-Mediated Communication*.

Computer-Mediated Communication merupakan suatu proses yang membuat manusia membuat, menukar, dan mempersepsikan informasi menggunakan sistem jaringan telekomunikasi yang memfasilitasi untuk membuat pesan, menerima pesan, dan mengirimkan pesan. Dalam praktiknya, CMC dapat berupa komunikasi sinkron dan asinkron. Komunikasi sinkron atau *real time* terjadi saat dua individu berinteraksi pada telepon atau melalui *chat rooms* dan SMS (*Short Message Service*). Namun, CMC juga dapat berjalan secara asinkron. Hal tersebut dikarenakan ada jeda waktu antara pengiriman pesan dan menunggu pesan tersebut untuk dibaca (Romiszowski dan Robin, 1996: 398). Selain itu, CMC juga dapat melakukan komunikasi dengan anggota kelompok lainnya, seperti menggunakan adanya aplikasi yang memungkinkan berkomunikasi secara *online*.

1.5.5.3 Komunikasi Kelompok

Menurut Mulyana (2016: 82), kelompok adalah sekelompok orang yang memiliki tujuan sama dan saling berinteraksi untuk mencapai tujuan tersebut. Hal tersebut menandakan terdapat ketergantungan antara anggota

kelompok. Dalam kelompok tersebut antar anggota saling mengenal satu sama lain. Selain itu, mereka menganggap yang lainnya sebagai bagian dari kelompok meskipun memiliki peran yang berbeda. Komunikasi kelompok merujuk kepada komunikasi yang dilakukan antara kelompok kecil dan bersifat tatap muka. Pada komunikasi kelompok, umpan balik dapat dilakukan secara langsung antar anggota kelompok.

1.5.5.4 Komunikasi Publik

Komunikasi publik adalah komunikasi antara satu individu kepada sejumlah besar orang. Satu individu tersebut disebut dengan pembicara sedangkan sejumlah besar orang tersebut disebut dengan khalayak atau audiens. Bentuk komunikasi publik terjadi pada praktik pidato, ceramah, dan kuliah. Komunikasi publik berjalan lebih formal dibandingkan komunikasi interpersonal dan komunikasi kelompok. Hal tersebut dikarenakan, untuk menyampaikan pesan kepada banyak orang, diperlukan persiapan pembuatan pesan yang terencana, keberanian, dan kemampuan dalam menyampaikan pesan tersebut. Oleh karena itu dalam komunikasi publik diperlukan keahlian dan kejujuran pada pembicara (Mulyana, 2016: 82).

Menurut Mulyana (2016: 82-83), umpan balik dalam bentuk verbal pada komunikasi publik terbatas. Hal tersebut dikarenakan, ada banyak khalayak yang terlibat dalam suatu proses komunikasi. Ciri-ciri komunikasi publik adalah terjadi di tempat umum atau publik yang dihadiri banyak orang, merupakan peristiwa sosial yang direncanakan, terdapat agenda, ada beberapa orang yang ditunjuk untuk melakukan fungsi-fungsi seperti, memperkenalkan pembicara, notulen, dan lain sebagainya.

1.5.5.5 Komunikasi Massa

Komunikasi massa menurut Mulyana (2016: 83), komunikasi massa adalah komunikasi yang menggunakan media massa, seperti televisi, koran, radio, dan sebagainya, untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat. Komunikasi massa memerlukan biaya yang relatif mahal dan dikelola oleh suatu lembaga atau orang yang dilembagakan. Komunikasi massa ditujukan oleh sejumlah besar orang yang tersebar di berbagai tempat, anonim, dan heterogen. Pesan-pesan yang disampaikan bersifat umum, cepat, dan serentak. Umpan balik yang diberikan oleh khalayak sering tertunda. Selain itu, proses komunikasinya didominasi oleh lembaga. Hal tersebut dikarenakan lembaga tersebut yang menentukan agendanya. Komunikasi massa dapat mencapai sasaran yang lebih banyak dengan menghemat waktu, tenaga, dan biaya (Maulana, 2009: 99).

Untuk membedakan jenis-jenis komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, dan komunikasi massa, G. R. Miller dalam Mulyana (2016: 78) memberikan kategori berdasarkan jumlah peserta komunikasi, derajat kedekatan fisik, saluran indrawi yang tersedia, dan kesegeraan umpan balik. Pada jumlah peserta komunikasi, komunikasi intrapersonal memiliki jumlah peserta komunikator paling sedikit. Sementara komunikasi massa memiliki jumlah komunikator paling banyak. Urutan jumlah peserta komunikasi mulai dari yang paling sedikit ke yang paling banyak adalah komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, dan komunikasi massa. Unsur derajat kedekatan fisik, komunikasi interpersonal memiliki derajat kedekatan fisik yang paling tinggi dan komunikasi massa memiliki derajat kedekatan fisik paling rendah. Urutan derajat kedekatan fisik dari yang paling tinggi ke yang paling rendah adalah komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, dan komunikasi massa. Komunikasi interpersonal pada unsur saluran indrawi adalah paling maksimal.

Maksudnya adalah pada komunikasi interpersonal paling banyak menggunakan saluran panca indra manusia. Sedangkan komunikasi massa paling sedikit. Urutan unsur saluran indrawi mulai dari yang maksimal ke yang minimal adalah komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, dan komunikasi massa. Unsur yang terakhir adalah kesegaraan umpan balik. Pada komunikasi interpersonal, kesegaraan umpan balik adalah paling segera. Sementara komunikasi massa paling tertunda. Hal tersebut dikarenakan banyaknya saluran yang digunakan pada komunikasi massa. Urutan kesegaraan umpan balik dari yang paling segera ke yang paling tidak segera adalah komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, dan komunikasi massa.

Pada CMC, jumlah peserta yang terlibat dalam komunikasi dapat beraneka macam. Mulai dari satu orang hingga banyak orang. Sementara saluran indrawi yang tersedia, seperti pada komunikasi massa, yaitu hanya menggunakan panca indra secara terbatas. Kesegaraan umpan balik juga tidak segera. Derajat kedekatan fisik juga seperti komunikasi massa, yaitu paling rendah. Hal tersebut dikarenakan adanya media yang membatasi antar pelaku komunikasi.

Dalam melakukan komunikasi kesehatan, seorang tenaga kesehatan memiliki beberapa *power* atau kekuatan. Di antaranya adalah *legitimate power*, *expert power*, *information or persuasion power*, dan *reward and coercive powers*. Menurut DeVito (2007: 316), *legitimate power* atau kekuasaan yang sah merupakan kekuatan karena memiliki posisi atau kekuasaan tertentu. Sehingga, orang-orang akan percaya dengan apa yang dikatakan. *Legitimate power* berasal dari peran yang dimiliki seseorang.

Expert power atau kekuatan berdasarkan keahlian adalah ketika khalayak menganggap bahwa orang yang berbicara memiliki keahlian atau pengetahuan tentang sesuatu. Dalam hal kesehatan, masyarakat akan

menganggap tenaga kesehatan adalah seseorang yang memiliki keahlian dan pengetahuan tentang kesehatan. Keahlian pada tenaga kesehatan akan meningkat apabila tidak bias dan tidak memiliki kepentingan apapun ketika menyampaikan pengetahuannya.

Information or persuasion power atau kekuatan karena memberikan informasi atau persuasi adalah ketika masyarakat atau khalayak menganggap bahwa orang yang berbicara memiliki kemampuan untuk berkomunikasi secara logis dan secara persuasif. Dalam hal kesehatan, jika masyarakat menganggap tenaga kesehatan dapat mempersuasinya dalam melakukan perilaku kesehatan, maka tenaga kesehatan tersebut dianggap memiliki *persuasion power*. Sedangkan, jika tenaga kesehatan memiliki informasi untuk dibagikan kepada masyarakat yang dapat disampaikan secara logis maka, tenaga kesehatan tersebut memiliki *information power* (DeVito, 2007: 316).

Reward and coercive powers atau kekuatan dalam memberikan penghargaan atau paksaan kepada masyarakat atau khalayak. Suatu penghargaan dapat berupa materi seperti uang atau sosial seperti memberikan penghormatan. Jika seseorang mampu memberikan penghargaan, maka orang tersebut dapat mengontrol bahwa orang yang diberinya akan menerima penghargaan tersebut. Dalam hal kesehatan, tenaga kesehatan dianggap memberikan penghargaan kepada masyarakat atau khalayak karena memberikan pelayanan kesehatan. Sementara dalam menggunakan kekuatan paksaan, seseorang dapat menghilangkan penghargaan atau memberikan hukuman, jika orang lain tidak melakukan apa yang seseorang katakan. Namun, jika seseorang melakukan *coercive power*, dianggap kurang ahli dibandingkan dengan seseorang yang melakukan *reward power*.

Komunikasi kesehatan disebut juga dengan pendidikan kesehatan. Maka, komunikasi kesehatan dapat memberikan kontribusi yang cukup bermakna untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat (Endrawati, 2015: 13). Selain itu, kategori komunikasi interpersonal dapat disebut dengan metode pendidikan individu (Maulana, 2009: 162). Pengertian pendidikan kesehatan menurut Green (1980) dalam Maulana (2009: 149) adalah berbagai upaya yang terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat.

1.6 Metodologi Penelitian

1.6.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan kualitatif dalam penelitian ini dilakukan untuk mengungkapkan situasi dan permasalahan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam usaha promosi kesehatan. Maksud dari penelitian kualitatif menurut Moleong dalam Setyawan (2016: 36), penelitian yang dilakukan tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian. Penelitian ini juga bertujuan untuk memahami fenomena yang ada dalam masyarakat. Fenomena tersebut dialami oleh subjek penelitian dan disampaikan atau dideskripsikan dalam bentuk kata-kata dan bahasa dengan memanfaatkan metode ilmiah. Berdasarkan pengertian tersebut, pendekatan kualitatif adalah penelitian yang melihat fenomena sosial dalam suatu lingkungan masyarakat.

Alasan pemilihan pendekatan kualitatif karena pendekatan kualitatif juga menekankan kepada kedalaman data. Sehingga nantinya peneliti dapat memberikan informasi yang cukup detail mengenai perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo kepada pembaca.

1.6.2 Tipe Penelitian

Tipe penelitian ini adalah deskriptif dengan mendeskripsikan atau menguraikan perencanaan dan implementasi promosi kesehatan mengenai pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo. Penelitian dengan tipe ini yaitu penelitian yang menjelaskan suatu kejadian pada saat ini. Kondisi stunting pada balita merupakan suatu kejadian atau permasalahan yang menjadi fokus pemerintah Indonesia saat ini. Untuk menyampaikan langkah-langkah pencegahan dan penanganan stunting, diperlukan promosi kesehatan. Sebelum melakukan promosi kesehatan, dilakukan sebuah perencanaan promosi kesehatan. Dalam pembahasan mengenai perencanaan dan implementasi promosi kesehatan, akan dibahas juga tentang faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang menjadi penyebab stunting di Kabupaten Sidoarjo. Melalui hasil penelitian tersebut, data-data yang diperoleh diolah menjadi sebuah narasi. Sehingga, peneliti dapat mendeskripsikan fenomena sosial yang mengakibatkan dilakukannya implementasi promosi kesehatan tertentu di Kabupaten Sidoarjo.

1.6.3 Metode Penelitian

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode studi kasus. Studi kasus dipilih oleh peneliti karena peneliti hanya menganalisis kasus tertentu. Bungin dalam Rahmadhani (2019: 26) mengatakan bahwa studi kasus adalah studi yang membahas mengenai masalah atau fenomena kontemporer dan kekinian. Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, peneliti memilih studi kasus karena stunting merupakan sebuah permasalahan kesehatan yang menjadi fokus pemerintahan di Indonesia saat ini. Di Jawa Timur, angka penderita stunting paling tinggi berada di Kabupaten Sidoarjo berdasarkan data dari Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM) Dinas Kesehatan Jawa Timur pada November 2019 lalu. Salah satu cara agar masyarakat dapat

mencegah stunting adalah dengan melakukan promosi kesehatan. Sehingga peneliti ingin menggali mengenai promosi kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tentang pencegahan stunting di Kabupaten Sidoarjo.

Menurut Salim (2006: 119), studi kasus adalah metode yang digunakan untuk mempelajari kasus. Selain mempelajari suatu kasus, metode tersebut juga mempelajari hasil pembelajaran tersebut. Peneliti memilih studi kasus sebagai metode karena untuk mengetahui perencanaan dan implementasi promosi kesehatan pencegahan stunting secara mendalam. Maksudnya secara mendalam adalah dapat mengetahui penyebab adanya stunting pada masyarakat di Kabupaten Sidoarjo. Selain itu, dihubungkan dengan implementasi penyuluhan kesehatan yang ada pada masyarakat. Lalu, ada juga implementasi intervensi lain yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Sidoarjo. Dalam praktiknya, peneliti akan memberikan pemahaman mengenai faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab stunting di Kabupaten Sidoarjo. Selanjutnya dapat dipahami bagaimana penerapan implementasi-implementasi yang dilakukan oleh di Kabupaten Sidoarjo.

1.6.4 Informan Penelitian

Pada penelitian ini yang menjadi informan penelitian adalah petugas kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Petugas kesehatan tersebut merupakan anggota dari Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat serta Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM). Teknik pemilihan informan tersebut merupakan *purposive sampling*. Menurut Sugiyono (2016) dalam Putri (2017: 56), teknik *purposive sampling* adalah sampel yang ditetapkan oleh peneliti berdasarkan pertimbangan atau kriteria tertentu. Penyebabnya adalah peneliti menganggap informan-informan tersebut memiliki pengetahuan dan pengalaman mengenai promosi kesehatan pencegahan stunting. Informan-

informan yang dipilih peneliti juga berdasarkan judul dan rumusan masalah penelitian. Data dari hasil wawancara mendalam dengan informan dari Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat serta Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo akan menjadi data primer peneliti.

1.6.5 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data primer menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) yang dilakukan kepada informan penelitian. Menurut Meleong (2010) dalam Listiana (2013), wawancara adalah percakapan yang dilakukan oleh pewawancara (*interviewer*) sebagai yang mengajukan pertanyaan dan orang yang diwawancarai atau terwawancara (*interview*) sebagai pemberi jawaban atas pertanyaan tersebut. Dalam wawancara terdapat berbagai pertanyaan yang disiapkan oleh *interviewer*. Lalu, akan muncul pertanyaan lain *interviewer* melakukan wawancara. Wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab. Sementara *in depth interview* merupakan penggalian informasi secara mendalam kepada informan. Informan-informan penelitian ini adalah Seksi (Kasi dan Pengolah Data Gizi) Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) serta Seksi (Kasi) Promosi Kesehatan (Promkes) dan Pemberdayaan Masyarakat yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Wawancara dilakukan dengan tatap muka secara langsung. Proses wawancara dilakukan secara perorangan untuk mendapatkan data yang mendalam. Wawancara mendalam yang dilakukan dilakukan pada waktu yang berbeda. Wawancara dengan Kasi dan Pengolah Data Gizi Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat dilakukan pada tanggal 9 Mei 2020. Sementara wawancara dengan Kasi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dilakukan pada tanggal 3 Juli 2020. Masing-masing informan diwawancarai dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah ditentukan oleh peneliti. Data dari hasil wawancara akan menjadi data primer. Pedoman wawancara

yang ditanyakan dalam sesi wawancara mendalam dengan informan, telah disusun sesuai dengan teori yang digunakan dalam penelitian ini.

Untuk mendapatkan tambahan informasi yang tepat tentang penelitian ini, maka peneliti juga mencari data sekunder. Data-data sekunder tersebut berasal dari jurnal, skripsi, dokumen penting dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dan data dari sumber-sumber *online*.

1.6.6 Teknik Analisis Data

Pertama, peneliti mengumpulkan data-data primer hasil wawancara mendalam dari lapangan. Setelah data-data dari lapangan dikumpulkan oleh peneliti, peneliti mengubah data wawancara tersebut menjadi teks atau transkrip wawancara. Lalu, peneliti memilih data hasil wawancara yang sesuai dengan topik dan pembahasan penelitian. Hal tersebut dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Hasil wawancara yang peneliti pilih tersebut, membantu peneliti dalam membuat analisis berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dibuat. Selain itu, pemilihan data tersebut dapat membantu peneliti dalam membuat sub bab analisis. Selanjutnya, peneliti menganalisis berdasarkan tinjauan pustaka. Hasil analisis tersebut yang akan peneliti gunakan untuk membuat kesimpulan yang menjawab rumusan masalah.

1.6.7 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini dalam mencari data secara mendalam adalah karena adanya pandemik dan kendala dengan pengurusan surat izin. Sehingga, peneliti tidak bisa mencari data ke kecamatan lokus stunting. Karena keterbatasan tersebut, peneliti hanya dapat mewawancarai pihak Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat serta Seksi Kesehatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Alasan peneliti mewawancara kedua seksi tersebut

adalah karena memiliki pengetahuan dan pengalaman mengenai promosi kesehatan pencegahan stunting. Informan-informan yang dipilih peneliti juga berdasarkan judul dan rumusan masalah penelitian. Hal tersebut menyebabkan data peneliti adalah Kabupaten Sidoarjo secara keseluruhan. Sehingga, tidak bisa menjelaskan kecamatan lokus stunting secara khusus, termasuk menjelaskan kondisi masyarakat, kader di lapangan, dan kemampuan keduanya tentang pencegahan stunting.

Keterbatasan tersebut juga membuat peneliti tidak bisa mewawancarai pihak Puskesmas di lokus stunting. Sehingga, peneliti tidak bisa mendapatkan informasi tentang cara Puskesmas menetapkan program pencegahan stunting. Di sisi lain, keterbatasan tersebut juga membuat peneliti tidak dapat mewawancarai dari pihak pemerintahan untuk mengonfirmasi keterlibatan lintas sektor dalam program pencegahan stunting. Hal tersebut yang mengakibatkan peneliti tidak dapat mengonfirmasi cara-cara dari pihak lintas sektor tentang memampukan masyarakat atau kader-kader di lapangan, yang memiliki pengetahuan yang rendah tentang gizi. Sehingga tidak bisa berperilaku sehat untuk mencegah stunting.