

DISKUSI DENGAN *LEAFLET* VERSUS CERAMAH DENGAN LEMBAR BALIK DALAM MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEYAKINAN WUS MENGENAI GAKI DI PERDESAAN ENDEMIK GAKI

Discussion with Leaflet Versus Lecture with Flip Chart in Improving Knowledge, Attitude and Belief of Childbearing Age About IDD in Rural Endemic to IDD

Cati Martiyana^{1*}, Emy Huriyati², Retna Siwi Padmawati³

¹Balai Litbangkes Magelang

Kapling Jayan, Borobudur, Magelang, Indonesia

²Departemen Gizi Kesehatan, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM

Jl. Farmako, Sekip Utara, DIY, Indonesia

³Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan dan Kedokteran, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan
Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM

Jl. Farmako, Sekip Utara, DIY, Indonesia

*e-mail: catimartiyana@gmail.com

Submitted: August 1st, 2018, revised: August 20th, 2018, approved: August 30th, 2018

ABSTRACT

Background. Iodine deficiency disorders (IDD) still occur in many countries. Pregnant women, infants, and toddlers are vulnerable groups of IDD. The need for iodine in pregnant women increases to 250 µg/day from 150 µg/day for fetal growth and development. Daily intake of iodine must be met in order not to cause adverse effects to mother or fetus such as abortion, stillbirth, developmental disorders of children and the worst impact is the birth of cretin. Women of childbearing age are potential targets of health education about IDD because it will give birth to a new generation. **Objective.** To find out the effect of the different method of health education on knowledge, attitudes and beliefs about IDD, the effectiveness of intervention media used, supporting and inhibiting factors of health education. **Method.** Quantitative quasi-experimental pre-test and post-test control group design supported qualitative data. Research in Wulung Gunung and Wonolelo Village, Sawangan Regency, Magelang District from March to June 2018. The experimental group was intervened by a discussion using leaflets while control group by lecture using flip chart. Total of 101 respondents chosen randomly corresponding to inclusion criteria was divided into two groups, experimental group (n = 54) and control group (n = 47). Quantitative data were analyzed by paired t-test, Wilcoxon test, unpaired t-test, and Mann Whitney, while the qualitative data were analyzed thematically. **Result.** There was an insignificant difference in the mean score of knowledge, attitudes, and beliefs after intervention on both discussions with leaflets and lectures with a flip chart. Supporting factors are methods, and media interventions that are considered attractive by participants, while inhibiting factor were not all participants active in the intervention process, and the surrounding environment may disrupt participants concentration. **Conclusion.** Method of discussions with leaflets and lectures with flip chart are equivalent in enhancing individual knowledge, attitudes, and beliefs, and both can be alternative health education regarding IDD in rural areas endemic to IDD.

Keywords: childbearing age, discussion, health education, IDD, iodine, lecture

ABSTRAK

Latar Belakang. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) masih terjadi di berbagai negara. Ibu hamil, bayi, dan balita adalah kelompok rentan GAKI. Kebutuhan iodium pada ibu hamil meningkat menjadi 250 µg/hari dari 150 µg/hari untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Asupan iodium harian tersebut harus terpenuhi agar tidak menimbulkan dampak buruk terhadap ibu atau janin diantaranya abortus, lahir mati, gangguan tumbuh kembang anak, dan dampak terburuk adalah lahir kretin. Wanita Usia Subur (WUS) merupakan sasaran potensial pendidikan kesehatan mengenai GAKI karena akan melahirkan generasi baru. **Tujuan.** Untuk mengetahui pengaruh perbedaan metode pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keyakinan WUS mengenai GAKI, efektivitas media intervensi yang digunakan, faktor pendukung, dan penghambat pelaksanaan pendidikan kesehatan. **Metode.** Jenis penelitian kuantitatif *quasi experimental pretest and post test control group design* dengan dukungan data kualitatif. Penelitian dilakukan di Desa Wulung Gunung dan Desa Wonolelo, Kecamatan Sawangan, Kabupaten Magelang pada bulan Maret sampai dengan Juni 2018. Kelompok eksperimen diintervensi dengan diskusi menggunakan *leaflet* sementara kelompok kontrol dengan ceramah menggunakan lembar balik. Sampel dipilih secara *simple random sampling*. Sebanyak 101 WUS yang sesuai dengan kriteria inklusi terbagi menjadi dua kelompok, kelompok eksperimen (n=54 orang) dan kelompok kontrol (n=47 orang). Data kuantitatif dianalisis dengan *t test* berpasangan, uji *Wilcoxon*, *t test* tidak berpasangan dan *Mann Whitney*, sementara data kualitatif dianalisis secara tematik. **Hasil.** Terdapat perbedaan rerata skor pengetahuan, sikap dan keyakinan yang tidak bermakna setelah intervensi antara kelompok diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik. Faktor pendukung adalah metode dan media intervensi yang dianggap menarik oleh peserta, sementara faktor penghambat adalah tidak semua peserta aktif dalam proses intervensi dan kondisi lingkungan sekitar yang dapat mengganggu konsentrasi peserta. **Kesimpulan.** Metode diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik setara dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keyakinan individu, dan keduanya dapat menjadi alternatif pendidikan kesehatan mengenai GAKI di wilayah perdesaan endemik GAKI.

Kata kunci: WUS, diskusi, pendidikan kesehatan, GAKI, iodium, ceramah

PENDAHULUAN

Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) terjadi karena seseorang kekurangan iodium secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, nilai median *Urinary Iodine Content* (UIC) pada WUS adalah 187 µg/L, ibu hamil 163 µg/L, dan ibu menyusui 164 µg/L, dengan masing-masing nilai median lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Selain itu, pada WUS (15–49 tahun) didapatkan risiko kekurangan iodium sebesar 22,1 persen, pada ibu hamil sebesar 24,3 persen dan pada ibu menyusui sebesar 23,9 persen.¹ Daerah pegunungan dan daerah berkapur identik sebagai representasi daerah kekurangan iodium. Kelompok rentan yang berisiko tinggi mengalami GAKI adalah ibu hamil, bayi, dan anak-anak.

Kekurangan iodium selama kehamilan dapat mengakibatkan terjadinya abortus, lahir mati, lahir kretin, peningkatan angka kematian perinatal dan angka kematian bayi, lahirnya bayi dengan defisiensi mental, mengganggu perkembangan neurologis janin, perkembangan otak janin, kerusakan psikomotor, dan hipotiroid.^{2,3} Prevalensi ibu hamil dengan UIC <150 µg/L lebih tinggi di daerah pegunungan daripada di dataran rendah.⁴ Kekurangan iodium pada ibu hamil juga terindikasi masih terjadi di bagian wilayah Rusia, Kamboja, Iran, dan Republik Yaman dengan median UIC <150 µg/L.⁵ Iodium dibutuhkan lebih banyak selama masa kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Berdasarkan rekomendasi UNICEF/ICCIDD/WHO, asupan iodium harian untuk anak usia 0-59 bulan adalah 90 µg, anak sekolah (6-12 tahun) adalah 120 µg, remaja (>12

tahun) dan dewasa 150 µg, ibu hamil dan ibu menyusui sebesar 250 µg.

Pengetahuan dan praktik yang buruk terkait asupan iodium di Australia karena kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai makanan sumber iodium dan dampak terhadap kekurangan asupan iodium akibat pendidikan kesehatan yang minim.⁶ Penelitian Garnweidner Holme *et al.* di wilayah Oslo, Norwegia mengungkapkan bahwa pengetahuan tentang pentingnya iodium dan sumber makanan kaya iodium pada wanita hamil dan menyusui kurang, sehingga diperlukan pendidikan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang iodium pada kelompok tersebut.⁷ Hambatan suksesnya eliminasi GAKI di berbagai negara karena faktor pengetahuan (tidak mengetahui GAKI, dampak GAKI dan pentingnya garam beriodium, tidak mengetahui iodium, dan sumber asupan iodium yang baik) dan pola makan (konsumsi pangan tinggi goitrogenik, rendahnya asupan makanan tinggi kandungan iodium dan suplemen mengandung iodium).⁷⁻⁹

Pendidikan kesehatan adalah cara penyampaian pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu untuk tujuan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku.¹⁰ Pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui metode pendekatan individual maupun kelompok. Pendekatan individual seperti konseling atau bimbingan dan pendekatan kelompok seperti ceramah dan diskusi. Diskusi dengan *leaflet* diketahui dapat meningkatkan pengetahuan lebih baik dibandingkan ceramah dengan *leaflet*.¹¹ Penelitian lain juga mendapati metode diskusi lebih baik dibandingkan metode ceramah dalam peningkatan rerata pengetahuan maupun ketrampilan.¹²⁻¹³

Flip chart atau lembar balik menjadi media penyuluhan ceramah oleh kader kesehatan di Posyandu dalam sebuah riset pemberdayaan masyarakat untuk penanggulangan GAKI di Kabupaten Wonosobo, Provinsi Jawa Tengah

pada tahun 2015-2016.¹⁴⁻¹⁵ Media bantu untuk pendidikan kesehatan beragam dapat berbasis cetak, elektronik, internet, dan sebagainya tergantung karakteristik sasaran intervensi. Media berbasis cetak seperti *leaflet* dan lembar balik diketahui efektif sebagai media intervensi, namun *leaflet* memiliki keunggulan mudah dan murah dalam distribusi.¹⁶⁻¹⁷ Media cetak dipilih sebagai media intervensi dalam penelitian ini dengan pertimbangan kepemilikan dan pemanfaatan alat komunikasi pribadi dan sarana prasarana di tingkat desa atau fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) berbasis teknologi tinggi belum merata digunakan di wilayah penelitian.

Metode ceramah dengan lembar balik digunakan sebagai intervensi standar, sementara diskusi dengan *leaflet* digunakan sebagai intervensi utama dalam penelitian ini. Peneliti membandingkan dua metode dan media yang berbeda (diskusi+*leaflet versus* ceramah+lembar balik) dengan mempertimbangkan keunggulan masing-masing metode dan media, yaitu metode diskusi lebih unggul dibandingkan dengan ceramah, sementara media *leaflet* memiliki keunggulan murah dan mudah dalam distribusi dibandingkan dengan lembar balik. Penelitian ini ingin mengetahui apakah diskusi+*leaflet* yang merupakan gabungan metode dan media yang dinilai lebih unggul akan lebih baik dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan WUS dibandingkan dengan ceramah+lembar balik.

Penentuan jenis metode dan media intervensi dalam penelitian ini telah diupayakan menyesuaikan dengan karakteristik sasaran, sehingga model edukasi GAKI yang diterapkan berbasis karakteristik lokal. Artikel ini merupakan bagian dari penelitian berjudul Pendidikan Kesehatan Mengenai GAKI terhadap WUS di Perdesaan Endemik GAKI yang bertujuan untuk membandingkan diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik dalam

meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan WUS terhadap GAKI.¹⁴

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif *quasi experimental pre-test and post-test control group design* dengan dukungan data kualitatif. Lokasi penelitian di Kecamatan Sawangan, Kabupaten Magelang. Pemilihan lokasi penelitian dengan pertimbangan Kecamatan Sawangan, Kabupaten Magelang merupakan daerah pegunungan dan daerah dengan riwayat endemik GAKI. Desa Wulung Gunung, Kecamatan Sawangan, Kabupaten Magelang dipilih sebagai kelompok eksperimen dengan pertimbangan ada riwayat kasus kretin di masa lalu, sementara Desa Wonolelo, Kecamatan Sawangan, Kabupaten Magelang yang dinilai memiliki karakteristik geografis dan sosial ekonomi serupa sebagai kelompok kontrol.

Penelitian dilakukan pada bulan Maret - Juni 2018. Sampel adalah WUS berusia ≥ 15 -45 tahun yang terpilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Pemilihan sampel dilakukan secara *simple random sampling*. Responden berusia 15-18 tahun yang belum menikah disertakan *informed consent* dari orang tuanya. Jumlah sampel minimum 40 orang per kelompok dengan menggunakan rumus *Lemeshow*. Kriteria inklusi meliputi: berdomisili di daerah penelitian, WUS berusia ≥ 15 -45 tahun, bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi meliputi: sedang mengalami sakit berat dan bekerja di luar daerah sehingga jarang pulang ke rumah. Responden dikeluarkan (*drop out*) jika tidak hadir saat intervensi dilakukan dan tidak berpartisipasi pada salah satu kegiatan: *pre test*, *post test* pertama atau *post test* kedua.

Kelompok eksperimen diberi intervensi diskusi dengan menggunakan *leaflet*, sementara kelompok kontrol diberi intervensi ceramah

dengan lembar balik. Materi *leaflet* dan lembar balik meliputi: pengertian iodium, sebab akibat kekurangan iodium pada ibu hamil dan janin, dan pencegahan GAKI. Lembar balik mengadopsi hasil penelitian terdahulu yang disusun ulang menjadi delapan halaman dengan ukuran 30 cm x 40 cm, sementara *leaflet* tipe lipat tiga bolak-balik dengan ukuran 21,59 cm x 27,94 cm disusun dengan konten mengacu pada lembar balik.¹⁴⁻¹⁵ *Pre test* dilaksanakan sesaat sebelum intervensi, *post test* pertama dilaksanakan sesaat (sekitar 5-15 menit) setelah intervensi, dan *post test* kedua dilaksanakan satu bulan setelah intervensi. Penelitian terdahulu mendapati dalam jangka waktu satu bulan setelah intervensi diketahui telah mengubah sikap dan keyakinan responden.¹⁸⁻¹⁹ Kegiatan *pre test* dan *post test* dilakukan di balai pertemuan warga dan rumah warga. Uji coba dilakukan terhadap metode dan media intervensi sebelum intervensi dilakukan.

Mekanisme Diskusi dengan *Leaflet*

Lokasi intervensi tersebar di lima titik yaitu: tiga kelompok diskusi di Dusun Glondong Dhuwur yang bertempat di Balai Desa, dua kelompok diskusi di Dusun Glondong Batur, satu kelompok diskusi di Dusun Glondong Blumbang, satu kelompok diskusi di Dusun Glondong Tengah, dan dua kelompok diskusi di Dusun Wulung masing-masing bertempat di rumah Kepala Dusun (*Bayan*). Jumlah peserta 6-8 orang per kelompok. Intervensi berlangsung selama sekitar 30-40 menit. Pelaksanaan intervensi dibagi menjadi sembilan kelompok diskusi. Pelaksanaan intervensi ini melibatkan tiga fasilitator yang memandu jalannya diskusi kelompok. Dua fasilitator adalah peneliti dari Balai Litbangkes Magelang dan satu mahasiswa S2 minat Gizi Klinis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK), Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Penyamaan persepsi terhadap materi GAKI telah dilakukan pada fasilitator sebelum

pelaksanaan intervensi. Proses intervensi dilakukan dengan membaca materi *leaflet* per bagian dan dilanjutkan dengan diskusi (bertanya dan berpendapat).

Mekanisme Ceramah dengan Lembar Balik

Ceramah terbagi menjadi tiga kelompok. Peserta terdiri atas 15-17 orang per kelompok di tiga lokasi, yaitu: di Dusun Wonolelo, Dusun Windusabrang, dan Dusun Sanden. Ketiga dusun dipilih dengan pertimbangan merupakan titik paling strategis yang dapat dijangkau oleh responden dalam penelitian ini. Narasumber pada pendidikan kesehatan ini adalah dosen gizi dari Universitas Aisyiah (UNISA) Yogyakarta.

Intervensi berlangsung selama sekitar 30 menit. Pelaksanaan intervensi dilakukan dengan cara mengumpulkan responden di rumah kader kesehatan. Proses intervensi dilakukan dengan penyampaian materi oleh narasumber dan sesi tanya jawab dilakukan setelah materi selesai disampaikan, namun peserta diperbolehkan bertanya langsung jika ada hal yang ingin diketahui saat ceramah berlangsung.

Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dan analisis *t test* berpasangan, uji *Wilcoxon*, *t test* tidak berpasangan, dan *Mann Whitney* dengan Stata 13 untuk data kuantitatif, dan analisis tematik untuk data kualitatif.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kelompok		<i>p</i>
	Intervensi (n=54)	Kontrol (n=47)	
Usia			
< 20 tahun	13 (24,07%)	5 (10,64%)	0,078*
≥ 20 tahun	41 (75,93%)	42(89,36%)	
Pendidikan terakhir			
Menengah	26 (48,15%)	26(55,32%)	0,472*
Rendah	28 (51,85%)	21(44,68%)	
Status Pernikahan			
Menikah	47 (87,04%)	44(93,62%)	0,269*
Belum Menikah	7 (12,96%)	3 (6,38%)	
Pekerjaan			
Swasta/ buruh	2 (3,70%)	2 (4,26%)	0,996*
Tani	41 (75,93%)	36(76,60%)	
Tidak bekerja	10 (18,52%)	8 (17,02%)	
Lainnya	1 (1,85%)	1 (2,13%)	
Pendapatan RT			
≥Rp. 1.500.000,-	11 (20,37%)	7 (14,89%)	0,445*
<Rp. 1.500.000,-	38(70,37%)	32(68,09%)	
Tidak tahu	5 (9,26%)	8 (17,02%)	

*uji chi square

Mayoritas responden berusia ≥20 tahun dan memiliki tingkat pendidikan SD dan SMP. Bertani menjadi pekerjaan utama sebagian besar

responden. Mayoritas responden telah menikah. Hasil analisis deskriptif karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

yang terdiri dari usia, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan pekerjaan menunjukkan kondisi yang relatif sama.

Karakteristik lainnya, sebesar 74,07 persen responden pada kelompok intervensi dan 70,21 persen responden pada kelompok kontrol telah menggunakan alat komunikasi pribadi (*handphone*). Lebih dari separuh responden memiliki *handphone* sendiri, dan sebagian kecil lainnya milik suami atau keluarga (bersama). Lebih dari separuh responden umumnya menggunakan *handphone* untuk telepon dan *Short Message Services* (SMS) dan kurang

dari separuh responden memanfaatkan untuk *whatsapp*, akses internet atau *facebook*. Sementara informasi atau edukasi yang diperoleh masyarakat di Fasyankes dan pemerintah desa atau masyarakat umumnya berbasis pertemuan langsung dan atau dengan media cetak. Oleh karena itu intervensi berupa pertemuan berbasis kelompok dengan pemanfaatan media cetak dalam penelitian ini relevan karena alat komunikasi pribadi dan sarana prasarana informasi atau edukasi berbasis teknologi tinggi di tingkat desa belum digunakan dan dimanfaatkan secara merata di wilayah penelitian.

Tabel 2. Hasil Uji Statistik Perbandingan Rerata Skor *Pre Test* Pengetahuan, Sikap dan Keyakinan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Intervensi

Variabel	Statistik	Kelompok		<i>p</i>
		Intervensi (n=54)	Kontrol (n=47)	
Pengetahuan	Median	3	2	0,025*
	Min-Maks	0-18	0-19	
Sikap	<i>Mean</i>	28,87	28,40	0,253**
	SD	3,50	3,49	
Keyakinan	<i>Mean</i>	28,52	28,00	0,196**
	SD	3,36	2,58	

* Uji *Mann Whitney*

** Uji *t* tidak berpasangan

Berdasarkan hasil analisis median (min-maks) skor *pre test* pengetahuan pada kelompok intervensi 3 (0-18), sedangkan pada kelompok kontrol 2 (0-19). Pada variabel pengetahuan nilai median digunakan karena data diketahui tidak terdistribusi normal. Hasil analisis statistik didapatkan nilai $p = 0,025 (<0,05)$, sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada rerata skor *pre test* pengetahuan antara kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rerata skor *pre test* sikap pada kelompok intervensi sebesar 28,87, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 28,40. Hasil analisis statistik diperoleh nilai $p = 0,253 (>0,05)$.

Rerata *pre test* skor keyakinan individu pada kelompok intervensi sebesar 28,52, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 28. Hasil analisis statistik diperoleh nilai $p = 0,196 (>0,05)$. Variabel sikap dan keyakinan dapat dinyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan pada skor rerata *pre test* antara kelompok intervensi dengan kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa *baseline* data variabel sikap dan keyakinan responden terhadap GAKI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol relatif sama sementara *baseline* data pengetahuan responden terhadap GAKI berbeda pada kedua kelompok.

Skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden terhadap GAKI pada kelompok intervensi dan kontrol diukur sebanyak tiga kali yaitu *pre test*, *post test 1*, dan *post test 2*. Pengukuran tersebut dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan pengetahuan, sikap,

dan keyakinan responden antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dan ada tidaknya perbedaan peningkatan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden pada masing-masing kelompok.

Tabel 3. Hasil Uji Statistik Skor Rerata *Pre Test*, *Post Test 1*, *Post Test 2* Pengetahuan, Sikap dan Keyakinan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Kelompok			
	Intervensi (n=54)		Kontrol (n=47)	
	Mean±SD	p	Mean ±SD	p
Pengetahuan				
Pre test	3(0-18)		2(0-19)	
Post test 1	16(9-24)	0,000*	15(8-22)	0,000*
Post test 2	15 (7-21)	0,000*	13(4-22)	0,000*
Sikap				
Pre test	28,87±3,50		28,40±3,49	
Post test 1	31,56±3,06	0,000**	31,53±3,55	0,000**
Post test 2	32,05±3,37	0,000**	31,17±3,38	0,000**
Keyakinan				
Pre test	28,52±3,36		28±2,58	
Post test 1	29,15±3,43	0,043**	29,04±3,16	0,005**
Post test 2	29,35±4,14	0,038**	28,32±3,18	0,237**

* Uji Wilcoxon

** Uji t berpasangan

Pengetahuan disajikan dalam median (min-maks)

Hasil pengukuran rerata skor *post test 1* dan *post test 2* pengetahuan, sikap, dan keyakinan pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa rerata skor pada ketiga variabel tersebut lebih tinggi daripada skor saat *pre test*. Secara statistik diperoleh nilai signifikansi $p=0,000$ ($p<0,05$) pada *pre test* ke *post test 1* dan *pre test* ke *post test 2* variabel pengetahuan dan sikap, sementara pada variabel keyakinan *pre test* ke *post test 1* $p=0,043$ ($p<0,05$), *pre test* ke *post test 2* $p=0,038$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat perbedaan bermakna rerata skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan dari *pre test* ke *post test 1* dan *pre test* ke *post test 2*.

Hasil pengukuran rerata skor *post test 1* dan *post test 2* pengetahuan, sikap, dan keyakinan

pada kelompok kontrol juga menunjukkan hasil yang sama, yaitu lebih tinggi daripada skor *pre test*. Secara statistik diperoleh nilai signifikansi $p=0,000$ ($p<0,05$) pada *pre test* ke *post test 1* dan *pre test* ke *post test 2* pada variabel pengetahuan dan sikap, yang berarti terdapat perbedaan bermakna skor pengetahuan dan sikap dari *pre test* ke *post test 1* dan *pre test* ke *post test 2*. Sedangkan pada variabel keyakinan secara statistik diperoleh nilai signifikansi sebesar $p=0,005$ ($p<0,05$) antara *pre test* ke *post test 1*, yang berarti terdapat perbedaan bermakna rerata skor keyakinan dari *pre test* ke *post test 1* dan $p=0,237$ ($p>0,05$) dari *pre test* ke *post test 2* yang berarti tidak terdapat perbedaan bermakna rerata skor keyakinan dari *pre test* ke *post test 2*.

Tabel 4. Hasil Uji Statistik Perbedaan Rerata Skor *Pre Test* dengan *Post Test 1* Pengetahuan, Sikap dan Keyakinan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Kelompok	Rata-rata	Selisih	95% CI	p-value
Pengetahuan	Intervensi	11,093	-0,631	1,053 – (-2,314)	0,771*
	Kontrol	11,723			
Sikap	Intervensi	2,685	-0,442	0,918 – (-1,802)	0,740*
	Kontrol	3,128			
Keyakinan	Intervensi	0,630	-0,413	0,630 – (-1,456)	0,783*
	Kontrol	1,043			

*uji t berpasangan

Rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap dan keyakinan responden dari *pre test* ke *post test 1* pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok intervensi. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan nilai rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden dari *pre test* ke *post test 1* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan nilai signifikansi berturut turut adalah $p=0,771$ untuk pengetahuan, $p=0,740$ untuk sikap, dan $p=0,783$ untuk keyakinan. Selisih rerata peningkatan pengetahuan, sikap,

dan keyakinan dari *pre test* ke *post test 1* antara kelompok intervensi dan kontrol berturut-turut adalah -0,631, -0,442 dan -0,413 yang menunjukkan bahwa selisih antara keduanya tidak signifikan dan nilai negatif menunjukkan bahwa peningkatan rerata pada ketiga variabel diukur lebih tinggi pada kelompok kontrol. Berdasarkan rerata peningkatan *pre test* ke *post test 1*, maka diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik setara dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden tentang GAKI.

Tabel 5. Hasil Uji Statistik Perbedaan Rerata Skor *Pre Test* dengan *Post Test 2* Pengetahuan, Sikap dan Keyakinan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Kelompok	Rata-rata	Selisih	95% CI	p-value
Pengetahuan	Intervensi	9,759	0,270	2,113 – (-1,573)	0,386
	Kontrol	9,489			
Sikap	Intervensi	3,185	0,419	1,799 – (-0,960)	0,274
	Kontrol	2,766			
Keyakinan	Intervensi	0,833	0,514	1,791 – (-0,762)	0,213
	Kontrol	0,320			

*uji t berpasangan

Rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden dari *pre test* ke *post test 2* pada kelompok intervensi lebih

tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Namun, analisis statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan nilai rata-

rata peningkatan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden dari *pre test* ke *post test* 2 antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan nilai signifikansi berturut turut adalah $p=0,386$ untuk pengetahuan, $p=0,274$ untuk sikap dan $p=0,213$ untuk keyakinan. Selisih rerata peningkatan pengetahuan, sikap, dan keyakinan dari *pre test* ke *post test* 2 antara kelompok intervensi dan kontrol berturut-turut adalah 0,270, 0,419, dan 0,514 yang menunjukkan bahwa selisih antara keduanya tidak signifikan dan nilai positif menunjukkan bahwa peningkatan rerata pada ketiga variabel diukur lebih tinggi pada kelompok intervensi. Berdasarkan rerata peningkatan *pre test* ke *post test* 2, diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik setara dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden tentang GAKI.

Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Intervensi

Seluruh responden menganggap bahwa diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik yang dilakukan menarik dan mudah dipahami. Alasan diskusi dengan *leaflet* menarik dan mudah dipahami karena penjelasan mudah dimengerti (59,18%), penyampaian pelan atau tidak terburu-buru (32,65%), dapat bertemu dengan teman-teman (6,12%) dan diskusi berlangsung hangat (2,04%), sementara pada ceramah dengan lembar balik karena penjelasan mudah dimengerti (64,29%), cara menyuluh bagus (14,29%), penyampaian pelan atau tidak terburu-buru (7,14%), ada media dengan gambar (7,14%), penyampaian lisan (3,57%) dan materi bagus atau menarik (3,57%).

“Ngriki ngoten nek onten ngoten niku mpun jelas, mpun ngertos, mboten panjang lebar, biasane nek sik panjang lebar niku nek ibuk-ibuk malah angel le nglebokke teng pikiran engel ngoten niku. Niki pun jelas. Ra ketang awake dewe sik cok lali (Artinya: Kalau di sini seperti itu sudah jelas, biasanya kalau

panjang lebar ibu-ibu malah susah masuk ke pikiran. Ini sudah jelas. Meski terkadang kami yang sering lupa)” (R/03/06/2018) – Ceramah dengan lembar balik

“Penyampaian sudah seperti kayak temene gitu loh mbak” (R/03/06/2018) – Diskusi dengan *leaflet*

“Yang menarik pas tanya jawabnya. Kalo kita lupa, *ngguyu* (tertawa), *nggak sepaneng* gitu loh (nggak tegang gitu loh)...gampang dicerna” (N/03/06/2018) –Diskusi dengan *leaflet*

Seluruh responden menyatakan belum pernah melihat media intervensi (*leaflet* atau lembar balik) yang digunakan dalam penelitian ini. Namun, sebanyak 76,92 persen responden pada kelompok intervensi dan 63,83 persen responden pada kelompok kontrol sudah pernah mendengar informasi terkait GAKI, yaitu gondok dan atau garam beriodium. Seluruh responden menyatakan bahwa media intervensi (*leaflet* atau lembar balik) yang digunakan sebagai media intervensi dalam penelitian ini menarik. Seluruh responden menilai bahwa pesan yang ingin disampaikan oleh *leaflet* mudah dipahami dan kata-kata pada *leaflet* dianggap sesuai dengan gambar yang ada. Sebanyak 5,56 persen responden tidak menyukai *leaflet* pada gambar akibat GAKI yang dianggap menakutkan. Sebanyak 3,70 persen responden menilai ada kata pada *leaflet* yang tidak dapat dimengerti meliputi kata kretin, goitrogenik, dan tiroid. Sebanyak 9,26 persen responden menilai ada kalimat pada *leaflet* yang tidak dapat dimengerti meliputi penghambat penyerapan iodium dan iodium berfungsi membentuk hormon tiroid. Namun, saat proses Diskusi Kelompok Terarah (DKT) setelah intervensi berlangsung, ada peserta yang dapat membantu memberikan jawaban terhadap sebagian kata yang dianggap sulit tersebut seperti kretin dan goitrogenik, sementara hormon tiroid diakui sebagai kata sulit tetapi sudah dijelaskan fasilitator saat proses intervensi berlangsung.

Seluruh responden pada kelompok kontrol menilai bahwa pesan yang ingin disampaikan oleh lembar balik mudah dipahami dan kata-kata pada lembar balik dianggap sesuai dengan gambar yang ada. Sebanyak 2,13 persen responden tidak menyukai lembar balik pada gambar akibat GAKI yang dianggap menakutkan. Sebanyak 14,89 persen responden menilai ada kata pada lembar balik yang tidak dapat dimengerti meliputi kata kretin dan goitrogenik. Ketika istilah goitrogenik digali lebih dalam, peserta dapat menyebutkan bahan makanan dan selain bahan makanan yang dapat menghambat penyerapan iodium serta mengidentifikasi tanda kretin seperti cebol dan idiot.

Berdasarkan hasil DKT juga diketahui peserta umumnya merespon baik pelaksanaan kegiatan intervensi diskusi dengan *leaflet* maupun ceramah dengan lembar balik. Pada beberapa titik pelaksanaan ceramah dengan lembar balik, peserta hadir tidak tepat waktu, sehingga membuat peserta ceramah lainnya menunggu sekitar 15-20 menit, namun peserta tetap tampak antusias. Sementara dari aspek waktu, tempat, dan narasumber dalam pelaksanaan intervensi dianggap sudah cukup baik oleh peserta. Namun, keberadaan bayi dan atau balita responden yang menangis, atau berlarian saat proses intervensi berlangsung dapat mengganggu konsentrasi peserta terutama pada kelompok diskusi dengan *leaflet*. Dalam amatan tim peneliti keaktifan peserta berpendapat masih kurang dalam kegiatan diskusi, sementara pada kegiatan ceramah tidak banyak peserta yang inisiatif bertanya kepada narasumber.

PEMBAHASAN

Diskusi dengan *Leaflet* Versus Ceramah dengan Lembar Balik

Terdapat perbedaan rerata peningkatan skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden antara *pre test* ke *post test* 1 yang

tidak bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol, tetapi selisih rerata peningkatan lebih tinggi pada kelompok kontrol. Hal ini dapat terjadi karena tingkat pendidikan pada kelompok kontrol (55,32%) dengan kategori menengah lebih banyak dibandingkan dengan kelompok intervensi (48,15%). Selain itu sebagian besar responden pada kelompok intervensi (76,92%) pernah mendengar istilah garam beriodium atau gondok di masa lalu lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol (63,83%) sehingga beberapa materi intervensi sudah diketahui dan kemungkinan tidak menambah pengetahuan baru responden di *post test* 1 pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik setara dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan terhadap GAKI, tetapi selisih rerata *pretest* ke *post test* 2 lebih tinggi pada diskusi dengan *leaflet*. Hal tersebut menunjukkan bahwa dalam jangka waktu yang lebih panjang diskusi dengan *leaflet* memiliki retensi pengetahuan, sikap, dan keyakinan yang lebih baik dibandingkan ceramah dengan lembar balik. Hal ini dapat terjadi karena ada kedekatan yang terbangun baik antara fasilitator dan peserta sehingga suasana diskusi cair dan materi dapat terserap lebih maksimal. Kedekatan antara fasilitator dan peserta dapat terbangun baik karena jumlah peserta sedikit dalam satu kelompok diskusi. Pada diskusi dengan *leaflet* ada juga pelibatan peran aktif peserta sepanjang proses intervensi.

Faktor kedekatan yang terbangun antara peserta dengan fasilitator dalam penelitian ini sama dengan temuan Huggins dan Stamatel yang menyebutkan bahwa efektivitas dalam pendidikan kesehatan berbasis kelompok diantaranya adalah interaksi dan umpan balik yang tinggi antara peserta dan fasilitator.²⁰ Selain itu, media *leaflet* dibawa pulang sehingga dapat dibaca kembali saat berada di rumah.

Pada ceramah dengan lembar balik, di akhir sesi ada ulasan yang melibatkan peran aktif peserta terhadap materi yang telah disampaikan narasumber. Hal ini juga dapat berpengaruh terhadap peningkatan rerata pengetahuan, sikap, dan keyakinan yang setara antara ceramah dengan lembar balik dan diskusi dengan *leaflet*.

Durasi waktu diskusi atau ceramah sebagai sebuah intervensi tergantung dari seberapa banyak pesan kesehatan yang ingin disampaikan. Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan keragaman durasi waktu diskusi atau ceramah antara 30-90 menit.²¹⁻²² Menurut peserta dalam penelitian ini waktu diskusi selama 30-40 menit dan ceramah selama sekitar 30 menit dinilai tidak membosankan dan cukup atau sesuai untuk memahami materi GAKI yang disampaikan. Menurut Hartono, keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya penggunaan media edukasi yang sesuai dengan sasaran, metode yang tepat, kemudahan peserta dalam menerima pesan, edukator, dan sumber daya yang memadai.²³ Materi pendidikan kesehatan pada penelitian ini meliputi: sebab akibat kekurangan iodium pada ibu hamil, pencegahan GAKI terkait sumber penghambat iodium oleh tubuh dan pemilihan, penyimpanan serta penggunaan garam beriodium. Dengan diberi materi tersebut peserta merasa memahami dan mengerti hal-hal berkaitan dengan GAKI, bersikap dan berkeyakinan positif terhadap upaya pencegahan GAKI. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendidikan kesehatan mengenai GAKI oleh Setyani *et al.* yang diketahui dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap WUS mengenai GAKI di Kecamatan Kepil, Kabupaten Wonosobo, Provinsi Jawa Tengah.¹⁸

Sebagian studi terdahulu yang membandingkan metode diskusi dan ceramah mendapati bahwa metode diskusi lebih efektif dalam proses pembelajaran dibanding dengan metode konvensional ceramah. Berbagai alasan

diantaranya adalah menuntut keaktifan peserta dalam diskusi, peningkatan proses berpikir, retensi informasi yang tinggi, dan keterampilan berkomunikasi.²⁴⁻²⁵ Penelitian Mualifah juga mendapati hal yang sama yaitu metode diskusi lebih efektif dibandingkan dengan ceramah dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap pra remaja menghadapi *menarche* yang diukur pada hari pertama, ketiga dan keempat belas setelah pendidikan kesehatan.²⁶ Namun, pada penelitian tersebut tidak menggunakan media intervensi seperti terdapat pada penelitian ini.

Keberadaan media intervensi juga menjadi faktor penting keberhasilan pesan mengenai GAKI dapat tersampaikan kepada peserta, selain karena pemilihan metode yang tepat. Dawyer dalam Yusup menyebutkan bahwa pada umumnya seseorang mampu mengingat 20 persen dari yang didengar, 30 persen dari yang dilihat dan 50 persen dari yang dilihat dan didengar.²⁷ Dengan kata lain seseorang dapat mengingat materi lebih banyak jika pendidikan kesehatan setidaknya terdiri atas gabungan satu metode dan satu media intervensi. Menurut Ludlow dan Panton jika media bantu digunakan secara tepat dapat menggugah minat, memperlihatkan secara visual hal yang sulit dijelaskan secara verbal, memusatkan pada poin-poin penting, dan memberikan kejelasan makna karena seluruh panca indera digunakan untuk menyerap materi yang dibahas.²⁸

Kedua jenis intervensi dianggap mudah dipahami dan menarik oleh peserta. Alasan diskusi dengan *leaflet* mudah dipahami karena penjelasan mudah dimengerti (59,18%), penyampaian pelan atau tidak terburu-buru (32,65%), dapat bertemu dengan teman-teman (6,12%), dan diskusi berlangsung hangat (2,04%), sementara ceramah dengan lembar balik mudah dipahami karena penjelasan mudah dimengerti (64,29%), cara penyuluhan bagus (14,29%), penyampaian pelan atau tidak terburu-buru (7,14%), ada media dengan

gambar (7,14%), penyampaian lisan (3,57%) dan materi bagus atau menarik (3,57%). *Leaflet* dan lembar balik dianggap menarik karena dilengkapi gambar disertai kalimat penjelasan.

Lebih lanjut, pada penelitian ini *leaflet* dan lembar balik efektif sebagai media intervensi diantaranya karena semua peserta pada kedua jenis intervensi menyatakan bahwa pesan yang ingin disampaikan *leaflet* dan lembar balik mudah dipahami, serta kata-kata dan gambar dianggap sesuai pada *leaflet* atau lembar balik. Namun, terdapat peserta yang tidak menyukai gambar "akibat GAKI" pada kedua media karena dianggap menakutkan, masing-masing sebesar 5,56 persen pada *leaflet* dan 2,13 persen pada lembar balik. Meskipun gambar tersebut dianggap menakutkan tetapi dinilai penting untuk ditampilkan dalam *leaflet* atau lembar balik agar pembaca jelas.

Terdapat istilah atau kata yang dianggap tidak dimengerti oleh peserta, meliputi kretin, goitrogenik, dan tiroid pada diskusi dengan *leaflet* sebesar 3,70 persen. Sementara pada ceramah dengan lembar balik kata yang teridentifikasi adalah kretin dan goitrogenik sebesar 14,89 persen. Kalimat pada *leaflet* yang tidak dapat dimengerti meliputi penghambat penyerapan iodium dan iodium berfungsi membentuk hormon tiroid sebesar 9,26 persen. Persentase terhadap kata atau kalimat yang tidak dimengerti relatif sedikit, selain itu berdasarkan penggalian kualitatif pesan pada setiap halaman *leaflet* termasuk istilah yang dianggap sulit dapat dijelaskan dengan menggunakan bahasa sendiri oleh peserta. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pesan yang ingin disampaikan pada peserta oleh *leaflet* dan lembar balik tercapai.

Pada penelitian ini, diskusi dengan *leaflet* memiliki retensi lebih baik dibandingkan dengan ceramah dengan lembar balik. Peran aktif peserta diskusi dengan *leaflet* diupayakan berlangsung sepanjang intervensi, sementara ceramah dengan lembar balik hanya di akhir

sesi saja ada ulasan yang melibatkan peran aktif peserta. Ada kedekatan antara fasilitator dan peserta sehingga suasana diskusi cair. Selain itu, media *leaflet* dibawa pulang sebagai media belajar di rumah. Sementara, keberhasilan kedua intervensi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan secara setara karena dipengaruhi peranan media pada kedua jenis intervensi yang disampaikan oleh fasilitator atau narasumber yang kompeten.

Pengetahuan, Sikap, dan Keyakinan

Tidak terdapat perbedaan peningkatan rerata skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol. Nilai rerata peningkatan skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan antara *pre test* dengan *post test* 1 lebih tinggi pada kelompok kontrol, sedangkan rerata peningkatan skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan antara *pre test* dengan *post test* 2 lebih tinggi pada kelompok intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa dalam jangka waktu yang lebih panjang diskusi dengan *leaflet* memiliki retensi pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan ceramah dengan lembar balik.

Retensi merupakan kemampuan untuk mengingat fakta dan informasi yang telah didapat sebelumnya. Temuan pada penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Raleigh *et al.* yaitu metode pelibatan peserta secara aktif dalam kelas dan simulasi terjadi peningkatan yang signifikan secara statistik dalam retensi pengetahuan dibandingkan dengan ceramah.²⁹ Begitu pula dengan penelitian Joshi *et al.* yang mendapati 15 hari setelah intervensi kapasitas retensi peserta pada diskusi kelompok lebih tinggi daripada ceramah.³⁰

Metode ceramah memberikan tingkat retensi pengetahuan terendah dari metode belajar lainnya dan berkontribusi paling rendah terhadap fungsi kognitif.³¹ Namun, ceramah dapat memberi pengaruh baik terhadap retensi

peserta, diantaranya jika dilakukan dengan cara sebagai berikut: memberdayakan peserta dan membuat mereka tetap fokus, melibatkan mereka, menggerakkan peserta dan membuat mereka bersedia mempelajari lebih lanjut tentang topik yang dibahas, memberikan wawasan baru dan merangsang pemikiran serta analisis, membuat orang berpikir dan memotivasi mereka untuk mengembangkan keterampilan baru.³² Ada upaya pelibatan secara aktif peserta untuk mengulas kembali poin penting materi yang disampaikan oleh narasumber di akhir sesi ceramah. Kegiatan mengulas kembali materi tersebut dapat berkontribusi terhadap peningkatan rerata pengetahuan, sikap, dan keyakinan yang setara antara diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik. Peserta masih dapat mengingat poin penting materi, terutama sesaat setelah intervensi.

Responden pernah mendengar atau mengetahui mengenai garam beriodium atau gondok, namun informasi yang mendalam terkait sebab, akibat, dampak, dan pencegahan GAKI umumnya belum diketahui oleh responden saat *pre test* dilakukan. Setelah intervensi, seluruh responden menyampaikan bahwa intervensi yang dilakukan menambah pengetahuan. Terdapat beberapa istilah yang dianggap sulit oleh responden seperti kretin, goitrogenik, dan tiroid tetapi berdasarkan penggalan data kualitatif peserta dapat menjelaskan istilah tersebut dengan kalimat mereka sendiri. Penelitian ini mendapati hasil yang berbeda dengan pendidikan kesehatan mengenai GAKI di India oleh Aruna *et al.* yang diketahui belum dapat meningkatkan pengetahuan secara maksimal terutama pada sumber bahan makanan iodium dan goitrogenik.³³ Pendidikan kesehatan pada penelitian ini sejalan dengan tujuan WHO dalam rangka meningkatkan *melek* kesehatan, yaitu pengetahuan, yang selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan keterampilan hidup untuk kesehatan individu dan masyarakat.³⁴

Hasil rerata sikap yang meningkat setelah intervensi pada penelitian ini sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap agar memudahkan terjadinya perilaku sehat.¹⁰ Temuan pada penelitian ini berbeda dengan penelitian Sembiring yang mendapati bahwa diskusi kelompok lebih efektif dibandingkan dengan ceramah dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS.³⁵ Hasil penelitian inipun berbeda dengan penelitian Santoso yang mendapati pendidikan kesehatan gigi dengan metode diskusi lebih efektif meningkatkan sikap pramurukti tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut serta kebersihan gigi usila dibandingkan dengan metode ceramah.³⁶

Keyakinan individu dalam konstruk *Health Belief Model* (HBM) dalam penelitian ini meliputi keseriusan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dan *self efficacy* yang dirasakan. Beberapa penelitian terdahulu yang mengukur variabel keyakinan individu menerapkan pendidikan kesehatan gabungan diantaranya ceramah dan diskusi kelompok dan atau tanya jawab/ demonstrasi, atau juga disertai media bantu. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendidikan kesehatan oleh Aligol *et al.* yang mendapati bahwa metode ceramah, tanya jawab, dan diskusi kelompok berbasis HBM dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan terhadap *brucellosis* sesaat dan satu bulan setelah intervensi.³⁷

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik setara dalam meningkatkan keyakinan responden terhadap GAKI, tetapi diskusi dengan *leaflet* memiliki peningkatan selisih rerata lebih tinggi pada *pretest* dengan *post test* 2. Hal ini menunjukkan bahwa dalam jangka waktu yang lebih panjang, diskusi dengan *leaflet* memiliki retensi keyakinan yang lebih baik dibandingkan dengan ceramah dengan lembar

balik. Meningkatnya pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden tentang GAKI dapat dipengaruhi oleh proses pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Azwar dan Hill yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan teoritis dan sikap.³⁸⁻³⁹ Hal tersebut tampak pada kelompok diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik yang mendapati peningkatan pengetahuan diikuti peningkatan sikap dan keyakinan setelah diberi intervensi. Dengan pendidikan kesehatan, pengetahuan dapat meningkat, dan memiliki dampak yang lebih kuat pada niat atau sikap, yang selanjutnya dapat berdampak pada keyakinan dan praktik.

KETERBATASAN

Pada penelitian ini terdapat keterbatasan yaitu: suasana lingkungan yang tidak kondusif karena sebagian responden membawa serta anak terutama pada kelompok diskusi, sehingga dapat mengganggu konsentrasi peserta diskusi. Wilayah penelitian pada kelompok kontrol (Desa Wonolelo) sangat luas, sehingga responden yang diundang sebagian kecil tidak hadir atau hadir tidak tepat waktu karena alasan lokasi pertemuan jauh dari tempat tinggal.

KESIMPULAN

Diskusi dengan *leaflet* setara dengan ceramah dengan media lembar balik dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan WUS mengenai GAKI, tetapi rerata skor pengetahuan, sikap, dan keyakinan responden pada *pre test* ke *post test* 2 lebih tinggi pada diskusi dengan *leaflet*.

SARAN

Diskusi dengan *leaflet* dan ceramah dengan lembar balik dapat menjadi metode pendidikan kesehatan mengenai GAKI di wilayah perdesaan endemik GAKI.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan yang telah memberikan dana pada penelitian ini. Terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang dan Puskesmas Sawangan 1, Kabupaten Magelang beserta jajarannya serta terima kasih juga diucapkan kepada seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI; 2013.
2. World Health Organization. *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination*. France: World Health Organization; 2007.
3. Zimmermann MB. The Effects of Iodine Deficiency in Pregnancy and Infancy. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2012;26(Suppl.1):108-17.
4. Rostami R, Beiranvend A, Nourooz-Zadeh J. Nutritional Iodine Status in Gestation and Its Relation to Geographic Features in Urmia County of Northwest Iran. *Food and Nutrition Bulletin*. 2012;33(4):267-72.
5. Iodine Global Network. Iodine Intakes are Borderline Adequate in War Torn Yemen. *IDD Newsletter*. 2017;45(3):3.
6. Mirmiran P, Nazeri P, Amiri P, Mehran L, Shakeri N, Azizi F. Iodine Nutrition Status and Knowledge, Attitude, and Behavior In Tehranian Women Following 2 Decades Without Public Education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2013;45(5):412-19.

7. Garnweidner-Holme L, Aakre I, Lilleengen AM, Brantsæter AL, Henjum S. Knowledge About Iodine in Pregnant and Lactating Women in The Oslo Area, Norway. *Nutrients*. 2017;9(5):1-11.
8. Charlton K, Yeatman H, Lucas C, Axford S, Gemming L, Houweling F. Poor Knowledge and Practices Related to Iodine Nutrition During Pregnancy and Lactation in Australian Women: Pre- and Post-Iodine Fortification. *Nutrients*. 2012;4:1317-27.
9. Elmani S, Charlton KE, Flood VM, Mullan J. Limited Knowledge About Folic Acid and Iodine Nutrition in Pregnant Women Reflected in Supplementation Practices. *Nutrition and Dietetics*. 2014;71(4):236-44.
10. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta; 2005.
11. Diyeni DS. Perbedaan Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Wanita tentang Menopause antara Cara Belajar Aktif Diskusi Kelompok dengan *Leaflet* Dibanding Metode Ceramah dengan *Leaflet* di Kompleks Solo Baru. Tesis. Surakarta: Program Pascasarjana Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret, 2010.
12. Arias A, Scott R, Peters OA, McClain E, Gluskin AH. Educational Outcomes of Small Group Discussion Versus Traditional Lecture Format in Dental Student's Learning and Skills Acquisition. *Journal of Dental Education*. 2015;80(4):459-65.
13. Sakiyah M, Jaji, Muharyani PW. Perbedaan Efektivitas Metode Diskusi dan Ceramah terhadap Pengetahuan Pekerja Tentang Alat Pelindung Diri (APD) di Bengkel Las Kelurahan Bukit Lama Palembang. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. 2015;2(2):115-23.
14. Martiyana C. Pendidikan Kesehatan Mengenai GAKI terhadap WUS di Perdesaan Daerah Endemik GAKI. Tesis. Yogyakarta: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, 2018.
15. Setyani A, Latifah L, Martiyana C, Riyanto S. Model *Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation* (ADDIE) untuk Pengembangan Media Edukasi Penanggulangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI). *Media Gizi Mikro Indonesia*. 2017;8(2):103-16.
16. Kawamata M, Kawasumi R, Tsuji F, Taniwaki N, Kawada T. Effects of Reading a Picture Leaflet on Rhythm for Enhancement of Morning Typed Life in Japanese Infants. *Psychology*. 2017;8:1621-41.
17. Sudo N. Characteristics of Educational Leaflets That Attract Pregnant Women. *Health Service Insights*. 2011;4:1-10.
18. Setyani A, Sudargo T, Tetra Dewi FS. Metode Komunikasi Persuasif sebagai Upaya Meningkatkan Sikap Wanita Usia Subur Tentang GAKI. *Media Gizi Mikro Indonesia*. 2014;5(2):97-110.
19. Shahnazi H, Sharifirad G, Hajimiri K, Hassanzadeh A. Effect of Mother's Education based on Health Belief Model (HBM) on 3-6 Years Old Children's Dental Plaque Index. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*. 2014;3(9):183-88.
20. Huggins CM, Stamatel JP. An Exploratory Study Comparing The Effectiveness of Lecturing Versus Team Based Learning. *Teaching Sociology*. 2015;43(3):227-35.
21. Jeihooni A, Hidarnia A, Kashfi SM, Ghasemi, Askari A. A Health Promotion Program based on The Health Belief Model Regarding Women's Osteoporosis. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*. 2016;1(1):7-16.
22. Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh MR, Hajinajaf S, Jarvandi F. Nutrition Education based on Health Belief Model Improves Dietary Calcium Intake among Female Students of Junior High Schools. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2014;32(3):420-29.

23. Hartono B. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
24. Hafezimoghadam P, Farahmand S, Farsi D, Zare M, Abbasi S. A Comparative Study of Lecture and Discussion Methods in The Education of Basic Life Support and Advanced Cardiovascular Life Support for Medical Students. *Tr J Emerg Med*. 2013;13(2):59-63.
25. Tabrizi A, Pourfeizi HH, Aslani H, Elmi AM, Tolouei FM, Taleb H, et al. Effect of Small Group Discussion in Residency Education Versus Conventional Education. *Research and Development in Medical Education*. 2016;5(1):47-9.
26. Mualifah L. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Diskusi Kelompok dan Ceramah terhadap Pengetahuan, Sikap Pra Remaja Menghadapi Menarche. Tesis. Yogyakarta: Program Pascasarjana Keperawatan Universitas Gadjah Mada, 2015.
27. Yusup PM. *Komunikasi Pendidikan dan Komunikasi Instruksional*. Bandung: Remaja Rosdakarya; 1990.
28. Ludlow R, Panton F. *The Essence of Effective Communication*. Yogyakarta: Andi; 2000.
29. Raleigh MF, Wilson GA, Moss DA, Reineke-Piper KA, Walden J, Fisher DJ, et al. Same Content, Different Methods: Comparing Lecture, Engaged Classroom, and Simulation. *Family Medicine*. 2018;50(2):100-5.
30. Joshi KP, Padugupati S, Robins M. Assessment of Educational Outcomes of Small Group Discussion Versus Traditional Lecture Format among Undergraduate Medical Students. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2018;5(7):2766-9.
31. DiPiro JT. Why Do We Still Lecture?. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2009;73(8): 1.
32. Azer SA, What Makes A Great Lecture? Use of Lectures in A Hybrid PBL Curriculum. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2009; 25(3):109-15.
33. Aruna RT, Sarojani JK, Bharati P, Uma SH. Impact of Education Intervention on Knowledge Regarding Iodine Deficiency Disorders. *Karnataka Agric J Sci*. 2013;26(1):31-4.
34. World Health Organization. *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Cairo: World Health Organization; 2012.
35. Sembiring NRS. Efektivitas Metode Diskusi dan Ceramah dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS di SMP N 10 Kota Pematangsiantar. Tesis. Medan: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2015.
36. Santoso B. Efektivitas Pendidikan Kesehatan Gigi antara Metode Ceramah dengan Metode Diskusi terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Pramurukti dalam Meningkatkan Kebersihan Gigi dan Mulut Usila: Kajian di Panti Wreda Elim dan Panti Wreda Pengayoman Semarang. Tesis. Yogyakarta: Program Pascasarjana Ilmu Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada, 2004.
37. Aligol M, Nasirdeh M, Bakhtiari MH, Eslami AA. The Effects of Education on Promoting Knowledge, Beliefs and Preventive Behaviors on Brucellosis among Women: Applying A Health Belief Model. *Jundishapur Journal Of Health Sciences*. 2014;6(2):343-49.
38. Azwar S. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2005.
39. Hill G, Arnett DB, Mauk E. Breast Feeding Intentions among Low Income Pregnant and Lactating Women. *American Journal of Health Behavior*. 2008;32:125-36.