

PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO-VISUAL DAN LEAFLET TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS PADA BALITA DI KABUPATEN MAJENE

THE EFFECT OF HEALTH PROMOTION THROUGH AUDIO-VISUAL MEDIA AND LEAFLET ON THE BEHAVIOR GIVING TUBERCULOSIS PREVENTION THERAPY TO TODDLERS IN THE MAJENE DISTRICT



**HASANUDDIN
K012221013**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MAKASSAR
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO-
VISUAL DAN LEAFLET TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN TERAPI
PENCEGAHAN TUBERKULOSIS PADA BALITA
DI KABUPATEN MAJENE**

**HASANUDDIN
K012221013**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**THE EFFECT OF HEALTH PROMOTION THROUGH AUDIO-VISUAL
MEDIA AND LEAFLET ON THE BEHAVIOR GIVING TUBERCULOSIS
PREVENTION THERAPY TO TODDLERS
IN THE MAJENE DISTRICT**

**HASANUDDIN
K012221013**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO-
VISUAL DAN LEAFLET TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN TERAPI
PENCEGAHAN TUBERKULOSIS PADA BALITA
DI KABUPATEN MAJENE**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**HASANUDDIN
K012221013**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

TESIS

PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO-VISUAL DAN LEAFLET TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS PADA BALITA DI KABUPATEN MAJENE

**HASANUDDIN
K012221013**

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Ujian Magister pada 16 Juli 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan

Pembimbing Utama

Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH
NIP : 19671227 199212 1 001

Ketua Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH
NIP : 19671227 199212 1 001

Pembimbing Pendamping

Prof. Dr.drg. A. Arsunan Arsin., M.Kes, CWM
NIP: 19621231 199103 1 178

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

Prof. Sukni Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH, Ph.D
NIP : 19720529 200112 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis dengan judul "Pengaruh Promosi Kesehatan Melalui Media Audio-visual dan Leaflet Terhadap Perilaku Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis Pada Balita Di Kabupaten Majene" merupakan karya saya dengan bimbingan dari Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH sebagai Pembimbing Utama dan Prof. Dr.drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes sebagai Pembimbing Pendamping. Tesis ini belum pernah diajukan atau sedang diajukan dalam bentuk apapun ke perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang digunakan atau dikutip dari karya penjulid baik yang diterbitkan maupun yang tidak diterbitkan telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam daftar pustaka tesis ini. Beberapa bagian tesis ini telah dipublikasikan dalam jurnal dengan judul "The Effect of Audio-visual Media on the Behavior Giving Tuberculosis Prevention Therapy to Toddlers in Majene, Indonesia". Jika dikemudian hari terbukti bahwa sebagian atau seluruh tesis ini merupakan karya orang lain, saya siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Dengan ini, saya menyampaikan hak cipta (hak ekonomi) dari tesis saya ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 16 Juli 2024



HASANUDDIN

NIM : K012221013

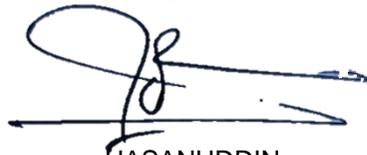
UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian yang berhasil saya lakukan ini tidak terlepas dari bimbingan, petunjuk, dan dorongan dari berbagai pihak. Saya ingin mengucapkan rasa hormat dan terima kasih kepada Bapak Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., dan Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.

Ucapan terima kasih juga saya kepada Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.pH sebagai Pembimbing Utama dan Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin. Terima kasih juga kepada Prof. Dr.drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes sebagai Pembimbing Pendamping, Prof. Dr. Nur Nasry Noor, MPH sebagai dosen penguji, Prof. Dr. Stang, Drs., M.Kes sebagai dosen penguji, dan Dr. Syamsuar, SKM., M.Kes., M.Sc.PH sebagai dosen penguji. Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada dr. H. Rakhmat Malik, kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Majene, serta kepada para kepala Peskesmas yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian di lapangan.

Akhirnya, saya ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua saya yang tercinta. Terima kasih atas doa, pengorbanan, dan motivasi yang mereka berikan selama saya mengejar pendidikan. Saya juga ingin memberikan penghargaan yang besar kepada isteri dan anak-anak saya yang tercinta, serta seluruh mahasiswa FETP angkatan 2022 atas motivasi dan dukungan yang sangat berarti.

Penulis

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'H' followed by a long horizontal stroke that tapers to the right.

HASANUDDIN

NIM : K012221013

ABSTRAK

Hasanuddin. **PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL DAN MEDIA LEAFLET TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA BALITA DI KABUPATEN MAJENE** (dibimbing oleh Ridwan Amiruddin dan A.Arsunan Arsin).

Latar belakang. Infeksi laten TB pada balita perlu pemberian terapi pencegahan tuberkulosis (TPT), karena berisiko tinggi mengalami TB aktif. Namun, saat ini masih terdapat beberapa permasalahan dalam pemberian TPT ini, seperti tingkat kepatuhan yang rendah dan kurangnya motivasi dalam menjalankan pengobatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi pemberian TPT adalah perilaku. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh promosi kesehatan melalui media audio visual dan leaflet terhadap perilaku pemberian TPT pada balita di Kabupaten Majene. **Metode.** Penelitian studi eksperimental semu dengan desain pre-test post-test control group. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu balita yang tinggal serumah dengan penderita TBC sebanyak 74 orang, terdiri atas 37 orang kelompok intervensi menggunakan media audio-visual dan 37 orang kelompok kontrol menggunakan media leaflet. Data dikumpulkan melalui kuesioner untuk mengukur perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan pre-test dan post-test pada kedua kelompok. Analisis data dilakukan menggunakan uji Wilcoxon dan uji Mann-Whitney. **Hasil.** Hasil analisis uji wilcoxon menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah intervensi terhadap perilaku pemberian TPT pada balita, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ($p < 0.05$), dan berdasarkan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap pemberian TPT pada balita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p < 0.05$), akan tetapi tidak ada perbedaan tindakan terhadap pemberian TPT pada balita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p > 0.05$). **Kesimpulan.** Peningkatan nilai untuk variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan lebih tinggi pada kelompok intervensi, sehingga disarankan untuk mempromosikan kesehatan dengan menggunakan media audio visual untuk mencapai perubahan perilaku yang optimal.

Kata kunci: TPT; Audio visual; Leaflet; Pengetahuan; Sikap; Tindakan



ABSTRACT

Hasanuddin. **THE EFFECT OF HEALTH PROMOTION THROUGH AUDIO VISUAL MEDIA AND LEAFLET ON THE BEHAVIOR GIVING TUBERCULOSIS PREVENTION THERAPY TO TODDLERS IN THE MAJENE DISTRICT** (Supervised by Ridwan Amiruddin and A. Arsunan Arsin).

Background. Latent TB infection in children under five requires the provision of tuberculosis preventive therapy (TPT), as they are at high risk of developing active TB. However, there are still several problems in the provision of TPT, such as low compliance and lack of motivation in carrying out treatment. One of the factors influencing the provision of TPT is the patient's behavior. **Aims.** This study aims to analyze the effect of health promotion through audio-visual media and leaflets on the behavior of providing TPT to toddlers in Majene District. **Methods.** The study used a pre-test-post-test control group design and was a pseudo-experimental investigation. This study included 74 moms of toddlers who shared a home with someone who had tuberculosis. The mothers were divided into two groups: 37 individuals used audio-visual media for the intervention group and 37 individuals used leaflet media for the control group. Questionnaires were used to gather information on differences between the two groups' pre- and post-test scores in terms of knowledge, attitudes, and behaviors. Mann-Whitney and Wilcoxon tests were used to evaluate the data. **Results.** The results of the Wilcoxon test analysis showed that there were differences in knowledge, attitudes, and actions before and after the intervention on the behavior of providing TPT in toddlers, both in the intervention group and the control group ($p < 0.05$), and based on the Mann-Whitney test showed that there were differences in knowledge and attitudes towards providing TPT in toddlers between the intervention group and the control group ($p < 0.05$), but there were no differences in actions towards providing TPT in toddlers between the intervention group and the control group ($p > 0.05$). **Conclusion.** The intervention group has seen a greater increase in values for the knowledge, attitudes, and behaviors variables. It is advised that audio-visual materials be used in health promotion to attain the best possible behavior change.

Keywords: TPT; Audio visual; Leaflet; Knowledge; Attitude; Action



DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	i
ABSTRAK.....	ii
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GRAFIK.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB II METODE PENELITIAN	10
2.1 Kerangka Konsep	10
2.2 Hipotesis Penelitian	10
2.3 Definisi OperasionalDan Kriteria Objektif	11
2.4 Jenis dan Desain Penelitian	12
2.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	13
2.6 Populasi dan Sampel.....	13
2.7 Alur Penelitian	16
2.8 Pengumpulan Data.....	17
2.9 Instrumen Penelitian.....	17
2.10 Prosedur Penelitian	22
2.11 Pengolahan Data	24
2.12 Analisis Data.....	25
2.13 Penyajian Data	26
2.14 Etika Penelitian	26
BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	27
3.1 Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian	27
3.2 Hasil Penelitian.....	28
3.3 Pembahasan	36
3.4 Keterbatasan Penelltian.....	43

BAB IV PENUTUP.....	45
4.1 Kesimpulan.....	45
4.2 Saran.....	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	52

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	11
Tabel 2	Desain Penelitian pre-test dan post-test.....	12
Tabel 3	Pengambilan sampel dengan teknik acak proporsional.....	15
Tabel 4	Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan	20
Tabel 5	Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Pengetahuan.....	20
Tabel 6	Hasil Uji Validitas Kuesioner Sikap.....	21
Tabel 7	Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Sikap	21
Tabel 8	Hasil Uji Validitas Kuesioner Tindakan	21
Tabel 9	Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Pengetahuan.....	22
Tabel 10	Sarana Kesehatan di Kabupaten Majene Tahun 2023	28
Tabel 11	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan.	31
Tabel 12	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap.....	31
Tabel 13	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tindakan.....	32
Tabel 14	Hasil Pengujian Normalitas	32
Tabel 15	Analisis Perbedaan Pengetahuan Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Audio-visual	33
Tabel 16	Analisis Perbedaan Pengetahuan Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Leaflet.....	33
Tabel 17	Analisis Perbedaan antara Media Audio-visual dan Media Leaflet terhadap Pengetahuan Ibu Balita	34
Tabel 18	Analisis Perbedaan Sikap Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Audio-visual	34
Tabel 19	Analisis Perbedaan Sikap Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Leaflet.....	34
Tabel 20	Analisis Perbedaan antara Media Audio-visual dan Media Leaflet terhadap Sikap Ibu Balita.....	35
Tabel 21	Analisis Perbedaan Tindakan Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Audio-visual	35
Tabel 22	Analisis Perbedaan Tindakan Ibu Balita Pre-test dan Post-test Melalui Media Leaflet.....	36
Tabel 23	Analisis Perbedaan antara Media Audo Visual dan Leaflet Terhadap Tindakan Ibu Balita.....	36

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur.....	29
Grafik 2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	30
Grafik 3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pekerjaan.....	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian	10
Gambar 2 Alur Penelitian	16
Gambar 3 Tangkapan Layar Video Promosi Kesehatan Tentang Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Anak	18
Gambar 4 Leaflet Promosi Kesehatan Tentang Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Anak.....	19
Gambar 5 Sebaran Puskesmas di Kabupaten Majene.....	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Responden	52
Lampiran 2 Informed Consent	54
Lampiran 3 Lembar Monitoring Kelompok Media Audio-visual.....	55
Lampiran 4 Lembar Monitoring Kelompok Leaflet	56
Lampiran 5 Kuesioner Penelitian.....	57
Lampiran 6 Pedoman Intervensi.....	61
Lampiran 7 Permohonan Izin Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 8 Rekomendasi Persetujuan Etik	62
Lampiran 9 Surat Keterangan Penelitian Badan Kesbangpol	63
Lampiran 10 Surat Keterangan Penelitian DPM-PTSP	64
Lampiran 11 Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Majene	65
Lampiran 12 Surat Keterangan Selesai Penelitian	66
Lampiran 13 Master Tabel Kelompok Intervensi	67
Lampiran 14 Master Tabel Kelompok Kontrol	69
Lampiran 15 Hasil Out Put SPSS Penelitian	71
Lampiran 16 Dokumentasi Kegiatan Penelitian.....	80

DAFTAR SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan
3HP	3 bulan Isoniazid-Rifapentine
3HR	3 bulan Isoniazid-Rifampisin
6H	6 bulan Isoniazid
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
Balita	Bawah Lima Tahun
BB	Berat Badan
BTA	Basil Tahan Asam
Dinkes	Dinas Kesehatan
DOT	<i>Directly Observed Treatment</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
ILTB	Infeksi Laten Tuberkulosis
Kab	Kabupaten
Kemendes	Kementerian Kesehatan
Kg	Kilo gram
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	Orang dengan HIV AIDS
PBB	Persatuan Bangsa-Bangsa
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
Prov	Provinsi
TBC	Tuberkulosis
TBC RO	Tuberkulosis Resisten Obat
TPT	Terapi Pencegahan Tuberkulosis
RI	Republik Indonesia
SAT	<i>Self Administered Treatment</i>
SITB	Sistem Informasi Tuberkulosis
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang masuk dalam kelompok re-emerging (re-emerging infectious disease), yaitu penyakit infeksi yang sebelumnya pernah mengalami penurunan yang signifikan, kemudian muncul kembali dan menjadi masalah kesehatan masyarakat. WHO telah mengakui bahwa ini adalah masalah global. Masalah utama saat ini adalah meningkatnya prevalensi penyakit tersebut, terutama di negara-negara berkembang (Noor, 2022).

TBC anak merupakan kejadian TBC pada anak usia 0 - 14 tahun. Suspek TBC pada anak merujuk kepada anak-anak dengan keluhan atau gejala klinis TBC. Anak-anak dengan TBC yang terdiagnosis secara bakteriologis adalah anak-anak dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif, dan anak-anak dengan TBC yang terkonfirmasi klinis adalah anak-anak yang secara bakteriologis terkonfirmasi negatif namun oleh dokter didiagnosis sebagai pasien TBC dan mendapatkan pengobatan TBC. Di negara-negara berkembang, sekitar 40-50% dari total penduduk adalah anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun. Diperkirakan bahwa setiap tahun sekitar 500.000 anak di seluruh dunia menderita tuberkulosis (TBC) (Kemenkes RI, 2016).

TBC anak, didefinisikan sebagai TBC pada anak <15 tahun, dan secara langsung dapat menggambarkan kejadian TBC pada dewasa dalam suatu komunitas. TBC anak biasanya mewakili penularan terbaru dari penderita dewasa atau remaja yang menular dan dianggap sebagai peristiwa sentinel dalam kesehatan masyarakat. Program pengendalian TBC harus menanggapi kasus TBC anak dengan mencari sumber infeksi dan kasus tambahan. Investigasi kasus sumber mengevaluasi semua kontak anak dengan tuberkulosis untuk mengidentifikasi orang dewasa atau remaja yang menular dan orang lain yang terinfeksi. WHO merekomendasikan penyelidikan kontak dan perawatan anak-anak yang terpapar, tetapi hal ini sering tidak dilakukan karena terbatasnya sumber daya. Beberapa ahli kesehatan masyarakat merekomendasikan agar otoritas kesehatan masyarakat mengembangkan perkiraan jumlah anak yang tinggal di rumah tangga dengan kasus TBC aktif (Highsmith et al., 2019).

Gejala TBC pada anak timbul tidak khas, penurunan berat badan, kelemahan, kelelahan, dan lesu dapat menjadi gejala utama TBC pada anak. Seringkali batuk bukan menjadi tanda utama TBC pada anak. Pada anak yang mengalami gejala batuk dan dapat mengeluarkan dahak, maka pemeriksaan dahak harus dilakukan. Jika seorang anak terkonfirmasi secara bakteriologis, maka ia dapat menjadi sumber penularan bagi lingkungan sekitarnya. Anak-anak yang berusia di bawah 3 tahun dan mengalami kekurangan gizi memiliki risiko yang tinggi untuk terkena TBC. TBC mayoritas menginfeksi paru-paru, namun sekitar 20-30% anak penderita TBC juga terjadi pada bagian tubuh lainnya. Bayi

dan anak di bawah 5 tahun berisiko tinggi tertular TBC berat sehingga dapat menyebabkan kebutaan, tuli, dan kelumpuhan akibat meningitis TBC (Kemenkes RI, 2023)

Hasil pertemuan tingkat tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bertujuan untuk mengobati 40 juta orang dengan TBC dari semua kelompok usia pada tahun 2018-2022. Pada tahun 2018-2021, sebanyak 26,3 juta penderita TBC telah dirawat (66% dari target). Untuk pengobatan TBC pada anak-anak, targetnya adalah 3,5 juta pada tahun 2018-2022. Namun, hingga tahun 2018-2021, hanya 1,9 juta anak yang telah dirawat (54% dari target). Di seluruh dunia, diperkirakan ada 10,6 juta orang dengan TBC pada tahun 2021. Secara geografis, wilayah Asia Tenggara memiliki jumlah kasus TBC terbanyak pada tahun 2021 (45%). Delapan negara, termasuk Indonesia, menyumbang dua pertiga dari total kasus TBC. Negara-negara tersebut adalah India (28%), Indonesia (9,2%), China (7,4%), Filipina (7,0%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%), dan Republik Demokratik Kongo (2,9%). Pria dewasa memiliki beban TBC tertinggi, yaitu 56,5% dari total kasus, diikuti oleh wanita dewasa (32,5%) dan anak-anak (11%) (WHO, 2022).

Estimasi insiden TBC Indonesia tahun 2021 sebesar 969.000 atau 354 per 100.000 penduduk; TB-HIV sebesar 22.000 kasus per tahun atau 8,1 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 144.000 atau 52 per 100.000 penduduk dan kematian TB-HIV sebesar 6.500 atau 2,4 per 100.000 penduduk. Berdasarkan insiden tuberkulosis tahun 2000-2020 terjadi penurunan insiden TBC dan angka kematian TBC meskipun tidak terlalu tajam tetapi pada tahun 2020-2021 terjadi peningkatan. Insiden TBC pada tahun 2021 terjadi peningkatan 18% (absolut tahun 2020; 819.000 tahun 2021; 969.000 dan rate per 100.000 penduduk tahun 2020; 301 tahun 2021; 354) dan angka kematian TBC mengalami peningkatan 55% untuk absolut (tahun 2020; 93.000 tahun 2021; 144.000), 52% untuk rate per 100.000 penduduk (tahun 2020; 34 tahun 2021; 52) (Kemenkes RI, 2023).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat insiden TBC mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2020 sebesar 1911 kasus per tahun atau 135 per 100.000 penduduk, tahun 2021 sebesar 2269 kasus per tahun atau 143 per 100.000 penduduk, tahun 2022 sebesar 2440 kasus per tahun atau 167 per 100.000 penduduk dan tahun 2023 sebesar 2852 kasus per tahun atau 193 per 100.000 penduduk (Dinkes Prov. Sulbar, 2023).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat insiden TBC pada anak juga mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2020 sebesar 77 kasus per tahun atau 19 per 100.000 penduduk, tahun 2021 sebesar 91 kasus per tahun atau 22 per 100.000 penduduk, tahun 2022 sebesar 114 kasus per tahun atau 28 per 100.000 penduduk dan tahun 2023 sebesar 150 kasus per tahun atau 36 per 100.000 penduduk (Dinkes Prov. Sulbar, 2023).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Majene insiden TBC mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2020 sebesar 420 kasus per tahun atau 24 per 10.000 penduduk, tahun 2021 sebesar 428 kasus per

tahun atau 24 per 10.000 penduduk, tahun 2022 sebesar 496 kasus per tahun atau 28 per 10.000 penduduk dan tahun 2023 sebesar 545 kasus per tahun atau 30 per 10.000 penduduk (Dinkes Kab. Majene, 2023).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Majene insiden TBC pada anak tahun 2020 sebesar 14 kasus per tahun atau 3 per 10.000 penduduk, tahun 2021 sebesar 30 kasus per tahun atau 6 per 10.000 penduduk, tahun 2022 sebesar 20 kasus per tahun atau 4 per 10.000 penduduk dan tahun 2023 sebesar 32 kasus per tahun atau 6 per 10.000 penduduk (Dinkes Kab. Majene, 2023)

Selama periode Januari hingga Desember 2023, Data Sistem Informasi TBC (SITB) mencatat sebanyak 576 kasus TBC di Kabupaten Majene. Dari jumlah tersebut, terdapat 86 penderita TBC aktif yang tinggal serumah dengan balita. Lebih lanjut, terdapat total 116 balita yang memiliki kontak langsung dengan penderita TBC tersebut. Perlu dicatat bahwa selama periode yang sama, terdapat 17 kasus TBC pada balita yang menjalani pengobatan di semua Puskesmas di Kabupaten Majene (Kemenkes RI, 2023).

Anak-anak yang berinteraksi dengan orang dewasa yang menderita TBC memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi TBC. Anak-anak dapat terinfeksi TBC setelah terpapar dengan orang dewasa yang menderita TBC dan sering berada di ruangan yang sama, seperti di rumah, sekolah, tempat penitipan anak, dan sebagainya (Roya-Pabon & Perez-Velez, 2016). Ini berarti anak-anak yang tinggal bersama orang dewasa yang terinfeksi tuberkulosis paru memiliki risiko terkeua infeksi tuberkulosis sebanyak 3,5 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang tidak tinggal bersama orang yang terinfeksi (Yunita, 2016).

Keluarga yang menderita TBC, terutama mereka yang tinggal di rumah yang sama, memiliki risiko tinggi terinfeksi TBC. Hal ini disebabkan karena anggota keluarga cenderung sering melakukan kontak langsung atau berinteraksi dengan penderita TBC. Penemuan kasus TBC pada anak menunjukkan bahwa penularan TBC masih terjadi di komunitas tertentu. Sebagian besar anak mengalami infeksi tuberkulosis dari orang dewasa yang telah terkonfirmasi melalui tes bakteriologis, baik itu orang tua maupun saudara mereka yang tinggal bersama. Anak-anak yang kontak dengan penderita TBC memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan TBC karena sistem kekebalan tubuh mereka yang lemah, sehingga memudahkan kuman *mMycobacterium tuberculosis* masuk ke dalam tubuh mereka. Riwayat kontak ini juga menjadi salah satu informasi penting untuk mengetahui sumber infeksi TBC (Siagian, 2019).

Berbeda dengan penderita TBC dewasa, penderita TBC anak lebih sering tertular dari orang-orang terdekat mereka yang memiliki hubungan langsung dengan mereka (Kemenkes RI, 2016). Sumber infeksi pada anak sebagian besar berasal dari orang dewasa yang menularkannya di lingkungan terdekat (Rakhmawati et al., 2020). Hasil penelitian dari Halim, dkk (2015) diketahui bahwa anak-anak yang berusia kurang dari 5 tahun (balita) memiliki risiko tinggi terkena TBC karena sistem kekebalan tubuh mereka yang belum sempurna. Kondisi ini membuat balita rentan mengalami perkembangan infeksi yang disebut Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB) menjadi penyakit TBC.

Sejak tahun 2016, Indonesia telah memberikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) kepada kasus ILTB. TPT merupakan pengobatan yang diberikan kepada individu yang terinfeksi dengan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* dan berisiko mengalami TBC sebagai upaya pencegahan (Kemenkes RI, 2020). Dengan kata lain, TPT merupakan penanganan bagi pasien ILTB. ILTB pada anak perlu mendapatkan penanganan dikarenakan anak usia <5 tahun merupakan kelompok berisiko tinggi TBC laten menjadi TBC aktif (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Anak balita yang tinggal serumah dengan orang dewasa yang menderita TBC paru-paru lebih sering berada di dalam rumah, sehingga mereka memiliki waktu kontak yang lebih lama dengan orang yang terinfeksi dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih tua yang lebih banyak beraktivitas di luar rumah (Kemenkes RI, 2016). Oleh karena itu, balita yang tinggal serumah dengan penderita TBC perlu diberikan TPT. Jika balita dengan ILTB tidak diberikan TPT, maka bisa berkembang menjadi kasus TBC saat dewasa yang akan menjadi sumber penularan baru di masa depan (Permenkes RI, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 mengatur terapi pencegahan tuberkulosis bagi masyarakat:

- a. Anak usia dibawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien TBC aktif.
- b. Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa TBC.
- c. Populasi tertentu lainnya.

Pemberian TPT yang dilakukan selama 6 bulan atau lebih memiliki tingkat ketidakpatuhan yang tinggi. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan saat ini telah mengeluarkan program pengobatan pencegahan TBC yang memiliki lama pengobatan lebih singkat. Program ini memiliki tingkat efektivitas serta keamanan setara atau bahkan lebih baik daripada pemberian TPT selama 6 bulan (Prasetyo, 2019).

Saat ini, upaya pemberian TPT telah dilakukan dengan menggunakan rejimen jangka pendek. Rejimen ini terdiri dari dua pilihan, yaitu paduan Isoniazid-Rifampentine selama 3 bulan (3HP) dan paduan Isoniazid-Rifampisin selama 3 bulan (3HR) (Kemenkes RI, 2020).

Penanganan Infeksi Tuberkulosis pada Anak (ILTB) di Indonesia telah dilakukan melalui pemberian Program Pencegahan Infeksi pada Orang dengan HIV (PP INH) sejak tahun 2016 untuk anak-anak di bawah usia 5 tahun dan sejak tahun 2012 untuk Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Studi yang dilakukan di berbagai wilayah antara tahun 2012 hingga 2018 menunjukkan bahwa permasalahan yang dihadapi setiap tahun tetap sama, yaitu:

Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya PP INH.

Kekurangan kapasitas tenaga kesehatan dalam mendiagnosis dan memberikan PP INH.

Kekurangan fasilitas penunjang untuk pemeriksaan ILTB di layanan tersebut (Kemenkes RI, 2020)

Target capaian pemberian TPT menurut Kementerian Kesehatan RI (2020) adalah:

Cakupan pemberian TPT pada kontak serumah

Tahun 2020	: 149.034 orang (11%)
Tahun 2021	: 397.878 orang (29%)
Tahun 2022	: 652.103 orang (48%)
Tahun 2023	: 793.871 orang (56%)
Tahun 2024	: 929.170 orang (68%)

Cakupan pemberian TPT kontak serumah pada remaja dan dewasa (usia diatas 15 tahun)

Tahun 2020	: 99.811 orang (10%)
Tahun 2021	: 299.434 orang (30%)
Tahun 2022	: 498.466 orang (50%)
Tahun 2023	: 597.450 orang (60%)
Tahun 2024	: 696.197 orang (70%)

Cakupan pemberian TPT kontak serumah pada anak usia dibawah 5 tahun

Tahun 2020	: 49.222 orang (40%)
Tahun 2021	: 61.528 orang (50%)
Tahun 2022	: 79.891 orang (65%)
Tahun 2023	: 98.211 orang (80%)
Tahun 2024	: 110.356 orang (90%)

Cakupan pemberian TPT kontak serumah pada anak usia 5 – 14 tahun

Tahun 2021	: 36.917 orang (15%)
Tahun 2022	: 73.746 orang (30%)
Tahun 2023	: 98.211 orang (40%)
Tahun 2024	: 122.618 orang (50%)

Cakupan pemberian TPT pada ODHA

Tahun 2020	: 26.799 orang (35%)
Tahun 2021	: 35.418 orang (40%)
Tahun 2022	: 46.640 orang (45%)
Tahun 2023	: 63.245 orang (50%)
Tahun 2024	: 87.858 orang (55%)

Cakupan pemberian TPT pada kelompok risiko lainnya

Tahun 2020	: 13.553 orang (5%)
Tahun 2021	: 27.225 orang (10%)
Tahun 2022	: 54.972 orang (20%)
Tahun 2023	: 83.230 orang (30%)
Tahun 2024	: 111.986 orang (40%)

Data Laporan Global Tuberkulosis (2019), hanya 6.080 anak di bawah usia 5 tahun, atau sekitar 8,5%, yang menerima Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT). Salah satu masalah yang dihadapi dalam pemberian TPT adalah tingkat kepatuhannya yang masih rendah, serta kurangnya motivasi untuk menjalani terapi ini karena jangka waktu pengobatan yang lama. Sementara itu, target cakupan TPT untuk anak usia 0-5 tahun pada tahun 2022 di Indonesia adalah 65%, namun realisasi pencapaiannya masih sangat rendah, yaitu hanya 5,7%.

Data ini menunjukkan bahwa pemberian TPT di Indonesia masih jauh di bawah target yang ditetapkan (Kementerian Kesehatan, 2023). Pada tahun 2022, data menunjukkan bahwa capaian pemberian TPT untuk usia 0-5 tahun di Kabupaten Majene adalah sebesar 9,3%. Angka ini hanya mencapai 9,3% dari target nasional yang sebesar 65% (Dinkes Kab. Majene, 2023).

Penularan TBC dapat dikurangi pada kelompok berisiko, salah satunya adalah anak-anak yang tinggal serumah dengan pasien TBC. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) (Kemenkes RI, 2020). Kontak serumah yang berisiko tinggi tertular TBC memiliki prevalensi 3,9% pada anak di bawah 5 tahun dan 2,4% pada anak di atas 5 tahun. Insiden TBC pada kontak serumah paling tinggi dalam tahun pertama setelah paparan, namun akan menurun pada tahun-tahun berikutnya. Oleh karena itu, penting untuk memprioritaskan investigasi kontak dan memberikan TPT kepada kontak serumah (Salazar-Austin et al., 2022).

Pelaksanaan program TPT di Kabupaten Majene mengalami masalah. Selain rendahnya capaian TPT, terdapat juga kesenjangan dalam pemberian TPT di beberapa puskesmas. Berdasarkan analisis masalah terkait isu strategis TBC, rendahnya capaian program TPT disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah banyaknya orang tua yang menolak memberikan TPT kepada anak mereka karena menganggap anak mereka sehat dan tidak perlu menjalani pengobatan. Selain itu, sebagian besar orang tua juga enggan membawa anak mereka ke puskesmas untuk mendapatkan obat pencegahan, sehingga mereka tidak mengetahui tentang TPT atau obat pencegahan. Selain itu, belum semua fasilitas kesehatan menerapkan program TPT, dan komitmen petugas serta dukungan keluarga dalam pemberian TPT juga belum optimal.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pemberian terapi pencegahan tuberkulosis adalah perilaku. Perilaku ini mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan adalah hasil dari pemahaman seseorang setelah melakukan pengamatan terhadap suatu objek. Pengamatan ini melibatkan penggunaan panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan peraba (Triwibowo & Pusphandani, 2015).

Sikap (Attitude) mengacu pada respons batin seseorang terhadap suatu rangsangan atau objek, baik dari dalam maupun dari luar, yang tidak dapat terlihat secara langsung, tetapi harus diinterpretasikan melalui perilaku yang tersembunyi (Irwan, 2017).

Sikap adalah gambaran atau prakarsa seseorang tentang tindakan yang konkret. Namun, tidak selalu sikap ini dapat diwujudkan dalam tindakan, karena membutuhkan syarat tambahan seperti sarana atau prasarana. Sebagai contoh, untuk memastikan kesembuhan total pasien tuberkulosis, diperlukan adanya petugas PMO baik difasilitas kesehatan maupun di rumah pasien. Realisasi dari suatu sikap adalah menyadari dan mengimplementasikan tindakan tersebut (Muflihatin et al., 2018).

Perilaku merujuk pada tindakan-tindakan yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung, yang dipengaruhi oleh rangsangan yang

berasal dari dalam maupun luar individu. Dalam hal ini, perilaku pencegahan tuberkulosis mencakup tindakan-tindakan yang diambil oleh penderita TBC setiap hari untuk mencegah penyebaran penyakit ini. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku pencegahan TBC adalah melalui promosi kesehatan (Hutama et al., 2019).

Promosi kesehatan merupakan usaha untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Hal ini dilakukan dengan melibatkan masyarakat dalam proses pembelajaran dan kerjasama untuk saling membantu, serta mengembangkan kegiatan yang melibatkan sumber daya masyarakat. Selain itu, promosi kesehatan juga harus sesuai dengan nilai dan norma budaya yang berlaku di masyarakat serta didukung oleh kebijakan publik yang berorientasi pada kesehatan (Sunarsih. SST. et al., 2023).

Salah satu bentuk promosi kesehatan yang dapat dilakukan adalah dengan menyelenggarakan penyuluhan tentang pencegahan penularan tuberkulosis paru kepada keluarga. Media yang efektif untuk promosi kesehatan ini adalah melalui penggunaan media audio-visual (Hutagaol, 2021).

Audio-visual adalah sebuah media yang digunakan untuk menyampaikan pesan dengan menggunakan kombinasi audio dan visual. Media ini biasanya menggunakan video yang menampilkan gambar dan suara yang menarik perhatian. Media ini memberikan rangsangan bagi mata dan telinga, seperti menyajikan visual yang dinamis, dirancang dengan baik, dan telah dipersiapkan sebelumnya dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip dari psikologi, perilaku, dan kognitif (Salmiyenti et al., 2023).

Media video dipilih sebagai sarana promosi kesehatan karena efisien dan komprehensif dalam menyampaikan informasi, terutama melalui media sosial di smartphone. Video dapat dengan mudah dibagikan dan ditonton oleh banyak orang, sehingga pesan yang ingin disampaikan dapat mencapai audiens yang lebih luas (Leonita & Jalinus, 2018). Media leaflet dipilih sebagai media promosi kesehatan karena kepraktisannya yang memudahkan dibawa ke mana saja. Sebagai contoh, leaflet dapat dimasukkan ke dalam dompet dan dapat dibaca kapan saja ketika ingin dibaca kembali (Damayanti et al., 2017).

Efektivitas pendidikan kesehatan menggunakan media video terhadap pengetahuan pencegahan TBC paru pada siswa keperawatan di Wamena, ditemukan bahwa pendidikan kesehatan melalui media audio-visual lebih efektif dalam memberikan informasi tentang pencegahan TBC paru (Ruben et al., 2023). Pengaruh efektivitas media promosi kesehatan menggunakan leaflet dan video TOSS TBC terhadap tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Andalas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik media leaflet maupun video memiliki pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap TOSS TBC. Terutama, media video dianggap sebagai media yang paling efektif dalam mengkomunikasikan informasi kepada masyarakat (Putri et al., 2021).

Promosi kesehatan yang menggunakan media audiovisual lebih efektif daripada metode ceramah dalam meningkatkan pengetahuan anak-anak di sekolah dasar tentang penyakit TBC. Media audiovisual dinilai lebih baik dibandingkan metode ceramah (Trifitriana et al., 2020).

Idealnya, program terapi pencegahan TBC sebaiknya diterima dengan baik oleh masyarakat, terutama oleh keluarga yang memiliki kontak dengan penderita TBC. Namun, fakta menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat menolak TPT. Hal ini terbukti dengan adanya kesenjangan dalam tingkat keberhasilan pemberian TPT di Kabupaten Majene. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang “Pengaruh Promosi Kesehatan Melalui Media Audio-visual dan Media Leaflet Terhadap Perilaku Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis pada Balita di Kabupaten Majene”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh promosi kesehatan melalui media audio-visual dan leaflet terhadap perilaku pemberian terapi pencegahan tuberkulosis pada balita di Kabupaten Majene?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis pengaruh promosi kesehatan melalui media audio-visual dan leaflet terhadap perilaku pemberian terapi pencegahan tuberkulosis pada balita di Kabupaten Majene.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perbedaan pengetahuan ibu balita *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media audio-visual.
- b. Menganalisis perbedaan pengetahuan ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- c. Menganalisis perbedaan sikap ibu balita *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media audio-visual.
- d. Menganalisis perbedaan sikap ibu balita *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- e. Menganalisis perbedaan tindakan ibu balita *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media media audi-visual.
- f. Menganalisis perbedaan tindakan ibu balita *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- g. Menganalisis perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap pengetahuan ibu dalam pemberian TPT pada balita.
- h. Menganalisis perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap sikap ibu dalam pemberian TPT pada balita.
- i. Menganalisis perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap tindakan ibu dalam pemberian TPT pada balita.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam pengembangan program penanganan TBC pada balita terutama pengoptimalan pemberian TPT, sekaligus sebagai informasi dan referensi dalam pengambilan keputusan terkait program TPT untuk mencegah TBC pada anak khususnya balita.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan informasi terhadap masyarakat mengenai pentingnya pemberian terapi pencegahan tuberkulosis pada balita kontak serumah dengan penderita TBC.

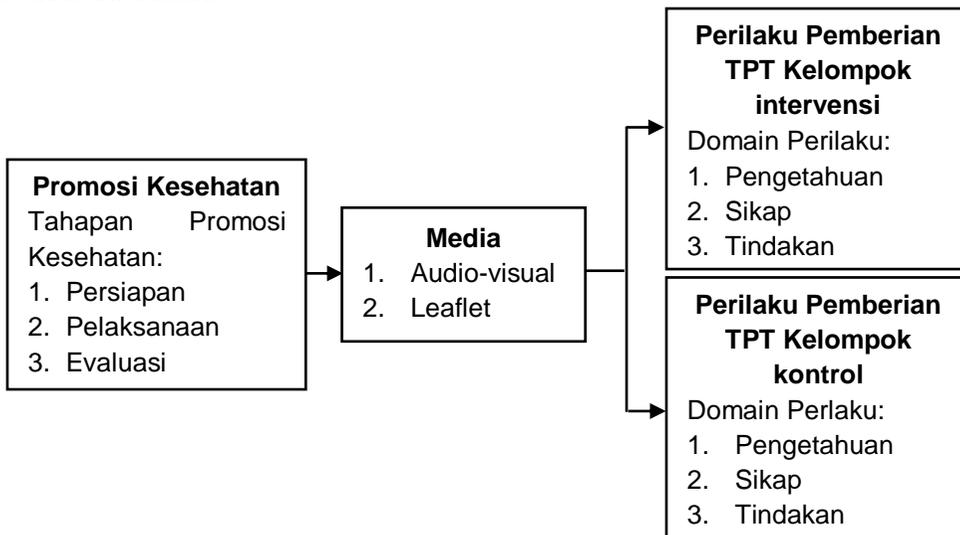
1.4.3 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi untuk pengembangan ilmu kesehatan masyarakat terutama terkait pencegahan TBC pada balita dengan pemberian TPT pada balita.

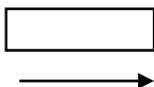
BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian, maka dihasilkan kerangka konsep penelitian ini adalah:



Keterangan:



□ : variabel yang diteliti

→ : dihubungkan yang diteliti

Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian

2.2 Hipotesis Penelitian

- 2.2.1 Ada perbedaan pengetahuan ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media audio-visual.
- 2.2.2 Ada perbedaan pengetahuan ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- 2.2.3 Ada perbedaan sikap ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media audio-visual.
- 2.2.4 Ada perbedaan sikap ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- 2.2.5 Ada perbedaan tindakan ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media audio-visual.
- 2.2.6 Ada perbedaan tindakan ibu *pre-test* dan *post-test* promosi kesehatan melalui media leaflet.
- 2.2.7 Ada perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan pada ibu dalam pemberian TPT pada Balita.

2.2.8 Ada perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap sikap pada ibu dalam pemberian TPT pada Balita.

2.2.9 Ada perbedaan antara media audio-visual dan leaflet terhadap tindakan pada ibu dalam pemberian TPT pada Balita.

2.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Media Promosi Kesehatan	Video tentang Pentingnya Pemberian TPT pada Balita. Video yang digunakan dikeluarkan oleh Dirjen P2P Kemenkes RI. Leaflet yang berisi informasi tentang pemberian TPT pada Balita yang disampaikan ke masyarakat luas. Leaflet yang digunakan dikeluarkan oleh Dirjen P2P Kemenkes RI		Kelompok Intervensi : Media Audiovisual. Kelompok Kontrol : Media Leaflet	
2	Pengetahuan	Pengetahuan orang tua atas segala sesuatu yang diketahui tentang TPT	Kuesioner. Yang terdiri dari 10 pertanyaan Benar = 1 Salah = 0	Hasil pengukuran dinyatakan score : 0 – 10	Interval
3	Sikap	Cara pandang orang tua mengenai pemberian TPT seperti bagaimana pentingnya TPT diberikan untuk pencegahan TBC pada balita.	Kuesioner Yang terdiri dari 8 pernyataan. Pernyataan positif 1. Sangat setuju (4) 2. Setuju (3) 3. Tidak setuju (2) 4. Sangat tidak setuju (1) Pernyataan negatif 1. Sangat setuju (1) 2. Setuju (2) 3. Tidak setuju (3) Sangat tidak setuju (4)	Hasil pengukuran dinyatakan score : 8 – 32	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
4	Tindakan	Tindakan reaktif yang dilakukan oleh orang tua/ibu sebagai respon terhadap pemberian TPT pada balita	Kuesioner Yang terdiri dari 8 pertanyaan Benar = 1 Salah = 0	Hasil pengukuran dinyatakan score : 0 – 8	Interval

2.4 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian eksperimen semu atau quasi eksperimen dengan desain kelompok kontrol *pre-test post-test*, yang bertujuan untuk menilai pengaruh perlakuan tertentu terhadap suatu variabel. Perlakuan ini dapat menyebabkan perubahan atau pengaruh terhadap variabel-variabel lainnya. Dalam penelitian ini, terdapat dua kelompok subjek yang diuji menggunakan *pre-test* dan *post-test*. Pengukuran pertama (*pre-test*) dilakukan pada kedua kelompok, baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Setelah itu, kelompok eksperimen diberikan perlakuan berupa penjelasan audio-visual tentang pemberian TPT pada balita, sementara kelompok kontrol diberikan media leaflet. Kemudian, dilakukan pengukuran kedua (*post-test*) pada minggu ke lima untuk kedua kelompok tersebut. Peneliti mengumpulkan data dengan merancang kerangka konsep terlebih dahulu, yang mencakup variabel-variabel yang akan diteliti dan didasarkan pada teori yang sudah ada. Untuk melakukan pengukuran variabel-variabel tersebut, harus memenuhi syarat-syarat yaitu *tangibility* (bukti fisik), *relibility* (kehandalan), *responsivenes* (daya tanggap), *asurance* (jaminan), dan *empaty* (kemampuan empati). Adapun rancangan penelitian ini sebagai berikut :

Tabel 2
Desain Penelitian *pre-test* dan *post-test*

Subjek	<i>Pre-test</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
Kelompok intervensi	O ₁	X ₁	O ₂
Kelompok Kontrol	O ₃	X ₂	O ₄

Keterangan :

- O₁ : Test awal pengetahuan, sikap dan tindakan kelompok intervensi
- O₂ : Test akhir pengetahuan, sikap dan tindakan kelompok intervensi
- O₃ : Test awal pengetahuan, sikap dan tindakan kelompok kontrol
- O₄ : Test akhir pengetahuan, sikap dan tindakan kelompok kontrol
- X₁ : Promosi kesehatan menggunakan media audio-visual + Penyuluhan kelompok intervensi
- X₂ : Pembagian media leaflet kelompok kontrol

Kegiatan yang dilakukan selama melakukan penelitian berdasarkan rancangan penelitian diatas adalah sebagai berikut:

1. Pada minggu pertama dan kedua peneliti mengumpulkan sampel penelitian baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.
2. Pemilihan sampel dilakukan baik pada kelompok intervensi maupun kontrol dilakukan selang seling setiap hari sampai sampel mencukupi dan mencatat nama setiap responden dan memisahkan baik kelompok intervensi dan kontrol untuk menghindari kontaminasi hasil intervensi.
3. O1 dan O3, *pre-test* dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Setiap responden pada awal sebelum dilakukan *pre test* melakukan *informed consent* serta melakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya.
4. X1 dan X2: memberikan intervensi pada masing-masing kelompok setelah melakukan *pre test*, kelompok eksperimen diberikan media audio-visual dan kelompok kontrol diberi media leaflet.
5. O2 dan O4, *post test* dilakukan pada kelompok intervensi dan kontrol pada minggu ke enam. Pengukuran dilakukan untuk mengetahui perubahan perilaku pada responden sebagai hasil adanya intervensi yang diberikan.

2.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

2.5.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Banggae I, Puskesmas Totoli, Puskesmas Banggae II, Puskesmas Lembang, Puskesmas Pamboang, Puskesmas Sendana I, Puskesmas Tammerodo dan Puskesmas Malunda.

2.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 8 Januari – 7 Maret 2024

2.6 Populasi dan Sampel

2.6.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah ibu dari anak balita yang tinggal serumah dengan penderita tuberkulosis di Kabupaten Majene periode Januari – Desember 2023 sebanyak 86 responden.

2.6.2 Sampel

Sampel penelitian ini merupakan populasi yang terpilih secara acak untuk menjadi subjek penelitian yaitu ibu dari anak balita yang tinggal serumah dengan penderita tuberkulosis di Puskesmas Banggae I, Puskesmas Totoli, Puskesmas Banggae II, Puskesmas Lembang, Puskesmas Pamboang, Puskesmas Sendana I, Puskesmas Tammerodo dan Puskesmas Malunda, dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu:

a. Kelompok Intervensi

Sampel kelompok eksperimen adalah sampel yang diberikan intervensi melalui media audio-visual.

b. Kelompok Kontrol

Sampel kelompok kontrol adalah sampel yang diberikan media leaflet.

2.6.3 Besar Sampel

Perhitungan sampel dengan menghitung jumlah populasi menggunakan rumus Lemeshow (1990) (Swarjana, 2022), sebagai berikut:

$$n = \frac{2 \sigma^2 (Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

n = Perkiraan jumlah sampel

σ = simpang baku (4,04)

$Z_{1-\alpha}$ = nilai Z pada derajat kepercayaan 95% (1,96)

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada kekuatan uji 80% (0,84)

$\mu_1 - \mu_2$ = beda rata-rata sikap diantara kedua intervensi yang dilakukan. Selisih nilai mean kelompok eksperimen dengan mean kelompok kontrol penelitian terdahulu (Salmiyenti et al., 2023) nilai mean *post-test* pengetahuan pada kelompok eksperimen 10,87 dan nilai mean *pre-test* pengetahuan pada kelompok eksperimen 8,07 (10,87-8,07 = 2,8).

Maka :

$$n = \frac{2 (4,04)^2 (1,96 + 0,84)^2}{(10,87 - 8,07)^2}$$

$$n = \frac{255,9227}{7,84}$$

$n = 32,6432$ dibulatkan menjadi 33 sampel

Jumlah sampel minimum yang diperoleh adalah 33 orang. Untuk mengantisipasi kemungkinan adanya drop out, peneliti menambahkan beberapa subjek tambahan untuk memenuhi sampel tersebut. Berikut ini adalah rumus yang digunakan (Sastroasmoro, 2016) :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel yang dihitung

f : Perkiraan proporsi *drop out* (10%)

Diketahui :

Proporsi *drop out* 10%

$$n' = \frac{n}{1-f} = \frac{33}{1-0,1} = \frac{33}{0,9} = 36,6 \text{ di bulatkan menjadi } 37 \text{ sampel}$$

Rumus tersebut memberikan jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini, yaitu 37 responden dalam kelompok intervensi dan 37 responden dalam kelompok kontrol. Sehingga, total jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 74 responden.

2.6.4 Teknik Penarikan Sampel

Teknik sampling dilakukan agar sampel yang diambil representatif, sehingga dapat menghasilkan informasi yang mencukupi untuk mengestimasi populasi. Dalam penelitian ini, digunakan teknik *proportional stratified random sampling*. Teknik ini melibatkan pengambilan sampel dari sub-sampel yang seimbang sesuai dengan proporsi sub-populasi. Dengan kata lain, sampel proporsional mencakup populasi yang terbagi dalam sub-populasi atau wilayah populasi, sehingga setiap sub-populasi diwakili oleh sampel (Abubakar, 2021). Teknik pengambilan sampel *proporsional stratified random sampling* digunakan untuk memastikan bahwa sampel yang diambil mewakili populasi secara keseluruhan. Jumlah sampel yang akan diambil dari setiap puskesmas ditentukan dengan menggunakan rumus berikut:

$$= \frac{\text{Jumlah populasi setiap puskesmas}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{Jumlah sampel}$$

Tabel 3

Pengambilan sampel dengan teknik acak proporsional

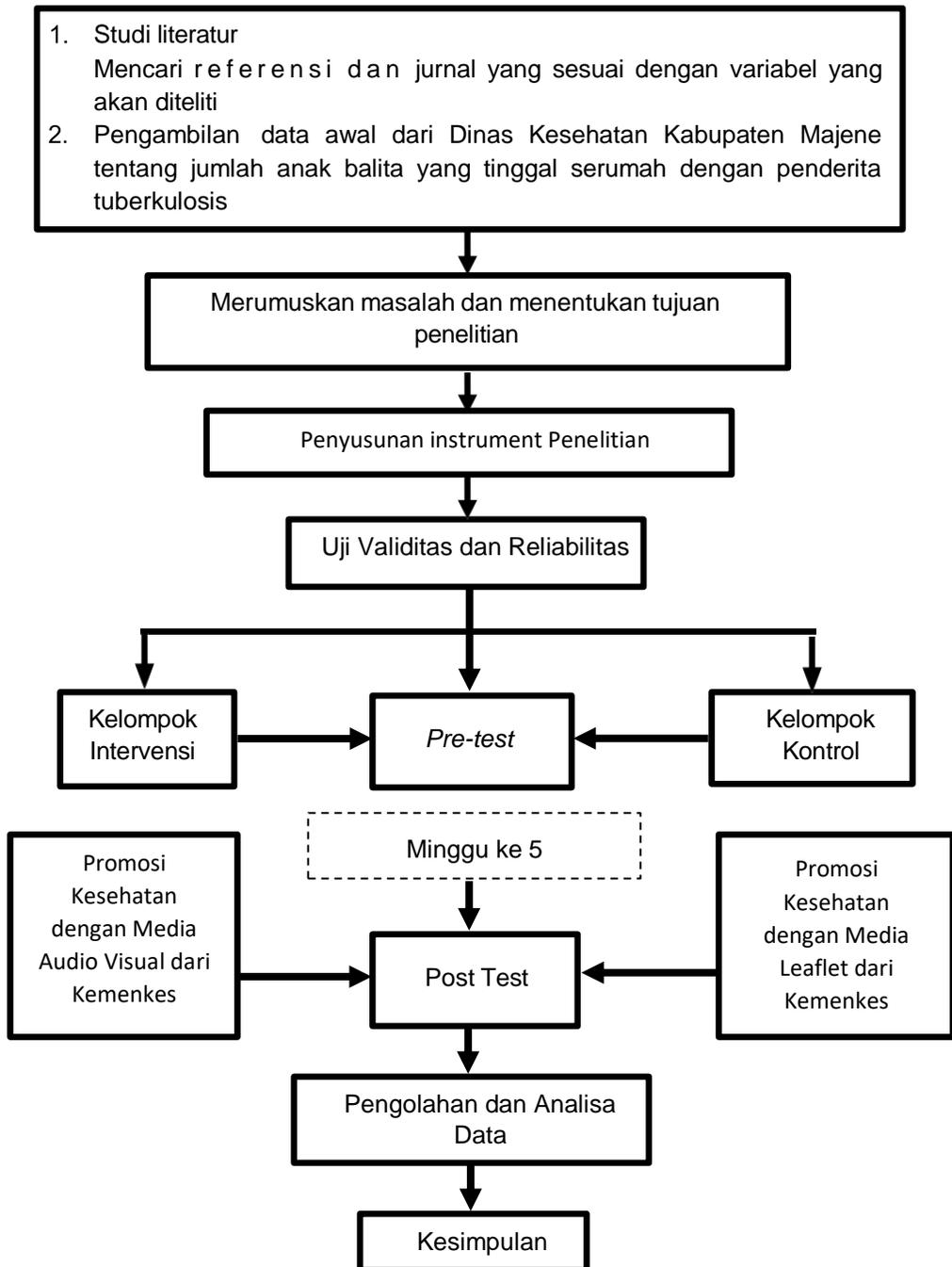
Puskesmas	Populasi Terjangkau	Jumlah Sampel
PKM Banggae I	14	$(14/86) \times 74 = 12$
PKM Banggae II	9	$(9/86) \times 74 = 8$
PKM Lembang	7	$(7/86) \times 74 = 6$
PKM Totoli	16	$(16/86) \times 74 = 14$
PKM Pamboang	14	$(14/86) \times 74 = 12$
PKM Sendana I	7	$(7/86) \times 74 = 6$
PKM Tammerodo	7	$(7/86) \times 74 = 6$
PKM Malunda	12	$(12/86) \times 74 = 10$
Jumlah	86	74 sampel

Sumber : Data Primer 2023

Pengambilan sampel secara undian dengan cara melakukan undian terhadap sampel. Langkah – langkah pengambilan sampel secara undian:

- Membuat daftar dari semua populasi penelitian.
- Memberi kode angka.
- Menuliskan kode tersebut padakertas kecil.
- Mengulung setiap kertas tersebut.
- Memasukkan kertas yang sudah di gulung tersebut kedalam sebuah wadah.
- Mengambil satu per satu gulungan tersebut.

2.7 Alur Penelitian



Gambar 2 Alur Penelitian

2.8 Pengumpulan Data

Sumber data mengacu pada segala hal yang dapat memberikan informasi tentang data. Berdasarkan sumbernya data dapat dibagi menjadi:

2.8.1 Data Primer

Data primer merupakan data khusus yang dibuat oleh peneliti untuk menyelesaikan permasalahan yang sedang ditanganinya. Peneliti secara langsung mengumpulkan data dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan. Data primer dalam penelitian diperoleh dari responden dengan mengisi kuesioner (*pre-test* dan *post-test*). Pengisian kuesioner dilakukan oleh peneliti dalam 2 tahap yaitu tahap 1 pada saat *pre-test* dan tahap 2 pada saat *post-test*.

2.8.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diambil dari berbagai sumber untuk dijadikan data terkait dengan penelitian yang sedang dilakukan. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah data laoproan SITB dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

2.9 Instrumen Penelitian

2.9.1 Alat pengukuran data

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner (*Kobo Collect*). Kuesioner yang digunakan berupa kuesioner *pre-test* dan *post-test*. Selain kuesioner, media audio-visual, dan leaflet juga merupakan instrument dalam penelitian yang berisi tentang terapi pencegahan tuberkulosis (TPT).

Bahan penelitian berupa video promosi kesehatan tentang terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada anak dari Kementerian Kesehatan RI. Adapun langkah – langkah yang dilakukan antara lain:

- a. Pada pemutaran video promosi kesehatan tentang terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada anak.
 - 1) Mengumpulkan sasaran kegiatan dalam suatu ruang pertemuan.
 - 2) Mempersiapkan keperluan seperti Laptop, proyektor dan sound system yang mendukung kegiatan pertemuan.
 - 3) Mengecek kesiapan sasaran yang diberikan edukasi.
 - 4) Memutarkan video promosi kesehatan melalui proyektor dan mengulang sebanyak 2 kali untuk meningkatkan penerimaan responden.



Sumber : Dirjen P2P Kemenkes RI, 2020

Gambar 3 Tangkapan Layar Video Promosi Kesehatan Tentang Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Anak

- b. Pemberian leaflet tentang terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada anak
 - 1) Responden yang diberikan leaflet diberikan penjelasan perorangan tentang isi materi yang tertera dalam leaflet.
 - 2) Pada akhir penjelasan menanyakan kembali kepada responden jika ada hal – hal yang tidak dipahami.





Sumber : Dirjen P2P Kemenkes RI, 2020

Gambar 4 Leaflet Promosi Kesehatan Tentang Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Anak

2.9.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner yang telah dibuat kemudian dilakukan pengujian di beberapa Puskesmas di Kabupaten Majene untuk melihat validitas dan reliabilitas kuesioner untuk variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Uji validitas kuesioner dilakukan untuk menilai sejauh mana kecermatan dan ketepatan alat ukur dalam menghasilkan fungsi ukurnya. Validitas, menurut Sugiyono (2018), mengindikasikan sejauh mana data yang dikumpulkan oleh peneliti mencerminkan data yang sebenarnya pada objek penelitian. Untuk mengukur validitas kuesioner penelitian ini, digunakan rumus *Pearson product moment* yang dijalankan dengan bantuan program komputer SPSS versi 21. Selanjutnya, untuk menentukan apakah suatu butir soal valid atau tidak, dilakukan perbandingan antara nilai r hitung dengan nilai r tabel. Jika nilai r hitung \geq nilai r tabel, maka butir soal dianggap valid. Namun, jika sebaliknya, butir soal tersebut dianggap tidak valid dan perlu direvisi atau dihilangkan.

Uji Validitas dilakukan untuk memastikan bahwa alat ukur dapat digunakan dengan akurasi dan untuk melihat korelasi antara skor setiap pertanyaan dengan skor total responden. Setelah uji validitas, langkah selanjutnya adalah uji reliabilitas dari setiap item pertanyaan. Langkah ini bertujuan untuk mengetahui seberapa dapat diandalkan hasil pengukuran. Metode yang digunakan untuk uji reliabilitas ini adalah metode *Cronbach Alpha*. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $>$ r tabel, maka semua pertanyaan dan pernyataan dianggap reliabel untuk digunakan.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di beberapa Puskesmas di Kabupaten Majene sebanyak 30 orang responden. Uji ini dilakukan pada

bulan Januari 2024 sebelum kuesioner diberikan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pengambilan keputusan pada nilai r hitung $>$ r tabel sebesar 0,361, untuk $df = 30 - 2 = 28$, $\alpha = 0.05$ maka item/pertanyaan tersebut valid dan reliabilitas.

Uji validitas hanya dilakukan 1 kali karena sudah menunjukkan hasil hitung yang reliabel. Adapun ringkasan hasil ujivaliditas sebagai berikut:

Tabel 4
Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

No Item	r Hitung	Sig.	r Tabel (30)	Keterangan
1	0,462	0,010	0,361	Valid
2	0,372	0,043	0,361	Valid
3	0,468	0,009	0,361	Valid
4	0,582	0,001	0,361	Valid
5	0,454	0,012	0,361	Valid
6	0,432	0,017	0,361	Valid
7	0,432	0,017	0,361	Valid
8	0,374	0,042	0,361	Valid
9	0,582	0,001	0,361	Valid
10	0,462	0,010	0,361	Valid

Sumber : Data Primer, 2024

Tabel 4, menunjukkan hasil bahwa nilai r hitung tertinggi pada variabel pengetahuan dari 10 pertanyaan menggunakan aplikasi IBM SPSS versi 21 adalah 0,582, sedangkan nilai terendah adalah 0,372. Hal ini menunjukkan bahwa nilai r hitung $>$ r tabel. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator yang digunakan dalam penelitian ini valid dan layak digunakan sebagai kuesioner untuk pengumpulan data penelitian.

Tabel 5
Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Pengetahuan

Cronbach's Alpha	N	Keterangan
0,588	10	Reliabel

Sumber : Data Primer, 2024

Tabel 5, menunjukkan hasil bahwa hasil uji reliabilitas dengan *Alpha Cronbach* adalah 0,588. Nilai ini menunjukkan bahwa reliabilitas butir-butir kuesioner ini cukup tinggi, lebih besar dari 0,361. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini dapat digunakan sebagai alat pengumpulan data dalam penelitian.

Tabel 6
Hasil Uji Validitas Kuesioner Sikap

No Item	r Hitung	Sig.	r Tabel (30)	Keterangan
1	0,396	0,030	0,361	Valid
2	0,463	0,010	0,361	Valid
3	0,482	0,007	0,361	Valid
4	0,464	0,010	0,361	Valid
5	0,396	0,030	0,361	Valid
6	0,542	0,002	0,361	Valid
7	0,384	0,036	0,361	Valid
8	0,489	0,006	0,361	Valid

Sumber : Data Primer, 2024

Tabel 6, menunjukkan hasil bahwa variabel sikap pada 8 pertanyaan dengan menggunakan aplikasi IBM SPSS versi 21. Hasilnya menunjukkan bahwa nilai r hitung tertinggi adalah 0,542 dan terendah adalah 0,384. Artinya, nilai r hitung lebih besar daripada r tabel. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator yang digunakan dalam penelitian ini valid dan layak sebagai kuesioner untuk pengumpulan data penelitian.

Tabel 7
Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Sikap

Cronbach's Alpha	N	Keterangan
0,422	8	Reliabel

Sumber : Data Primer, 2024

Berdasarkan Tabel 7, dapat diketahui bahwa hasil uji reliabilitas menggunakan *Alpha cronbach* adalah 0,422. Nilai Alpha cronbach ini lebih besar dari 0,361, yang menunjukkan bahwa butir-butir kuesioner memiliki reliabilitas yang cukup tinggi. Oleh karena itu, kuesioner ini dapat digunakan sebagai alat pengumpulan data dalam penelitian.

Tabel 8
Hasil Uji Validitas Kuesioner Tindakan

No Item	r Hitung	Sig.	r Tabel (30)	Keterangan
1	0,586	0,001	0,361	Valid
2	0,393	0,032	0,361	Valid
3	0,569	0,001	0,361	Valid
4	0,449	0,013	0,361	Valid
5	0,589	0,001	0,361	Valid
6	0,401	0,028	0,361	Valid
7	0,431	0,018	0,361	Valid
8	0,603	0,000	0,361	Valid

Sumber : Data Primer, 2024

Berdasarkan Tabel 8, terlihat bahwa nilai r hitung untuk variabel tindakan pada 8 pertanyaan menggunakan aplikasi IBM SPSS versi 21 memiliki nilai tertinggi 0,603 dan terendah 0,393. Hal ini menunjukkan bahwa

nilai r hitung $>$ r tabel. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator yang digunakan dalam penelitian ini valid dan dapat digunakan sebagai kuesioner dalam pengumpulan data penelitian.

Tabel 9
Hasil Uji Realibilitas Kuesioner Tindakan

Cronbach's Alpha	N	Keterangan
0,575	8	Reliabel

Sumber : Data Primer, 2024

Berdasarkan Tabel 9, dapat dilihat bahwa hasil uji reliabilitas dengan menggunakan *Alpha Cronbach* adalah 0.575. Angka ini menunjukkan bahwa nilai Alpha Cronbach lebih besar dari 0.361. Dari hasil pengujian ini, dapat disimpulkan bahwa butir-butir kuesioner ini memiliki reliabilitas yang cukup tinggi untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data dalam penelitian.

2.10 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan secara teratur dan sistematis oleh peneliti, dengan tujuan mencapai tujuan penelitian. Berikut ini adalah prosedur yang digunakan dalam penelitian:

2.10.1 Tahap Persiapan Penelitian

- Tahap persiapan dilakukan survey pendahuluan di Kabupaten Majene, penyusunan proposal dan penyusunan instrumen penelitian, pengurusan surat uji etik, pengurusan surat izin penelitian.
- Peneliti menyiapkan lembar permohonan menjadi responden, *informed consent*, dan lembar observasi.
- Peneliti mengurus surat izin uji validitas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Majene tanggal 2 Januari 2024.
- Pemilihan dan penetapan tenaga enumerator/asisten peneliti.
- Melakukan pertemuan langsung dengan dua enumerator/ asisten peneliti untuk membahas tanggal pelaksanaan uji validitas, kuesioner yang akan diuji, prosedur yang akan dilakukan selama uji validitas, dan prosedur selama pelaksanaan penelitian. Peran asisten peneliti adalah membantu dalam distribusi kuesioner, menjawab pertanyaan dari responden, dan membagikan *souvenir*.
- Peneliti telah melakukan uji validitas instrumen penelitian di beberapa Puskesmas di Kabupaten Majene pada tanggal 4 - 5 Januari 2024.
- Peneliti melakukan revisi pada kuesioner dengan menganalisis validitas dan reliabilitas pertanyaan-pertanyaannya, kemudian menyiapkan instrumen yang akan digunakan untuk penelitian.

2.10.2 Tahap Pengumpulan Data Penelitian

- Melakukan pengambilan data responden dari SITB periode Januari – Desember 2023.
- Pemilihan responden dengan cara melakukan undian untuk kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Masing – masing kkelompok memiliki responden sebanyak 37 responden.

2.10.3 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Tahapan pelaksanaan penelitian terdiri dari tiga tahap, yakni *pre-test*, intervensi, dan *post-test* untuk kelompok eksperimen. Sedangkan untuk kelompok kontrol, terdiri dari tiga tahap, yaitu *pre-test*, pembagian leaflet, dan *post-test*.

a. Kelompok Eksperimen

- 1) Saat mengunjungi rumah responden, kami akan memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian, serta memberikan surat permohonan menjadi responden dan *informed consent*. Selanjutnya, kami akan meminta responden untuk menandatangani surat kesediaan menjadi responden pada lembar *informed consent*.
- 2) Untuk melaksanakan *pre-test*, asisten peneliti membantu dengan membagikan kuesioner pengetahuan, sikap, dan tindakan kepada responden. Mereka juga meminta responden untuk mengisi kuesioner selama sekitar 30 menit. Setelah itu, asisten peneliti mengambil kembali kuesioner *pre-test* dan meminta responden untuk memastikan bahwa semua pertanyaan telah terisi dengan lengkap.
- 3) Peneliti memberikan video pemberian TPT pada balita dan meminta kepada responden untuk menonton video tersebut minimal 2 kali dalam seminggu.
- 4) Setelah semua responden mengisi kuesioner *pre-test* dilanjutkan pendidikan kesehatan berupa pemutaran video pemberian TPT pada balita serta penjelasan tentang pemberian TPT pada balita selama ± 45 menit.
- 5) Pertemuan dilakukan dengan responden dua minggu setelah intervensi pertama dengan proses dan metode yang sama. Pemberian jarak waktu antara intervensi dan *post-test* didasari pada Vaus (2005) dalam Salma dan Mardiana (2019) yang menyatakan bahwa jarak waktu antara intervensi dan *post-test* sangat tergantung dari teori dan penelitian sebelumnya, dan juga tergantung dari teori dan penelitian sebelumnya, dan juga tergantung dari memori yang diingat (*short term memory* atau *long term memory*). *Post-test* yang dilakukan untuk melihat *short term memory* dalam penelitian ini menggunakan jarak waktu setelah perlakuan diberikan (Salma & Mardiana, 2019).
- 6) Pada minggu kelima setelah intervensi pertama, dilakukan evaluasi akhir atau *post-test* selama sekitar 30 menit dengan menggunakan soal yang sama seperti pada *pre-test*. Setelah pelaksanaan *post-test*, asisten peneliti mengumpulkan kuesioner yang telah diisi dan memeriksa identitas dan jawaban responden untuk memastikan kelengkapannya. Selanjutnya, dilakukan sesi

tanya jawab antara responden dan peneliti selama sekitar 10 menit. Setelah itu, asisten peneliti membantu dalam pembagian souvenir kepada responden.

b. Kelompok Kontrol

- 1) Saat mengunjungi rumah responden, kami akan memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian, memberikan surat permohonan untuk menjadi responden, serta meminta responden untuk menandatangani surat kesediaan menjadi responden pada lembar *informed consent*.
- 2) Untuk melaksanakan *pre-test*, asisten peneliti membantu dengan membagikan kuesioner pengetahuan, sikap, dan tindakan kepada responden. Mereka juga meminta responden untuk mengerjakannya selama sekitar 30 menit. Setelah itu, asisten peneliti mengambil kembali kuesioner *pre-test* dan meminta responden untuk memastikan bahwa semua item pertanyaan terisi dengan lengkap.
- 3) Peneliti membagikan leaflet tentang pemberian TPT pada balita dan meminta kepada responden untuk membaca leaflet tersebut minimal 2 kali dalam seminggu.
- 4) Pada minggu kelima setelah pemberian leaflet, dilakukan evaluasi akhir atau *post-test* dengan menggunakan soal yang sama seperti pada *pre-test*. Evaluasi ini berlangsung selama sekitar 30 menit. Setelah *post-test* selesai, asisten peneliti mengupulkan kuesioner yang diisi oleh responden dan memeriksa kelengkapan identitas dan jawaban mereka. Kemudian, dilakukan diskusi antara responden dan peneliti selama sekitar 10 menit. Setelah itu, asisten peneliti membantu dalam pembagian souvenir kepada responden.

2.11 Pengolahan Data

Proses pengolahan data yang diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner dilakukan dalam beberapa langkah. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi yang akurat. Menurut Sastroasmoro (2016), langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

2.11.1 *Editing* data

Pada tahap ini, dilakukan pemeriksaan terhadap hasil pengambilan data yang telah dilakukan. Pemeriksaan ini mencakup pengecekan kebenaran dan kelengkapan pengisian kuesioner yang telah diberikan kepada responden.

2.11.2 *Coding* data

Tahap pengkodean ini dimulai dengan membuat daftar variabel, kemudian membuat daftar coding yang sesuai dengan daftar variabel yang telah dibuat. Tujuannya adalah untuk memberikan kode pada data agar memudahkan peneliti dalam memasukkan data.

2.11.3 *Entry data*

Tahap *entry* data adalah saat data dimasukkan. Sebelum melakukan tahap ini, langkah pertama adalah membuat program entry data pada program analisis yang digunakan. Program ini harus sesuai dengan variabel yang sedang diteliti, agar proses analisis hasil penelitian menjadi lebih mudah. Setelah itu, data yang telah dikumpulkan dari kuesioner dimasukkan ke dalam komputer menggunakan program entry data yang telah dibuat sebelumnya.

2.11.4 *Cleaning data*

Langkah selanjutnya setelah melakukan entry data adalah membersihkan data. Hal ini perlu dilakukan karena seringkali peneliti membuat kesalahan saat memasukkan data, baik karena kelelahan maupun kesalahan dalam membaca dan menyalin data coding. Oleh karena itu, perlu dilakukan proses pembersihan data atau perbaikan sebelum dilakukan analisis data.

2.11.5 Tabulasi data

Tahap ini melibatkan menyusun dan menghitung data hasil pengkodean berdasarkan kategori variabel. Data tersebut akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi (*one-way tabulation*) untuk analisis univariat, dan tabel silang (*two-way tabulation*) untuk analisis bivariat. Hasil analisis ini akan disertai dengan narasi atau penjelasan mengenai hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

2.12 Analisis Data

Data dianalisis menggunakan excel dan juga menggunakan program SPSS versi 21. Analisis data dilakukan dengan cara:

2.12.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh informasi tentang gambaran dan distribusi dari setiap variabel penelitian. Tujuan analisis univariat adalah untuk menggambarkan dan menjelaskan karakteristik dari setiap variabel yang diteliti, kemudian disajikan dalam bentuk presentasi umum dan khusus dalam laporan penelitian.

2.12.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk memeriksa pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan tingkat signifikansi (nilai alpha) sebesar 5%. Dalam penelitian ini, dilakukan uji untuk melihat perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistik yang harus memenuhi persyaratan berikut:

- a. Mengidentifikasi sampel apakah berpasangan atau tidak, dalam penelitian ini 2 (dua) sampel berpasangan dan 2 (dua) sampel tidak berpasangan dan pengukuran dilakukan sebelum dan setelah.

- b. Mengidentifikasi data dan termasuk data kategorik sehingga digunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks* dan *Mann-Withney* (Stang, 2018).

2.13 Penyajian Data

Penyajian data hasil penelitian dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan penyajian data dilakukan berdasarkan analisis univariat dan bivariat.

- 2.13.1 Analisis univariat disajikan dalam bentuk grafik dan tabel distribusi frekuensi serta penjelasannya.
- 2.13.2 Analisis bivariat disajikan dalam bentuk tabulasi antara variabel independen dan dependen serta penjelasannya.

2.14 Etika Penelitian

Penelitian ini telah dinyatakan lulus kaji etik FKM UNHAS dengan nomor surat keterangan persetujuan etik: 6541/UN4.14.1/TP.01.02/2023. Menurut Setiana & Nuraeni, (2018) etika dalam penelitian ini sebagai berikut :

2.14.1 *Informed consent*

Informed consent adalah informasi yang harus diberikan kepada responden agar mereka memahami tujuan penelitian, proses penelitian, dan dampaknya. Hal ini penting agar responden bisa memutuskan apakah mereka bersedia atau tidak untuk menjadi responden penelitian. Jika mereka bersedia, mereka perlu menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia, hak-hak responden harus dihormati.

Beberapa informasi yang terdapat dalam *informed consent* adalah sebagai berikut: partisipasi responden, tujuan tindakan atau penelitian, jenis data yang dibutuhkan, prosedur pelaksanaan, manfaat yang diperoleh, kerahasiaan, informasi kontak yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2.14.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika dalam penelitian adalah ketika nama responden tidak disebutkan dalam lembar alat ukur, tetapi hanya menggunakan nomor responden dalam lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

2.14.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Dalam penelitian, etika penting untuk menjaga kerahasiaan hasil penelitian, termasuk informasi dan masalah lainnya. Peneliti menjamin kerahasiaan semua informasi yang telah dikumpulkan, dan hanya data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian.