

BAB III

METODOLOGI

3.1. Metodologi Pengumpulan Data

Menurut pendekatannya, penelitian dibagi menjadi tiga: metode kualitatif, kuantitatif dan campuran (Creswell, 2013). Metode kualitatif lebih mementingkan kompleksitas dari situasi yang diteliti, dengan menggunakan partisipasi individu atau kelompok. Proses tersebut dilakukan melalui pengumpulan data secara partisipatoris. Sementara metode kuantitatif merupakan pendekatan yang mengutamakan relasi antar variabel. Pengumpulan data lebih menggunakan metode yang dapat direpetisi, deduktif dan dikontrol sehingga terproteksi dari bias. Kemudian ada metode campuran yang menggunakan kedua pendekatan pengumpulan data.

Penulis menggunakan metode campuran sebagai metode pengumpulan data untuk perancangan media kampanye. Penelitian kuantitatif berbentuk kuesioner dan kualitatif berupa wawancara dan riset referensi. Pendokumentasian data wawancara menggunakan rekaman dan *screenshot*.

3.1.1. Kuesioner

Sebuah kuesioner menurut Kothari (2004) terbuat dari rangkaian pertanyaan yang diletakkan dalam sebuah formulir baik digital maupun kertas yang kemudian dikirimkan kepada peserta yang mengisi kuesioner tersebut dengan kompetensi pembacaan dan pengertian. Dalam pengumpulan data ini penulis menggunakan metode *convenience sampling* dan ditargetkan kepada orang tua berumur 26-45

tahun yang memiliki anak di Jabodetabekpunjur dan sekitarnya. Jumlah peserta ditentukan melalui penggunaan rumus slovin dengan persentasi derajat toleransi *error* sebesar 10%. Total jumlah rumah tangga berdasarkan provinsi di Jawa Barat, DKI Jakarta dan Banten pada tahun 2019 menurut Badan Pusat Statistik adalah 19.002.400 rumah tangga.

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

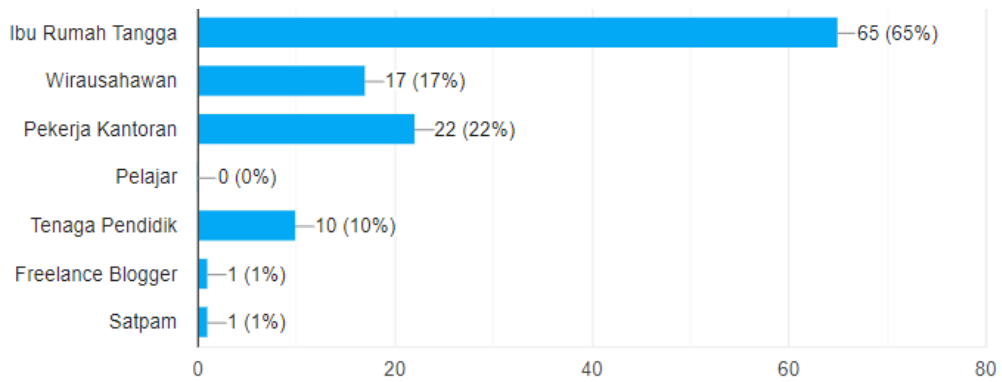
$$n = \frac{19,002,400}{1 + 19,002,400 \cdot 0.1^2}$$

$$n = \frac{19,002,400}{190,025}$$

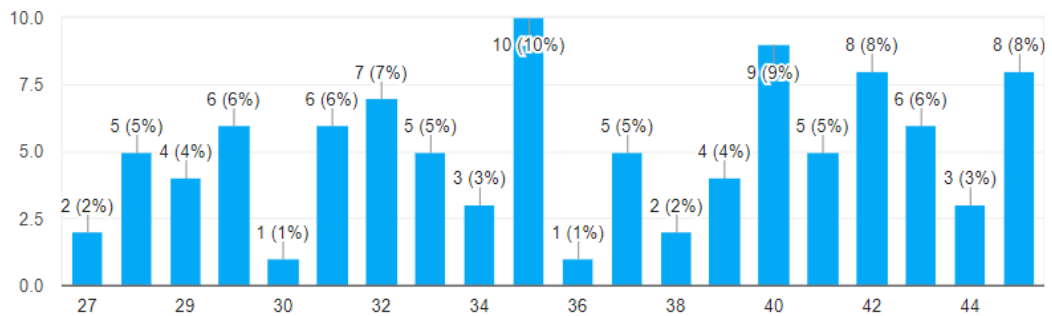
$$n = 99,999 = 100$$

$N =$ Jumlah rumah tangga di Jawa Barat,
 DKI Jakarta dan Banten.
 $e =$ *sampling error*
 $n =$ jumlah partisipan

Kuesioner menggunakan *google form* dan disebarikan secara *online*, penyebaran dilakukan dari tanggal 4 Mei 2020 sampai 4 Juni 2020, kemudian disebar kembali pada tanggal 10 September 2020 sampai 20 September 2020 dikarenakan kurangnya partisipan. Pada akhir penyebaran kuesioner didapatkanlah 100 responden. 91% dari jumlah tersebut adalah wanita dan sisanya pria. Umur dari partisipan tersebar dari umur 27 sampai 45 tahun. Pada riset ini 65 partisipan memiliki peran sebagai ibu rumah tangga dengan *overlap* pekerjaan lainnya.



Gambar 3.1. Pekerjaan Partisipan



Gambar 3.2. Umur Partisipan

95% dari partisipan sudah menikah sementara 5 orang sudah bercerai, semua memiliki anak dengan berbagai umur. Umur anak partisipan merentang dari 5 bulan sampai 21 tahun, dengan sebagian besar (68,7%) berumur di bawah 10 tahun dan hampir setengah (46%) dari partisipan memiliki 2 anak.

Tabel 3.1. Umur Anak dari Partisipan

Umur	Jumlah anak
≤ 10 tahun	123 anak
10 tahun ke atas	56 anak

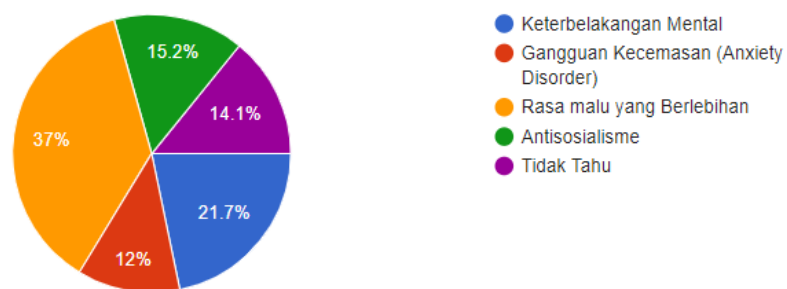
Tabel 3.2. Jumlah Anak per Partisipan

Jumlah anak (per partisipan)	Jumlah anak
5 anak	1
4 anak	2
3 anak	12
2 anak	46
1 anak	35
Tidak mencantumkan	3

Dari 100 partisipan tersebut, hanya 8 orang yang memiliki wawasan tentang selektif mutisme dan dari total partisipan yang menyatakan pengertian akan kondisi tersebut, hanya 3 partisipan yang menjabarkan definisi mutisme selektif dengan benar, sementara yang lainnya keliru menjawab dengan menyatakan bahwa mutisme selektif merupakan bentuk penyimpangan sifat atau sikap anak.

Jika seorang anak riang dan cerewet di rumah, namun saat ada di sekolah susah berinteraksi dengan orang lain dan membisu, menurut anda apakah penyebabnya jika dikaitkan dengan mutisme selektif?

92 responses



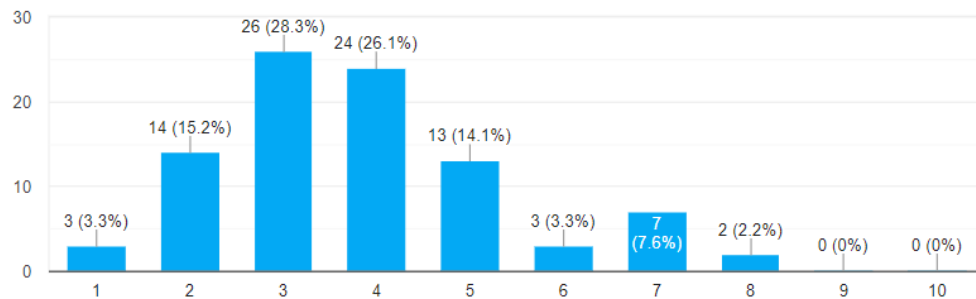
Gambar 3.3. Jawaban Partisipan Mengenai Definisi dari Mutisme Selektif

Di lain sisi, partisipan yang tidak memiliki wawasan dalam mutisme selektif, saat dipertanyakan tentang definisi dari mutisme selektif dengan

menggunakan bantuan dalam bentuk contoh situasi, 34 individu memilih mendeskripsikan mutisme selektif sebagai rasa malu anak yang berlebihan, 20 individu lainnya menyatakan kondisi tersebut merupakan ciri keterbelakangan mental dan 14 lainnya menyimpulkan bahwa kondisi tersebut adalah bentuk anti-sosialisme. Hanya 11 menyimpulkan bahwa mutisme selektif merupakan sebuah perwujudan gangguan kecemasan. Walau demikian, partisipan dari kuesioner ini secara mayoritas (83,7%) menentukan umur deteksi mutisme selektif dengan benar yaitu 2 sampai 5 tahun.

Mutisme Selektif paling mempengaruhi anak, menurut anda sedini apa MS dapat dideteksi pada anak?

92 responses

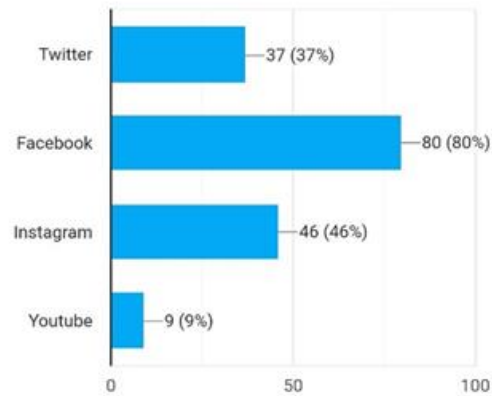


Gambar 3.4. Jawaban Partisipan Mengenai Deteksi Paling Dini Mutisme Selektif pada Anak

Penulis juga melakukan riset terhadap media sosial yang sering digunakan oleh partisipan dan mendapatkan bahwa Facebook dan Instagram merupakan media yang paling sering berinteraksi dengan para partisipan dengan Facebook digunakan oleh 80 dan Instagram 46 dari 100 partisipan.

Aplikasi media sosial mana yang sering anda gunakan?

100 responses



Gambar 3.5. Jawaban Partisipan Mengenai Media Sosial yang Sering Digunakan oleh Mereka

Dari hasil kuesioner, penulis dapat menyimpulkan bahwa kesadaran dan wawasan partisipan (orang tua) terhadap mutisme selektif sangat rendah. Rendahnya kesadaran dan wawasan tersebut membuat orang tua menarik kesimpulan yang salah tentang apa itu mutisme selektif. Penarikan kesimpulan yang salah dan wawasan yang rendah ini dapat berdampak langsung kepada pemulihan anak dari mutisme selektif.

3.1.2. Wawancara

Sebuah metode pengumpulan data yang terdiri dari percakapan yang dimulai dengan rangsangan verbal dan dibalas dengan jawaban yang sifatnya verbal juga disebut wawancara (Kothari, 2004). Wawancara yang penulis lakukan berbentuk sebuah wawancara semi-terstruktur terfokus. Wawancara terfokus di jelaskan Kothari (2004) sebagai bentuk wawancara yang memberikan kebebasan pada pewawancara untuk menentukan pengurutan dan cara penyampaian pertanyaan

sehingga ada ruang untuk eksplorasi. Sementara wawancara semi-terfokus dielaborasi Dawson (2009) sebagai wawancara yang menggunakan pertanyaan yang sama dalam setiap wawancaranya tetapi dengan fleksibilitas agar tetap dapat mendapatkan informasi baru jika kesempatan memperbolehkan.

Penulis melakukan wawancara menggunakan aplikasi WhatsApp secara *online* kepada semua narasumber. Penggunaan aplikasi tersebut disebabkan oleh restriksi pembatasan sosial berskala besar (PSBB) yang sedang berlangsung, sebagai salah satu wujud utama penanggulangan penyebaran pandemi *coronavirus disease 2019* (COVID-19) yang disebabkan oleh virus korona tipe 2 (SARS-coV-2) sehingga wawancara secara tatap muka tidak dapat dilaksanakan.

3.1.2.1. Wawancara dengan Dr. Zulvia Oktanida Syarif, SpKJ, selaku dokter spesialis kedokteran jiwa di RSUD Tarakan Jakarta dan RS Pondok Indah

Wawancara dengan dr. Zulvia dilakukan pada Senin, 14 September 2020 dari pukul 12.00 sampai pukul 12.30 WIB dengan menelepon melalui aplikasi WhatsApp. Penulis melakukan wawancara ini untuk mendapatkan informasi *in-depth* mengenai mutisme selektif terutamanya untuk mengetahui sebab-akibat dan penanganan dari kondisi tersebut, serta korelasinya dengan wawasan orang tua akan mutisme selektif.

Dr. Zulvia mengkonfirmasi bahwa mutisme selektif sebagai sebuah bentuk gangguan kecemasan yang terjadi pada anak atau remaja. Salah satu gejalanya adalah kesulitan anak dalam berbicara di situasi

tertentu, terutamanya di situasi yang di luar zona nyaman anak tersebut, sehingga anak hanya bisa berbicara dan bertingkah selayaknya anak pada umur tersebut dalam kondisi yang aman, tenang dan rileks. Kemudian dr. Zulvia menjelaskan, mutisme selektif bukan merupakan bentuk gangguan tumbuh kembang anak. Tumbuh kembang anak dapat diperjelas menjadi titik-titik perkembangan atau *milestones* yang dapat di lihat dengan jelas lintang perkembangannya. Anak yang hanya mengalami mutisme selektif tidak mengalami hambatan dalam perkembangan tersebut, mereka dapat berbicara, berbahasa dan perkembangan motoriknya sama seperti anak-anak sebayanya. Walau begitu, dr. Zulvia menambahkan, mutisme selektif mempengaruhi perkembangan anak secara mental dan emosional. Jika tidak ditangani mutisme selektif berdampak kepada citra diri dari anak, sehingga anak menjadi kurang percaya diri dan ragu. Kurangnya rasa percaya diri dan keraguan tersebut kemudian akan berdampak secara sosial kepada anak, seperti di sekolah, yang kemudian berdampak juga pada aspek Pendidikan.

Untuk kesalah pengertian yang biasanya menjadi pengertian utama dari orang tua, dr. Zulvia mengatakan bahwa mutisme selektif tidak ada kaitannya dengan sifat anak. Beliau memperjelas dengan memberikan argumentasi bahwa anak-anak masih dalam masa perkembangan dan karena itu anak-anak masih berubah-ubah dalam aspek sifat dan kepribadian. Beliau menambahkan bagaimana pola asuh orang tua sangat mempengaruhi anak. Kecemasan dapat ditimbulkan oleh pola asuh orang tua sehingga anak menjadi cemas dalam situasi-situasi tertentu. Dr. Zulvia menjabarkan dua

pola asuh orang tua yang dapat berkontribusi dalam anak menjadi penyandang mutisme selektif. Pertama adalah pola asuh *overcriticism*, di mana orang tua selalu mengkritik, sehingga anak menjadi ragu dalam mengungkapkan pikiran dan perasaannya karena takut salah, kemudian ada *overprotective*, pola asuh dengan orang tua yang terlalu banyak mengintervensi setiap tindakan sehingga anak menjadi kesulitan mencoba melakukan tindakan yang sifatnya mandiri atau eksperimental tanpa kehadiran dan intervensi dari orang tua. Kedua ekstrem tersebut membuat anak menjadi tidak memiliki kemampuan untuk mandiri dalam melakukan apa pun yang sifatnya baru.

Sementara untuk penanganannya, dr. Zulvia menekankan pentingnya konsultasi ke psikologis atau psikiater terlebih dahulu untuk di analisa untuk menentukan jika anak memang mengalami mutisme selektif atau isu lain. Setelah di konfirmasi, kemudian di cari faktor-faktor penyebab dari kondisi anak, faktor tersebut beragam tiap anaknya, salah satu dari faktor adalah pola asuh orang tua, yang lainnya adalah lingkungan seperti jika anak di *bully* di sekolah oleh anak sebayanya, ada juga faktor-faktor lainnya. Jika sudah ditemukan, maka harus diubah, baik itu lingkungan yang tidak mendukung atau pola asuh orang tua yang keliru atau berlebihan. Selain itu ada juga beragam terapi yang dapat dilakukan oleh psikiater maupun psikologis kepada anak, contohnya psikoterapi. Psikiater juga dapat memberikan obat untuk menangani kecemasan apabila kecemasan anak memang tinggi.

Perihal prevalensi dari mutisme selektif di Indonesia, dr. Zulvia menyatakan bahwa belum ada data konkret yang dapat menjadi indikasi, tetapi dari praktik dan sepengetahuan beliau, prevalensinya tidak begitu besar. Mayoritas kasus yang beliau tangani juga merupakan anjuran dari guru sekolah, bukan kesadaran dari orang tuanya sendiri. Beliau berpendapat bahwa rendahnya kasus dapat disebabkan oleh jumlah kasus yang memang rendah atau masyarakat yang memang tidak melaporkan kasus, baik dikarenakan oleh kurangnya wawasan atau orang tua merasa bahwa isu yang di alami anaknya tidak sampai perlu berobat. Orang tua bisa saja menganggap anak mereka hanya pemalu atau malas berbicara. Dr. Zulvia memberikan *insight*, di mana orang tua yang anaknya mengalami mutisme selektif sering kali malah semakin memaksa atau memarahi anaknya untuk berbicara dan kurang berusaha memahami apa yang sebenarnya di alami anak. Setelah mereka mencoba memahami barulah di periksa ke psikolog atau psikiater. Orang tua yang dirujuk ke praktik dr. Zulvia tidak pernah mendengar diagnosa mutisme selektif, pengetahuan mereka sebatas anak mereka tidak ingin berbicara di sekolah dan di marahi oleh gurunya. Beliau menambahkan, kesadaran masyarakat akan kesehatan mental, tidak hanya terisolasi pada mutisme selektif, memang tergolong rendah. Rendahnya tingkat kepedulian tersebut mungkin dikarenakan pendidikan dan tingkat ekonomi yang rata-ratanya rendah, sehingga lebih berfokus kepada hal yang sifatnya primer seperti sandang, pangan dan papan. Ada juga faktor stigma. Stigma kesehatan mental beliau jelaskan

sebagai pengertian masyarakat yang masih menganggap gangguan kesehatan mental sebagai aib atau kutukan, atau masalah kekuatan iman dari individu. Karena faktor stigma yang tinggi itulah kesadaran akan kesehatan mental masih rendah di Indonesia.

3.1.2.2. Wawancara dengan Lydia, penderita mutisme selektif.

Wawancara dilakukan pada Sabtu, 19 September 2020 dari pukul 02.40 sampai pukul 18.33 WIB kepada Lidya Puspa selaku penyandang mutisme selektif pada masa kecilnya. Wawancara dengan Lidya bertujuan untuk mengetahui pengalaman dari seorang anak yang telah tumbuh dewasa dengan menyandang selektif mutisme.

Lidya sekarang adalah seorang Pekerja Negeri Sipil, tetapi dulu saat masih anak-anak Lidya mengalami mutisme selektif. Narasumber mengetahui ia dulunya menyandang mutisme selektif dari membaca sebuah buku yang di tulis oleh Torey Hayden. Narasumber mengalami mutisme selektif dari tahun 1988 sampai 1994, lebih tepatnya dari TK sampai SD. Lidya sempat ke psikolog, namun narasumber mengatakan bahwa psikolog tersebut tidak mendiagnosis narasumber dengan diagnosis yang spesifik. Orang tua Lidya, tepatnya ibunyalah yang membawa dirinya ke psikolog, sementara ayahnya pada awalnya tidak menyetujui keputusan tersebut karena memiliki tanggapan bahwa psikolog itu untuk orang yang tidak waras, bahkan orang luar sempat memberikan pendapat bahwa orang tua Lidya seharusnya membawa Lidya ke dukun, bukan psikolog. Saat visitasi

ke psikolog Lidya tidak di diagnosa secara spesifik tetapi orang tuanya tetap di berikan nasihat seputar pola pengasuhan Lidya.

Walau demikian, Lidya yakin dirinya mengalami mutisme selektif saat kecil, pengalamannya juga serupa. Lidya menceritakan bagaimana diri kecilnya kesulitan bersosialisasi dengan teman sebayanya. Sering menangis, Lidya menyatakan. Sesampai ibunya harus mengintervensi langsung setelah keluarga pindah kota dan tidak menemui psikolog lagi. Ibu narasumber berhenti bekerja dan membuat berbagai kesempatan agar Lydia pada saat itu dapat bersosialisasi dengan mengajak teman-teman sebayanya ke rumah, karena narasumber saat itu tidak bisa berbicara di tempat lain selain rumahnya sendiri. Sekali pun ibu narasumber sudah berusaha, masih tidak ada perubahan yang signifikan, sosialisasi hanya dapat dilakukan di rumah. Proses pemulihan narasumber dilakukan dengan mandiri, ia mulai bersosialisasi pada kelas satu SMP, Lidya menyatakan sosialisasi tersebut lebih nyaman dengan perempuan (sesama jenis), narasumber sampai akhir SMA pun masih tidak nyaman bersosialisasi dengan lawan jenis, hanya akrab dengan banyak teman perempuan. Narasumber baru bisa bersosialisasi dengan pria saat masa perkuliahan. Sampai sekarang pun, narasumber menyatakan bahwa mutisme selektif mempengaruhi kepribadiannya. Lidya bersifat sangat tertutup dan enggan aktif, *introverted*. Pengaruhnya juga merambah ke kemampuan narasumber untuk menghadiri situasi yang sifatnya kelas (ajar-mengajar dengan satu figur sebagai

pendidik). Pengecualian hanya terjadi dalam situasi kerja kelompok karena narasumber menyadari kewajibannya untuk berkontribusi.

3.1.2.3. Kesimpulan Wawancara

Dari wawancara yang telah dilaksanakan, dapat disimpulkan bahwa mutisme selektif adalah bentuk gangguan kecemasan yang disandang oleh anak dan remaja, terutamanya anak yang biasanya disebabkan oleh beragam faktor. Faktor yang paling dapat diidentifikasi adalah pola asuh orang tua dan lingkungan anak. Mutisme selektif juga tidak ada hubungannya dengan sifat anak maupun tumbuh kembang anak (*milestones*).

Wawasan orang tua yang rendah dalam gangguan kecemasan mutisme selektif memiliki dampak yang sangat buruk dalam perkembangan mental dan sosial anak. Terutamanya karena identifikasi masalah kesehatan yang benar diperlukan untuk penanganan isu tersebut. Baik dikarenakan oleh pola asuh orang tua maupun faktor-faktor lainnya, serta penanganan yang keliru dapat berdampak jangka panjang kepada anak yang menyandang mutisme selektif, sampai mereka dewasa dan membentuk citra diri dan kepribadian mereka menjadi individu yang tidak percaya diri dan tertutup.

3.1.3. Studi Referensi

Sumber informasi lain yang penulis teliti adalah artikel-artikel daring, seperti laman mutisme selektif yang di miliki oleh *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, *Selective Mutism Information & Research Association (SMiRA)* dan *National Health Service (NHS)* Inggris, serta buku 365 Hari bersama Ananda: Terapi Mandiri pada Anak dengan Gangguan *Selective Mutism* (Rohmah, 2019), *The Selective Mutism Resource Manual (Second Edition)* (Johnson and Wintgens 2017), dan *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents* (Sluckin dan Smith, 2015).



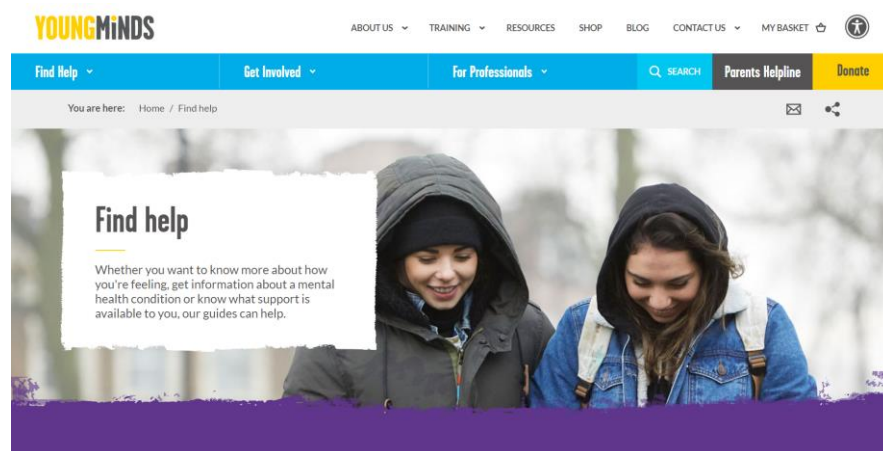
Gambar 3.6. Sampul Buku-Buku Referensi Mutisme Selektif.

Dari sumber-sumber tersebut penulis mendapatkan informasi umum mengenai Mutisme Selektif yang digunakan untuk menjadi acuan konten dari kampanye.

Selain dari laman artikel daring dan buku-buku tersebut, penulis juga melakukan studi referensi kepada beberapa kampanye dan organisasi kesehatan mental lainnya untuk meneliti tampilan dan pembawaan konten. Organisasi yang direferensikan adalah *Young Minds* serta *National Autistic Society*, dan Kampanye *Autism SOS*.

3.1.3.1. Young Minds & National Autistic Society

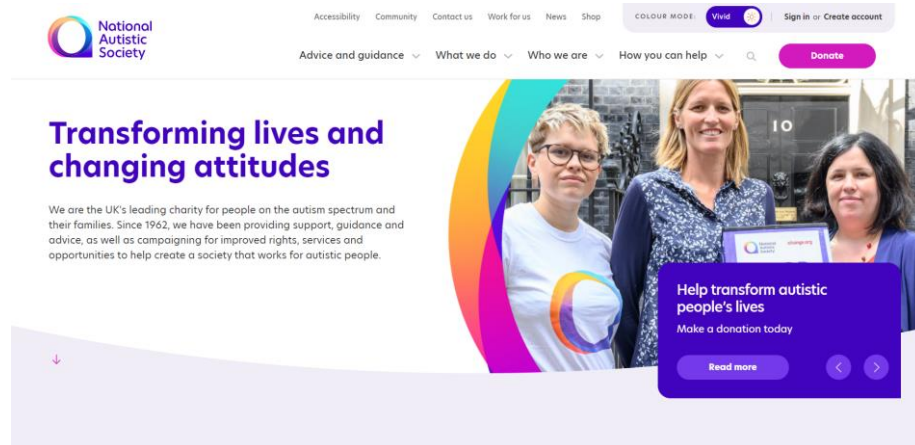
Young Minds merupakan gerakan amal yang berbasis di Inggris yang berfokus kepada kesehatan mental anak dan remaja. Organisasi ini memiliki misi untuk memastikan semua anak muda dan kecil mendapatkan dukungan kesehatan mental yang dibutuhkan oleh mereka, terlepas dari situasi mereka.



Gambar 3.7. Laman Depan Situs Organisasi *Young Minds*.

Sementara *National Autistic Society* merupakan gerakan amal yang berfokus kepada orang-orang yang memiliki autisme dan keluarga mereka. Organisasi ini memberikan dukungan, arahan dan nasihat, juga melakukan

berbagai kampanye untuk meningkatkan kesejahteraan kehidupan bagi orang-orang dengan autisme.



Gambar 3.8. Laman Depan Situs Organisasi *National Autistic Society*.

Penulis tertarik dengan visualisasi dari kedua organisasi ini. Walau isu yang di bawa oleh mereka tergolong berat, kedua organisasi ini menggunakan warna yang cerah dalam desain visual mereka. Bahkan sampai sekarang, isu kesehatan mental sering kali dianggap sebagai topik yang cukup berat dan dikorelasikan dengan warna-warna suram dan sedih, visualisasi identitas kedua organisasi ini terlihat kontras dengan asosiasi tersebut. Warna yang cerah dan terkesan ceria, bugar dan bersemangat sehingga memberi kesan bahwa isu kesehatan atau gangguan mental bukanlah isu yang terlarang atau enggan dibicarakan, melainkan sebuah isu yang harus dibicarakan dan diangkat agar dapat melangkah kepada perubahan yang lebih baik. Kedua organisasi ini juga memiliki tema, elemen dan pewarnaan visual yang unik sehingga mereka mudah diingat dan dikenal.

3.1.3.2. Autism SOS

Autism SOS merupakan sebuah kampanye dengan tujuan meningkatkan kesadaran orang tua akan potensi anak kecil memiliki isu gangguan mental yaitu autisme. Kampanye ini dilaksanakan oleh *National Autism Association* yang berbasis di Inggris.



Gambar 3.9. Poster Kampanye *Autism SOS*.

Dari kampanye ini, penulis mempelajari bahwa menggunakan asosiasi dapat memberikan penekanan yang lebih kuat kepada topik dari

kampanye. Visual dari kampanye menempatkan simpati orang tua pada sudut pandang anak, menunjukkan ciri-ciri inti dari anak yang mungkin memiliki autisme dengan menggunakan petunjuk visual yang dapat dimengerti oleh orang tua dari sekilas melihat gambar. Kampanye juga menggunakan SOS, sebuah kode morse yang secara internasional dikenali sebagai sinyal minta bantuan dan mengasosiasikannya dengan butuhnya isu autisme pada anak untuk dicermati oleh orang tua. Media yang digunakan kampanye juga strategis dan juga menggunakan partisipasi dari target kampanye untuk menyebarkan informasi, sehingga penyebaran dari informasi kampanye bersifat maksimum.

3.1.3.3. Kesimpulan Hasil Studi Referensi

Dari studi referensi, penulis dapat menyimpulkan bahwa kampanye yang baik memerlukan visualisasi yang cocok dengan pesan yang dibawakan oleh kampanye. Cara penyampaian dalam isu kesehatan mental tidak perlu selalu gelap dan menyeramkan, tetapi dapat dilakukan dengan cerah dan bersemangat. Dalam kampanye juga dapat menggunakan korelasi dengan simbol-simbol yang sudah terkenal secara nasional atau internasional, seperti sinyal SOS. Selain itu menyimpulkan pesan atau tanda-tanda pengenal sebuah isu kesehatan atau gangguan mental menjadi poin-poin singkat akan memudahkan daya ingat sasaran kampanye untuk mengingat dan menyebarkan pesan dari kampanye.

3.2. Metodologi Perancangan

Iklan yang efektif dapat memikat perhatian individu dan memanggil mereka untuk bergerak (*call to action*) dan harus melalui proses desain, tahapan proses desain iklan itu dibagi oleh Landa (2010) menjadi 6 tahapan yaitu: *overview* (peninjauan), strategi, ide, desain, produksi, dan implementasi.

1. *Overview*

Tahap ini merupakan tahap pencarian lalu peninjauan informasi. Informasi berupa data-data yang diperlukan, mendapatkan *insight* tentang isu, dan melakukan penelitian lebih lanjut. Pada tahapan ini desainer juga menentukan tujuan dan objektif dan menentukan identitas audiens dari kampanye. Metode pengumpulan data pada tahapan ini dilakukan sesuai dengan yang sudah dirincikan oleh penulis pada bab 3.

2. Strategi

Setelah data telah terkumpul barulah dirancang strategi. Data yang dikumpulkan digunakan sebagai media untuk mengembangkan cara pemecahan masalah dan strategi yang akan digunakan. Di tahapan inilah dibentuk sebuah *creative brief* agar ada kejelasan dalam penggunaan strategi kampanye secara tertulis yang dapat menjadi tolak ukur keberhasilan dari desain solusi.

3. Ide

Pada tahapan ini ide-ide perancangan desain iklan yang menyampaikan pesan kepada audiens dibuat melalui desain visual dan penulisan pesan.

Pembuatan ide memerlukan pemikiran yang bercampur, kreatif dan reflektif sambil menganalisis dan mengartikan riset. Pemikiran ide menggunakan *mind mapping* untuk memetakan semua informasi yang ada menjadi sebuah rangkuman visual.

4. Desain

Desain baru menjadi sebuah bentuk visual pada tahapan ini. Berbagai opsi dibuat untuk mencari solusi kreatif yang cocok untuk isu. Umumnya tahapan ini dimulai dengan sebuah *mood board* yang menentukan gaya dan elemen visual dari kampanye. Kemudian Landa (2010), membagi proses sketsa menjadi 3 tahap yaitu: sketsa *thumbnail*, kasar dan komprehensif. Dimana pada tiap tahapannya sketsa makin mendetail pada tiap tahapan.

a. Sketsa *Thumbnail*

Sketsa menggunakan pensil, pena, atau spidol dan kertas, tujuannya untuk lebih menjelajahi opsi yang ada dan menstimulasi pemikiran dan penemuan visual.

b. Kasaran

Bentuk dari sketsa kasar lebih detail daripada sketsa *thumbnail*. Sketsa ini lebih menjelajahi opsi yang sudah dibuat dan membuat ide yang paling matang. Sketsa pada tahapan ini sudah berskala sama dengan format akhirnya dan dapat menggunakan metode seperti kolase atau manipulasi digital.

c. Komprehensif

Hasil dari tahap ini paling mendekati dengan hasil akhir dan harus menunjukkan secara akurat visual yang ingin disampaikan. Dari tahap ini kemudian dilakukanlah finalisasi desain.

5. Produksi

Mengimplementasikan desain yang sudah di finalisasi menjadi bentuk nyata tergantung kebutuhan dari jenis media yang sudah ditentukan.

6. Implementasi

Desain yang telah dibuat kemudian diimplementasikan sesuai dengan strategi kampanye. Setelah periode dari penggunaan desain selesai umumnya dilakukan *debriefing* untuk mereview apa yang berhasil dan tidak berhasil dari kampanye.