

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Metode Penelitian

3.1.1. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah metode survei eksplanatif (*explanatory survey*). Hal ini sesuai dengan karakteristik penelitian yang bertujuan menguji hipotesis. Dengan menggunakan metode survei eksplanatif, hipotesis diuji dengan cara berdasarkan pada pengamatan terhadap akibat yang terjadi dan mencari faktor-faktor penyebab melalui data tertentu (Rusidi, 1992: 35). Penggunaan metode ini menuntut penjabaran variabel-variabel penelitian ke dalam indikator-indikator yang dapat diukur secara kuantitatif sehingga dapat digunakan model uji hipotesis, karena masalah yang akan diteliti adalah pengaruh, maka analisis yang akan digunakan adalah *Path Analysis* atau Analisa Jalur, yang pada dasarnya adalah analisis korelasi, analisis korelasi tersebut digunakan untuk menganalisis pengaruh variabel.

Penjabaran variabel-variabel penelitian ke dalam indikator-indikator dihitung menggunakan metode analisis kuantitatif, yaitu dengan menggunakan alat matematis untuk mengolah data dan menggunakan uji statistik untuk memperoleh hasil penelitian yang diproses menjadi informasi dalam mengukur pengaruh komunikasi kesehatan terhadap pemahaman masyarakat tentang gizi seimbang pada anak yang berpengaruh pada perubahan sikap dan perilaku. Hasil formulasi data tersebut disajikan secara sistematis faktual dan akurat melalui

analisis dalam rangka memberikan gambaran mengenai pengaruh komunikasi kesehatan dalam mensosialisasikan gizi seimbang pada anak.

3.1.2. Operasionalisasi Variabel

Data yang diperlukan dalam penelitian tentang pengaruh komunikasi kesehatan dalam mensosialisasikan gizi seimbang pada anak yang dapat dikelompokkan berdasarkan variabel dan indikator, yaitu: komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana dan struktur.

Tabel 3.1.2.

Operasionalisasi Variabel

**Hubungan Komunikasi Kesehatan
Dengan Sosialisasi Gizi Seimbang Pada Anak**

VARIABEL	SUB-VARIABEL	INDIKATOR	ALAT UKUR	JENIS DATA
Variabel (X)	(X1)	1. Model Linier 2. Model Interaksi 3. Model Transaksional	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
Komunikasi Kesehatan	Model Komunikasi Kesehatan			
Teori Komunikasi Kesehatan (Liliweri, 2009: 45)	(X2)	1. Informasi 2. Pendidikan 3. Instruksi 4. Persuasi 5. Menghibur	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
	(X3)	1. Antarpribadi 2. Kelompok 3. Organisasi 4. Publik 5. Massa	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
	(X4)	1. Pemberdayaan 2. Bina Suasana 3. Advokasi 4. Kemitraan	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
Variabel (Y)	(Y1)	1. Identitas 2. Kredibilitas 3. Reputasi 4. Reliabilitas	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
Sosialisasi Kesehatan	Efek Kognitif			
Teori Sosialisasi Kesehatan (Hasan Mustafa, 2007: 5)	(Y2)	1. Daya tarik 2. Kesan 3. Sugesti 4. Keyakinan	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
	(Y3)	1. Pola Hidup Sehat 2. Pola Gizi Seimbang	Kuesioner dengan Skala Likert 1-5	Ordinal
	Efek Konatif			

3.1.3. Teknik Pengumpulan Data

Data dipakai sebagai bahan baku dalam penelitian. Pengambilan data dari sumbernya mempunyai metode dan cara-cara tertentu. Tiap metode yang berbeda, perangkat pengumpul data pun data berbeda. Teknik pengumpulan data yang dapat digunakan dalam penelitian ini di antaranya ialah :

1. Observasi

Adalah teknik pengumpulan data dengan pengamatan dan pencatatan dari obyek yang diselidiki. Disini dapat diketahui keadaan obyek dari gejala yang ada dalam masyarakat. Kegunaan metode ini adalah bertujuan untuk memperoleh gambaran dari keadaan yang sebenarnya dalam permasalahan yang ada sehingga dengan demikian data-data yang diperoleh bersifat obyektif untuk mengalokasi penelitian serta keadaan populasi.

2. Kuesioner atau Angket

Kuesioner merupakan suatu metode pengumpulan data dengan menggunakan daftar pertanyaan yang jawabannya diserahkan kepada responden. Kuesioner terdiri dari kuesioner langsung dan tidak langsung, mengenai hal ini dijelaskan oleh Hadi sebagai berikut :

“Suatu kuesioner disebut langsung jika daftar pertanyaan dikirimkan langsung kepada orang yang ingin dimintai pendapat, keyakinannya atau dimintai menceritakan tentang keadaan dirinya sendiri. Sebaliknya jika daftar pertanyaan dikirim kepada seorang yang diminta menceritakan tentang keadaan orang lain, kuesioner tersebut disebut tidak langsung.”

(Hadi, 1987: 158)

Menurut bentuknya, oleh Walgito “kuesioner” dibedakan dalam tiga jenis, yaitu :

- a. Pertanyaan yang tertutup (*closed question*) merupakan bentuk dimana orang yang menjadi sasaran kuesioner itu tinggal memilih jawaban-jawaban yang telah disediakan dalam kuesioner.
- b. Pertanyaan yang terbuka (*open question*) merupakan bentuk dimana pertanyaan-pertanyaan itu masih memerlukan ketepatan yang seluas-luasnya bagi orang untuk memberikan jawaban.
- c. Pertanyaan yang terbuka dan tertutup, merupakan campuran dari kedua macam pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan kuesioner yang terbuka dan tertutup. (Walgito, 1973: 13)

Berdasarkan jenis-jenis kuesioner tersebut dalam penelitian ini penyusun akan menggunakan kuesioner langsung dengan pertanyaan yang telah tersedia beberapa alternative jawabannya (pertanyaan tertutup) dalam rangka memperoleh data primer serta menguji hipotesis.

3. Dokumentasi

Mengenai pengumpulan data dengan menggunakan teknik dokumentasi, oleh Surachmad dijelaskan :

“Bahwa kita dapat merumuskan pengertian dokumentasi sebagai laporan tertulis dari suatu peristiwa yang isinya terdiri dari penjelasan dan pemikiran terhadap peristiwa tersebut. Dengan perumusan itu kita dapat memasukkan notulen rapat, keputusan hakim, laporan panitia kerja,

artikel-artikel, majalah, surat, iklan dan sebagainya termasuk didalam pengertian dokumentasi.” (Surachmad, 1970: 125)

4. Wawancara

Wawancara adalah sebuah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab melalui telepon kepada responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara. Melalui wawancara peneliti atau penanya mendapatkan informasi dengan cara bertanya langsung kepada narasumber atau responden atau kepada orang yang kompeten dengan masalah yang sedang diteliti.

5. Studi Kepustakaan

Teknik ini digunakan dalam keseluruhan proses penelitian sejak awal hingga sampai akhir penelitian. Studi kepustakaan yaitu mencari data penunjang yang berkaitan dengan penelitian ini dari berbagai informasi tertulis. Kepustakaan dilakukan dengan mengumpulkan data dan informasi dari buku-buku perkuliahan, dokumen-dokumen, *file* dan berbagai sumber tertulis lainnya yang berhubungan dengan masalah yang sedang diteliti.

3.1.4. Jenis Data Yang Dibutuhkan

Untuk penganalisaan dan pengujian hipotesis pada penelitian ini, maka diperlukan data sebagai berikut :

- a. Data sekunder, yaitu sumber data yang berkaitan dengan masalah yang diteliti secara tidak langsung. Antara lain melalui laporan, dokumen, brosur-brosur, literatur yang dapat menunjang penelitian ini.
- b. Data primer, yaitu data yang didapat melalui kuesioner yang ada hubungannya dengan variabel-variabel yang diteliti.

3.1.5. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul kemudian diproses melalui beberapa tahap, yaitu: penyutingan, pemberian kode dan pemasukan kode pada lembar koding. Sebelum tahap-tahap pengolahan data peneliti terlebih dahulu mempersiapkan buku koding atau *coding book*, yaitu buku petunjuk yang akan digunakan sebagai pedoman pemberian kode pada setiap poin dalam angket. Buku koding juga digunakan sebagai pedoman dalam pengisian kolom-kolom dalam lembar koding sesuai dengan kode yang diberikan berdasarkan pada jawaban-jawaban yang diberikan dalam angket.

1. Penetapan Skala

Penetapan skala dilakukan sebelum data diolah, untuk menentukan bagaimana variabel-variabel dalam penelitian harus dideskripsikan. Dalam penelitian ini skala yang digunakan berskala ordinal dimana pengukuran didasarkan pada

peringkat dan kategori. Didalam skala ordinal tidak menyatakan jarak atau interval.

2. Penyutungan.

Merupakan proses, dimana dilakukan pemeriksaan terhadap data yang ada didalam kuesioner untuk mengetahui angket telah diisi dengan benar, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan serta untuk mengetahui apakah data tersebut dapat dipergunakan atau tidak. Hal ini dilakukan agar dalam tahap penganalisaan akan didapat hasil yang *valid*. apabila ditemukan kekeliruan dalam pengisian atau item-item yang terlewatkan maka angket tidak dapat dipakai karena akan mengurangi validitas penelitian. Penyutungan ini dilakukan oleh peneliti.

3. Pemberian Kode.

Setelah dilakukan penyutungan, maka langkah selanjutnya adalah memberikan kode pada masing-masing jawaban angket sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Setiap angket diberi nomor urut sesuai dengan jumlah ukuran sampel yang diambil. Penulis menggunakan kotak yang berada disebelah kanan didalam angket untuk memberikan kodenya dengan berpedoman pada buku koding yang telah dibuat sebelumnya.

4. Pemasukan Kode.

Jawaban setiap responden yang ditemukan didalam angket yang telah diberi kode-kode tertentu, kemudian dimasukkan ke dalam lembar koding sesuai dengan nomor responden. Pemasukkan kode-kode setiap jawaban tersebut ke dalam lembar koding, berpedoman pada buku koding.

3.1.6. Populasi dan Teknik Sampling

3.1.6.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas : objek/objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009: 61). Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kota Bandung. Dari seluruh kecamatan yang ada di Kota Bandung berjumlah 26 kecamatan, diambil 3 kecamatan yaitu Kecamatan Sukasari, Kecamatan Coblong dan Kecamatan Sukajadi. Pemilihan kecamatan tersebut dengan pertimbangan angka obesitas pada anak lebih tinggi daripada kecamatan yang lain di Kota Bandung, dengan alasan masyarakat kota tingkat konsumsi *junk food* (mengandung lemak tinggi, salah satu faktor penyebab obesitas pada anak) lebih tinggi. Dari tiga kecamatan tersebut, hingga saat ini yang berjumlah 45.692 jiwa (perempuan umur ≥ 20 tahun sampai dengan ≤ 40).

3.1.6.2. Teknik Sampling

Metode Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan metode *accidental sampling*, yaitu metode pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan kebetulan, siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan itu cocok sebagai sumber data. (Sugiyono, 1999: 60)

Untuk menentukan jumlah sampel dari populasi yang akan diambil dan digunakan dalam penelitian ini menggunakan rumus yang dibuat oleh Slovin, yaitu :

$$n = N / \{1 + N(e)^2\}$$

$$n = 45.692 / \{1 + 45.692(0,01)\}$$

$$n = 45.692 / (1 + 456.92)$$

$$n = 45.692 / 457.92$$

$$n = 99,78 = 100$$

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = jumlah populasi, dalam hal ini 45.692 orang

e = tingkat presisi (batas ketelitian) yang diinginkan, dalam hal ini 10%

Dengan demikian, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 100 orang.

3.1.7. Uji Validitas dan Realibilitas

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil kuesioner yang diberikan kepada responden, kemudian dilakukan pengujian terhadap kuesioner untuk mengukur tingkat kebaikan kuesioner, maka dapat dilakukan analisis validitas dan reliabilitas kuesioner.

Validitas

Validitas menunjukkan sejauh mana relevansi pertanyaan terhadap apa yang ditanyakan atau apa yang ingin diukur dalam penelitian. Suatu pertanyaan dikatakan valid

dan dapat mengukur variabel penelitian yang dimaksud jika nilai koefisien validitasnya lebih dari atau sama dengan 0,300 (Robert M Kaplan dan Dennis Saccuzo, 1993: 178).

Tehnik uji validitas menggunakan rumus *pearson product moment*, yaitu sebagai berikut :

$$r = \frac{n \sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{\{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2\} \{n \sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2\}}}$$

Dimana :

r = koefisien korelasi *pearson product moment*

n = jumlah responden

$\sum X$ = jumlah skor X

$\sum Y$ = jumlah skor Y

$\sum XY$ = jumlah hasil kali skor X dan Y

$\sum X^2$ = kuadrat jumlah skor X

$\sum Y^2$ = kuadrat jumlah skor Y

Suatu pertanyaan dikatakan valid dan dapat mengukur variabel penelitian yang dimaksud jika nilai koefisien validitasnya lebih dari atau sama dengan 0,300 (Kaplan & Saccuzo, 1993).

Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat kekonsistenan pengukuran dari suatu responden ke responden yang lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan beda interpretasi dalam pemahaman pertanyaan tersebut. Sekumpulan pertanyaan untuk mengukur suatu variabel dikatakan reliabel dan berhasil mengukur variabel yang kita ukur jika

koefisien sebesar lebih besar dari 0,700 (Robert M Kaplan dan Dennis Saccuzo, 1993: 179).

Teknik Koefisien Reliabilitas menggunakan rumus *Alpha Cronbach* dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{total}^2} \right)$$

dimana :

k = banyaknya belahan item

S_i^2 = varians dari item ke-i

S_{total}^2 = total varians dari keseluruhan item

Sekumpulan pertanyaan untuk mengukur suatu variabel dikatakan reliabel dan berhasil mengukur variabel yang kita ukur jika koefisien reliabilitasnya lebih besar atau sama dengan 0,700 (Kaplan, 1993).

3.1.7. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *teknik analisis deskriptif*, yaitu yang menjelaskan mengenai keseluruhan gambaran secara sistimatis dari fakta atau karakteristik populasi secara faktual dan cermat serta memaparkan data-data sesuai dengan jawaban responden, serta *teknik analisis inferensial*, yaitu teknik yang menganalisa data kuantitatif serta menarik kesimpulan tentang ciri-ciri populasi yang tertentu dari hasil analisa serangkaian sampel yang dipilih dari populasi yang bersangkutan.

Korelasi *Spearman* berfungsi untuk menentukan besarnya hubungan dua variabel yang berskala ordinal atau tata jenjang. Dalam pengumpulan angket, angket disusun dengan skala *likert* dan untuk masing-masing pertanyaan disediakan 5 pilihan jawaban dengan skor ordinal atau kategori adalah 1,2,3,4,5. dimana skor ordinal 1 merupakan skor terendah, dan skor 5 merupakan skor tertinggi. Angka-angka tersebut sebenarnya bukan angka sebenarnya, atau hanya simbol saja.

Besarnya korelasi adalah 0 s/d 1. Korelasi dapat positif, yang artinya searah: jika variabel pertama besar, maka variabel kedua semakin besar juga. Korelasi negatif, yang artinya berlawanan arah : jika variabel pertama besar, maka variabel kedua semakin mengecil. Berdasarkan adanya kesesuaian antara fungsi korelasi *Spearman* dengan penelitian, maka penulis menggunakan teknik uji *Spearman* dalam penelitian ini.

3.1.7.1. Teknik Analisis Deskriptif

Teknik analisis deskriptif bertujuan untuk memberikan data dan variabel yang diperoleh dari kelompok subyek yang diteliti, dan tidak dimaksudkan untuk pengujian hipotesis. Teknik ini memaparkan data yang merupakan jawaban responden atas sejumlah pertanyaan atas pernyataan yang diajukan dalam angket dalam bentuk tunggal maupun tabel silang. Tujuannya adalah mempermudah peneliti dalam menganalisa dan memberi gambaran situasi secara lebih jelas.

3.1.7.2. Analisis Statistik Inferensial

Teknik analisis statistik inferensial berfungsi untuk mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk mengetahui derajat hubungan (koefisien korelasi) diantara variabel-variabel (bebas dan terikat) diperlukan sebuah prosedur statistik yang dinamakan analisis hubungan, dengan menggunakan ukuran asosiasi yang disesuaikan dengan jenis (skala pengukuran) data. (Rakhmat, 2007: 134)

Skala pengukuran untuk setiap variabel dalam penelitian ini adalah skala ordinal (bertingkat), maka untuk mengetahui hubungan antar variabel digunakan korelasi berdasarkan ranking, yaitu menggunakan rumus Koefisien Korelasi *Rank Spearman* (r_s) sebagai berikut :

- (a) Skor data ranking
- (b) Hitung selisih ranking pasangan
- (c) Selisih pasangan dikuadratkan
- (d) Jumlahkan hasil penghitungan dari seluruh sampel
- (e) Hitung $\sum T_x$ dan $\sum T_Y$ dengan rumus :

$$T = \frac{t^3 - t}{12}$$

Dengan ketentuan :

T = besarnya faktor koreksi

t = jumlah rank kembar dari jumlah variabel yang memiliki skor sama

- (f) Masukkan data ke dalam rumus Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

; apabila tidak ada nilai pengamatan yang sama

$$r_s = \frac{\sum x^2 + \sum y^2 - \sum d_i^2}{2 \sqrt{\sum x^2 \sum y^2}} ; \text{ apabila ada nilai pengamatan yang sama di}$$

mana:

$$\sum x^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \sum T_x$$

$$\sum y^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \sum T_y$$

d_i = selisih rank variabel pertama dan kedua R ($X_i - Y_i$)

(g) Selanjutnya, dilakukan pengujian signifikansi dari koefisien korelasi menggunakan statistik uji t dengan rumus :

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

Dimana : $db = n - 2$

Hipotesis pengujian:

$H_0 : \rho = 0$ (tidak ada korelasi)

$H_1 : \rho \neq 0$ (ada korelasi)

Untuk penelitian ini tingkat signifikansi (α) ditetapkan sebesar 0,05 pada tes dua sisi.

Kriteria pengujian:

- Jika $|t_{hitung}| \geq t_{\alpha/2, n-2}$; maka H_0 ditolak, H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara variabel yang diteliti.
- Jika $-t_{\alpha/2, n-2} \leq t_{hitung} \leq t_{1-\alpha/2, n-2}$; maka H_0 diterima, yang berarti tidak ada hubungan antara variabel yang diteliti.

Untuk mengetahui seberapa besar hubungan variabel x dan y digunakan kriteria *Guilford* (Rakhmat, 2001:29), sebagai berikut:

Tabel 3.1

Kategori Koefisien Korelasi

Besarnya nilai r_s	Kategori
$\leq 0,20$	Hubungan rendah sekali
$> 0,20 - 0,40$	Hubungan rendah tapi pasti
$> 0,40 - 0,70$	Hubungan yang cukup berarti
$> 0,70 - 0,90$	Hubungan yang kuat
$> 0,90$	Hubungan yang sangat tinggi

3.2. Obyek Penelitian

3.2.1. Sejarah Singkat Dinas Kesehatan Kota Bandung

Dinas kesehatan Kota Bandung adalah salah satu instansi pemerintah yang sudah ada sejak jaman pendudukan Belanda. Pada tahun 1946 sampai 1949 Dinas Kesehatan disebut juga “Plaatselijke gezondheidsdienst Bandung” yang berkantor di Gemeente Bandung. Pimpinannya adalah Dr. Molte V. Kuhlewein sebagai Hoofd Gouvernementsart Hoofd V.D Plaatselijke Gezondheids Bandung.

Tahun 1950 Plaatselijke Gezondheids berubah menjadi jawatan Kesehatan Kota Besar Bandung. Adapun pejabat yang ditunjuk adalah dr.R. Admiral Suratedja, Kepala Kesehatan Kota Besar Bandung. Wakilnya berturut-turut dr.R.Poerwo Soewarjo kemudian dr. R. Sadikun. Kantor pusat Dinas Kesehatan berkedudukan di Gemeente Bandung atau kantor Kotapraja Bandung yang sekarang dikenal sebagai kantor Pemerintah Daerah Kotamadya Bandung sampai pertengahan tahun 1960 dan bagian preventif yang sekarang dikenal dengan seksi pemberantasan penyakit menular berkantor di Jalan Bawean No. 1 Bandung.

Pada tahun 1960 kantor pusat Dinas Kesehatan pindah ke jalan Badak Singa No 10 Bandung, menempati sebagian dari kantor penjernihan air yang sekarang merupakan kantor perusahaan daerah air minum (PDAM)⁶³ sampai tanggal 19 Oktober 1965. Pada tanggal 9 Oktober 1965 pindah lagi ke Jalan Supratman No 73 Bandung sampai sekarang.

Pada tahun 1950 Jawatan Kesehatan Kota Besar Bandung terdiri dari 10 Balai pengobatan kemudian pada tahun 1972 berkembang menjadi 4 pusat kesehatan yang terdiri dari : 1 Pusat Kesehatan Masyarakat, 18 Balai Kesehatan Khusus kemudian 18 Balai Kesehatan Ibu Dan Anak Serta 6 Klinik Bersalin.

Berdasarkan SK No 50 tahun 1952 tentang pelaksanaannya yaitu penyerahan sebagai Pemerintah Pusat mengenai kesehatan kepada daerah secara berangsur-angsur diserahkan kepada Pemda Kotamadya Dati II Bandung dan status pegawainya terdiri dari :

1. Pegawai pusat
2. Pegawai pemberantas penyakit cacar dan mata

Dinas Kesehatan Kota Bandung ini didirikan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan melalui :

1. Kegiatan kuratif atau pencegahan pengobatan seperti Puskesmas
2. Kegiatan preventif atau pencegahan terhadap penyakit misalnya mencegah jangkitan sampai orang menjadi sakit dan menjaga kebersihan lingkungan dan lain-lain.

Berdasarkan data yang pernah menjadi Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung sejak tahun 1946 sampai sekarang adalah sebagai berikut :

- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung pada tahun 1946 yaitu dr. Molte.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-02 yaitu pada tahun 1960 dari tanggal 01 Juli 1960 sampai dengan 31 Juli 1960 dr. R. Purwo Sumarjo.⁶⁴
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-03 pada tahun 1960 dari tanggal 02 Agustus 1960 sampai dengan 13 September 1960 yaitu dr.Sadikun.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-04 yaitu dr. R.Adrimal Surasaca sampai tanggal 13 Oktober 1960.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-05 yaitu dr. R.Bahrn terhitung mulai tanggal 15 Oktober sampai tanggal 20 Februari 1966.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-06 yaitu dr. K.O.Kiang Hien terhitung mulai tanggal 22 Oktober sampai dengan 31 Oktober 1966.

- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-07 yaitu dr. Uton Muchtar Rafei,MPA terhitung mulai tanggal 01 September sampai tanggal 31 Maret 1975.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-08 yaitu dr. Rustandi, MPH terhitung mulai tanggal 01 April 1975 sampai tanggal 17 September 1979.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-09 yaitu dr. Abas Martadirdja, SKM terhitung mulai tanggal 17 September 1979 sampai tanggal 29 Februari 1980.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-10 yaitu dr. H. Sulaiman terhitung mulai tanggal 01 Maret 1980 sampai tanggal 26 November 1990.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-11 yaitu dr. H. Sudrajat, Msc terhitung mulai tahun 1990 sampai tahun 1992.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-12 yaitu dr. H. M. Torisz, MPH terhitung mulai tanggal 28 November 1992 sampai tanggal 29 Maret 1994.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-13 yaitu dr H. Nono Tjahjono,SKM terhitung mulai tanggal 29 Maret 1998 sampai dengan 02 Oktober 1998.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-14 yaitu dr H. M. Arief A terhitung mulai tanggal 03 Oktober 1998 sampai dengan 30 Oktober 1998.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-15 yaitu dr H. Gunadi Sukma Bhinekas, M.Kes terhitung mulai tanggal 02 Oktober 1998 sampai dengan 4 Februari 2003.

- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-16 yaitu dr H. Yono Sudiono terhitung mulai tanggal 04 Februari 2003 sampai dengan 14 Oktober 2003.
- Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang ke-17 yaitu dr H. Gunadi Sukma Bhinekas, M.Kes terhitung mulai tanggal 14 Oktober 2003 sampai dengan sekarang.

3.2.2. Dinas Kesehatan Kota Bandung saat ini

3.2.2.1. Strategi Pembangunan Kesehatan Kota Bandung

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, strategi pembangunan kesehatan adalah:

1. Menggerakkan pembangunan kota yang berwawasan kesehatan
2. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif), terutama masyarakat miskin.
3. Meningkatkan Sumber Daya Kesehatan, baik secara kuantitas maupun kualitas yang mencakup tenaga dan sarana kesehatan.
4. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, dalam rangka memelihara dirinya, keluarga dan lingkungannya.
5. Meningkatkan sumber dan proporsi pembiayaan kesehatan melalui advokasi dan pemberdayaan masyarakat.

3.2.2.2. Visi, Misi dan Strategi Pembangunan Kesehatan Kota Bandung

3.2.2.2.1 Visi

Keinginan, harapan serta tujuan sebagaimana tertuang dalam visi pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan yaitu maka seluruh pelaku kesehatan bersama seluruh elemen masyarakat kota Bandung harus memahami akan makna dari visi tersebut, yaitu pada saat itu masyarakat kota Bandung :

Hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat

- Memiliki kemampuan hidup sehat
- Memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil, merata.
- Memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

Visi pembangunan kesehatan tersebut harus mendukung terwujudnya visi kota Bandung "Kota Bandung Sebagai Kota Jasa yang Bermartabat" (Bersih, Makmur, Taat dan Bersahabat).

3.1.1.2.2. Misi

Untuk merealisasikan visi kota Bandung "Kota Bandung, maka ditetapkan "Misi Pembangunan Kesehatan" sebagai berikut :

1. Menggerakkan pembangunan kota Bandung berwawasan kesehatan.
2. Memelihara serta meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya sehingga mandiri untuk hidup sehat.
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.

4. Mengembangkan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas dan profesional.
5. Meningkatkan dan mengembangkan pembiayaan kesehatan.

3.2.2.2.3. Strategi

Agar Visi dan Misi dapat terlaksana dan terwujud maka digunakan strategi operasional sebagai berikut :

1. Menggerakkan semua potensi dalam pembangunan kesehatan berwawasan kesehatan.
2. Membentuk kemitraan dalam usaha bersama untuk mewujudkan Bandung Sehat.
3. Meningkatkan kualitas kegiatan promosi kesehatan.
4. Memahami dan melaksanakan berbagai kewenangan bidang kesehatan.
5. Meningkatkan manajemen kualitas pelayanan kesehatan.
6. Memperluas kerjasama bidang kesehatan dalam meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan.
7. Mengoptimalkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK).
8. Meningkatkan Advokasi bidang kesehatan dalam meningkatkan proporsi anggaran bidang kesehatan.
9. Meningkatkan pembiayaan kesehatan bersumber daya masyarakat.

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, strategi Pembangunan kesehatan adalah:

- Menggerakkan pembangunan kota yang berwawasan kesehatan,

- Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif), terutama masyarakat miskin.
- Meningkatkan sumber daya kesehatan, baik secara kuantitas maupaun kualitas yang mencakup tenaga dan sarana kesehatan.
- Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, dalam rangka memelihara dirinya, keluarga dan lingkungannya.
- Meningkatkan sumber dan proporsi pembiayaan kesehatan melalui advokasi dan pemberdayaan masyarakat.

3.1.1.3. Tujuan dan Sasaran

Untuk merealisasikan misi pembangunan kesehatan kota Bandung telah di tetapkan rumusan, tujuan dan sasaran dari setiap misi sebagai berikut :

Misi 1. "Menggerakkan Pembangunan Kota yang berwawasan kesehatan"

Tujuan : Tercapainya kondisi kota untuk hidup dengan aman, nyaman dan sehat bagi warganya melalui upaya peningkatan kualitas lingkungan fisik, sosial budaya secara optimal.

Sasaran :

1. Terwujud dan tergeraknya forum yang mampu menjalin kerjasama antar masyarakat, pemerintah daerah dan pihak swasta serta dapat menampung aspirasi masyarakat dan kebijakan pemerintah secara seimbang dan berkelanjutan dalam mewujudkan sinergi pembangunan yang baik.

2. Terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya dengan memaksimalkan seluruh potensi sumber daya di kota Bandung secara mandiri.

Misi 2. "Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya sehingga mandiri untuk hidup sehat".

Tujuan :

1. Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat kota.
2. Meningkatkan lingkungan sehat perkotaan.

Sasaran :

1. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengembangan UKBM.
2. Terbinanya upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.
3. Meningkatnya kualitas sarana air bersih, jamban keluarga, pemukiman, sanitasi tempat umum, penyehatan makanan dan minuman serta pengawasan dan pembuangan sampah dan limbah.
4. Meningkatnya pengawasan dan pengendalian vektor.

Misi 3. "Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau".

Tujuan :

1. Meningkatkan akses pelayanan kepada masyarakat
2. Meningkatkan kualitas pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada masyarakat.

Sasaran :

1. Menjangkau akses pelayanan kepada masyarakat terutama masyarakat kurang mampu.
2. Menurunnya angka kesakitan di masyarakat.
3. Menurunnya wabah penyakit menular.
4. Menurunnya angka kematian bayi, ibu hamil dan ibu melahirkan.
5. Menurunnya angka kematian yang disebabkan oleh berbagai penyakit.
6. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Misi 4. "Mengembangkan sumber daya kesehatan yang berkualitas dan professional"

Tujuan : Meningkatkan sumber daya manusia kesehatan yang berilmu, berkompeten dan bermoral.

Sasaran :

1. Meningkatnya jumlah dan kualitas sumber daya manusia dan kesehatan.
2. Meningkatnya kualitas sarana kesehatan sesuai standar dan kebutuhan.
3. Meningkatnya fungsi institusi kesehatan.

Misi 5. "Meningkatkan dan mengembangkan pembiayaan kesehatan"

Tujuan : Meningkatkan sumber dan proporsi pembiayaan kesehatan.

Sasaran :

1. Meningkatnya proporsi anggaran kesehatan dari berbagai sumber.
2. Memberdayakan kemandirian masyarakat dalam upaya pembiayaan kesehatan.

3.1.1.4 Program dan Kegiatan

Dalam menjabarkan kebijakan yang dikeluarkan pemerintah Kota Bandung pada pelaksanaan pembangunan kesehatan dirumuskan dalam 3 program pokok sebagai berikut :

1. Program lingkungan sehat, perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat.
 - Peningkatan kegiatan promosi kesehatan dan sanitasi di tingkat individu, keluarga dan masyarakat.
 - Peningkatan kesadaran perilaku sehat dan pemberdayaan kesehatan serta kebersihan masyarakat.
 - Peningkatan lingkungan perumahan dan pemukiman, terutama kumuh perkotaan.
 - Peningkatan kesehatan lingkungan dan sanitasi tempat-tempat umum, tempat makanan dan minuman, rumah sakit dan industri.
 - Peningkatan kepedulian terhadap perilaku hidup bersih dan sehat.

- Peningkatan dan pencegahan bahaya NAPZA dan HIV/AIDS.

2. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan

- Pembangunan serta rehabilitasi sarana dan prasarana pelayanan kesehatan.
- Peningkatan ketersediaan obat dan alat kesehatan.
- Peningkatan mutu tenaga kesehatan. Pemberian bantuan kesehatan kepada masyarakat kurang mampu dan miskin.
- Peningkatan sistem dan manajemen kesehatan.
- Pencegahan, pengamatan, dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular.
- Peningkatan kesehatan keluarga dan status gizi masyarakat.

3. Program Pengawasan Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya.

- Pengendalian dan pembinaan obat terlarang.
- Penanggulangan NAPZA dan
- Pembinaan industri makanan dan minuman.