

**PENGARUH PELAKSANAAN PELATIHAN KADER TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK
ROLE PLAY KADER DALAM MENEMUKAN TERDUGA
TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS MUARA
RAPAK KOTA BALIKPAPAN**

SKRIPSI



Di susun Oleh :

ARIANSYAH. MS

NIM : B21824305201

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

**PENGARUH PELAKSANAAN PELATIHAN KADER TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK
ROLE PLAY KADER DALAM MENEMUKAN TERDUGA
TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS MUARA
RAPAK KOTA BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
(S. Kep.)



**Di susun Oleh :
ARIANSYAH. MS
NIM : B21824305201**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENGARUH PELAKSANAAN PELATIHAN KADER TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK
ROLE PLAY KADER DALAM MENEMUKAN TERDUGA
TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS MUARA
RAPAK KOTA BALIKPAPAN**

SKRIPSI

**Di susun Oleh :
ARIANSYAH. MS
NIM : B21824305201**

Skripsi Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui

Tanggal

Pembimbing I

Pembimbing II

ITKES WHS

Ns. Siti Mukarommah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. Kom. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep.

NIK. 1130728209024

NIK. 1130728614071

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep, Sp. Kep. MB

NIK. 1141048816088

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ariansyah. MS

NIM : B21824305201

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Pengaruh Pelaksanaan Pelatihan Kader terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik *Role Play* Kader dalam Menemukan Terduga Tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Balikpapan, 15 Juli 2020

Yang membuat pernyataan

ITKES WHS

Ariansyah. MS

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH PELAKSANAAN PELATIHAN KADER TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK *ROLE PLAY* KADER DALAM
MENEMUKAN TERDUGA TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS MUARA
RAPAK KOTA BALIKPAPAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

ARIANSYAH. MS

NIM : B21824305201

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji
Pada tanggal 4 Agustus 2020

Penguji I

Ns. Abdurrahman, S. Kep., M. Kep.

NIK. 1141048519138

Penguji II

Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep., M. Kep.

NIK. 1141048311023

Penguji III

Ns. Siti Mukarommah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. Kom.

NIK. 1130728209024

Mengesahkan Mengetahui,

Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda Ketua Program Studi

Dr. Eka Ananta S., SE,MM, AK,CA

NIDN. 0021077202

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep. Sp. Kep. MB

NIK. 141048816088

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah Subhana Wata'ala dan Allahumma Sholli Ala Sayyidina Muhammad Wa Ala Ali Sayyidina Muhammad kepada Baginda Rasulullah Shallallahu'alaihi Wasallam. Dengan mengucap rasa syukur dan sholawat saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Pengaruh Pelaksanaan Pelatihan Kader terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Praktik *Role Play* Kader dalam Menemukan Terduga Tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan“. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) dalam program studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Fahmy Rosady, S. Kep. selaku Kepala Puskesmas Muara Rapak
3. Dr. Eka Ananta S., SE,MM, AK,CA. selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep, Sp. Kep. MB. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Dosen pembimbing II, dan Sekaligus sebagai Pembimbing Akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Ns. Siti Mukarommah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. Kom. selaku Dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Pemberi pijar pelita jasmaniyah pertama hidup ini kedua orang tuaku dan mertuaku tersayang yang selalu memberikan dukungan yang tidak terdeskripsi dan tanpa terbatas berkat RabbNya yang maha cinta.

7. Kekasih hati Eka Kurniati dan buah dari kekasih hati Andalusia Al Rushafa, terima kasih telah mengisi kekosongan hati ini dan menemani peneliti melangkah bersama menuju RabbNya yang maha setia.
8. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.
9. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu, Aamiin.

Balikpapan, 15 Juli 2020

Peneliti



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ariansyah. MS

Nim : B21824305201

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas hasil saya yang berjudul :

Pengaruh Pelaksanaan Pelatihan Kader terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Praktik *Role Play* Kader dalam Menemukan Terduga Tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 15 Juli 2020

Yang menyatakan

Ariansyah. MS

ABSTRAK

Pengaruh Pelaksanaan Pelatihan Kader terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik *Role Play* Kader dalam Menemukan Terduga Tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

Ariansyah. MS¹, Siti Mukarommah², Rusdi³

Email : mr.ariansyah.ms@gmail.com, sitimukaromah@stikeswhs.ac.id
rusdi@stikeswhs.ac.id

Latar Belakang : Angka kejadian tuberkulosis yang meningkat setiap tahun sedangkan penemuannya rendah, maka diperlukan peran lintas sektor, yaitu kader. Rendahnya kualitas kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat, maka diperlukan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader sebagai bagian dari orientasi realita di lapangan. **Tujuan :** Untuk menganalisis pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan. **Metode :** Penelitian ini menggunakan *quasi-ekperimental* dengan *one group pre dan post without control*. Subyek penelitian 36 kader tuberkulosis yang dipilih dengan kriteria inklusi. Instrumen menggunakan kuesioner pengetahuan dan sikap kader, dan lembar observasi praktik *role play* kader. Analisis data menggunakan uji T Berpasangan dengan tingkat signifikansi = 0,05. **Hasil :** Menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis, dengan nilai P = 0,000 pengetahuan, nilai P = 0,000 sikap, nilai P = 0,000 praktik *role play* kader sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan. **Kesimpulan :** Pelatihan kader dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* sebagai bagian dari orientasi realita di masyarakat dalam menemukan terduga tuberkulosis, oleh karena itu diperlukan pembinaan yang konsisten dan berkala dari puskesmas dan lintas sektoral.

Kata Kunci : Tuberkulosis, Kader, Pelatihan, Pengetahuan, Sikap, Praktik, *Role Play*

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

The Effect of Cadre Training Implementation on Increasing Knowledge, Attitudes and Practices of Cadre *Role Play* in Finding Suspected Tuberculosis at Puskesmas Muara Rapak, Balikpapan City

Ariansyah. MS¹, Siti Mukarommah², Rusdi³

Email : mr.ariansyah.ms@gmail.com , sitimukaromah@stikeswhs.ac.id
rusdi@stikeswhs.ac.id

Background: The incidence of tuberculosis is increasing every year while the findings are low , so cross-sectoral roles , namely cadres , are needed . The low quality of cadres in finding unexpected tuberculosis in the community , then the necessary training to improve knowledge, attitude and practice *Roley play* cadres as any part of the orientation of the reality on the ground . **Objective :** To analyze knowledge, attitudes and practice of *role play* cadres in finding tuberculosis suspects before and after the training. **Methods:** Penelitian using *quasi-* experimental with *one group pre* and *post without control* . The research subjects were 36 tuberculosis cadres who were selected with inclusion criteria. The instructions used a questionnaire on the knowledge and attitudes of the cadres , and the observation sheet for the *role playing of cadres* . Data analysis used T Pairwise dengan = 0.05 significance level . **Results:** Menunjukkan there is significant cadre training to increase the knowledge, attitude and practice *role play* cadres in finding unexpected tuberculosis, with P = 0.000 knowledge, P = 0.000 attitudes, values P = 0.000 practice *role play* cadre before and after getting training. **Conclusion:** Cadre training can increase knowledge, attitudes, and practice *role play* as part of reality orientation in the community in finding tuberculosis suspects, therefore consistent and periodic guidance is required from health centers and across sectors

Keywords: Tuberculosis, Cadre, Training, Knowledge, Attitude, Practice, *Role Play*

¹ Student of the nursing study program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Lecturer at the Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Lecturer at the Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSYARATAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Penelitian Terkait.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Telaah Pustaka.....	10
1. Tuberkulosis.....	10
2. Pelatihan.....	19
3. Kader.....	22
4. Pengetahuan.....	23
5. Sikap.....	27
6. Praktik <i>Role Play</i>	30
7. Teori Precede-Procede Lawrence Green.....	28
B. Kerangka Teori Penelitian.....	35
C. Hipotesis.....	36
BAB III METODE PENELITIAN.....	37
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	37
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	37
C. Populasi Dan Sampel.....	38
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	40
E. Lokasi dan waktu Penelitian.....	41
F. Sumber Data dan Instrumen penelitian.....	41
G. Uji Instrumen.....	44
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	47
I. Analisa Data.....	49
J. Etika Penelitian.....	53
K. Alur Penelitian.....	55

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	56
B. Hasil Penelitian.....	57
C. Pembahasan	60
BAB V PENUTUP	
Kesimpulan	78
Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	40
Table 3.2 Kisi-kisi pertanyaan pengetahuan	43
Table 3.3 Kisi-Kisi Pertanyaan Sikap Kader Tuberkulosis	44
Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak tahun 2020	57
Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak tahun 2020	57
Tabel 4.3 Pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader di Puskesmas Muara Rapak tahun 2020	58
Tabel 4.4 Sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader di Puskesmas Muara Rapak tahun 2020	59
Tabel 4.5 Praktik <i>role play</i> kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader di Puskesmas Muara Rapak tahun 2020	60



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Teori Precede-Procede.....	34
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	35
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	37
Skema 3.2 Alur Penelitian.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat izin melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan
- Lampiran 2 : Surat izin melakukan uji Validitas dan reliabilitas di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan
- Lampiran 3 : Surat izin melakukan penelitian di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan
- Lampiran 4 : Modul pelatihan kader tuberkulosis
- Lampiran 5 : Lembar persetujuan responden
- Lampiran 6 : Instrumen penelitian kuesioner pengetahuan dan sikap, dan lembar observasi praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis
- Lampiran 7 : Hasil uji validitas dan reliabilitas
- Lampiran 8 : Hasil tabulasi data
- Lampiran 9 : Hasil uji normalitas data
- Lampiran 10 : Hasil Analisa Data
- Lampiran 11 : Dokumentasi kegiatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang ditularkan melalui percikan dahak penderita tuberkulosis melalui bersin atau batuk, dalam sekali bersin atau batuk dapat mengeluarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei* / percik renik) sebanyak 3.000 percikan. Tuberkulosis khususnya menyerang paru dan disebut TB paru, namun dapat juga menyerang organ lain seperti meninges, ginjal, tulang, usus, pleura, alat kemih dan saluran kencing serta nodus limfe yang disebut dengan TB ekstra paru.

Tuberkulosis sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia meskipun upaya penanggulangan tuberkulosis telah dilaksanakan sejak tahun 1995 (Kemenkes, 2016). Sepertiga dari populasi dunia sudah tertular dengan tuberkulosis dimana sebagian besar penderita tuberkulosis adalah usia produktif (15-55 tahun). Hal ini menyebabkan kesehatan yang buruk di antara jutaan orang setiap tahun dan menjadi penyebab utama kedua kematian dari penyakit menular diseluruh dunia (WHO, 2018).

Indonesia merupakan negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi ketiga di dunia, setelah India dan Tiongkok (WHO, 2019). Indonesia pada tahun 2017 Jumlah seluruh penderita tuberkulosis sebesar 360.770 penderita dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 42,8 % dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 167 per 100.000 penduduk (Pusdatin, 2017). Sedangkan pada tahun 2018 Jumlah seluruh kasus tuberkulosis 511.783 penderita dengan *Case Detection Rate* (CDR) 44,8% dan *Case Notification Rate* (CNR) 175 per 100.000 penduduk (Pusdatin, 2018). Prevalensi tuberkulosis diperkirakan pada tahun 2019 sebesar 245 per 100.000 penduduk (Infodatin, 2018).

Kalimantan Timur tahun 2017 penemuan seluruh kasus tuberkulosis sebesar 5.883 dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 37,9 %, dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 174 per 100.000 penduduk sedangkan pada tahun 2018 penemuan seluruh kasus tuberkulosis sebesar 511.783 dengan *Case*

Detection Rate (CDR) sebesar 44,2 %, dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 175 per 100.000 penduduk. Seluruh Kabupaten/Kota di Kalimantan Timur hasil penemuan tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis di Balikpapan sebesar 525 kasus menempati urutan kedua setelah Samarinda sebesar 636 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan, 2018).

Puskesmas Muara Rapak pada tahun 2017 menemukan kasus seluruh penderita tuberkulosis sebanyak 45 penderita, dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 97,8 %, dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 14 per 10.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2018 penemuan seluruh kasus penderita tuberkulosis sebanyak 41 penderita, dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 34,1 %, dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 13 per 10.000 penduduk. Dan pada tahun 2019 penemuan seluruh kasus penderita tuberkulosis sebanyak 51 penderita, dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 44 %, dan *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 17 per 10.000 penduduk. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan jumlah kasus, *Case Detection Rate* (CDR), dan *Case Notification Rate* (CNR). Hal ini menunjukkan banyaknya angka kasus kejadian tuberkulosis yang meningkat setiap tahunnya dan masih banyaknya penderita tuberkulosis yang belum ditemukan. Salah satu penyebab masih rendahnya penemuan terduga tuberkulosis adalah rendahnya pengetahuan, sikap dan perilaku kader dalam penemuan terduga tuberkulosis (Aderita & Chotimah, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Sandha & Sari (2017) di Kecamatan Babendam Bali mengenai pengetahuan anggota kelompok masyarakat tentang faktor risiko dan penyebab tuberkulosis didapatkan sebanyak 84,7% berpengetahuan kurang baik dan 15,3% memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan tentang cara penularan didapatkan 50% memiliki pengetahuan baik dan 50% memiliki pengetahuan rendah. Pengetahuan tentang tanda dan gejala TB didapatkan 54,1% memiliki pengetahuan baik dan 45,9% memiliki pengetahuan kurang baik. Penelitian lain yang dilakukan oleh Badar, Amiruddin, Setiadi, & Rahman, (2018) di Kelurahan Lempake Samarinda Utara mengungkapkan anggota kelompok masyarakat berpengetahuan kurang baik tentang tuberkulosis sebesar 53,3% dan 46,7% berpengetahuan kurang

baik, sedangkan sikap anggota kelompok masyarakat kurang baik sebesar 66,7% dan 33,3% bersikap baik. Penelitian tentang praktik yang dilakukan oleh Badar, dkk tahun 2018 mengungkapkan bahwa 43,3% praktik kader tuberkulosis baik, dan 56,7% praktik kader tuberkulosis kurang baik dalam hal menemukan, mencatat, melaporkan dan merujuk terduga tuberkulosis ke Puskesmas.

Meningkatnya angka kejadian tuberkulosis setiap tahunnya dan masih banyaknya penderita yang belum ditemukan ini memberikan dampak penularan dimasyarakat baik secara sadar maupun tidak sadar. Penularan tuberkulosis ini ditularkan oleh penderita tuberkulosis primer maupun tuberkulosis laten yang dalam beberapa bulan dan tahun kedepan akan teraktivasi menjadi aktif. Jumlahnya kurang lebih 5% - 10% tuberkulosis laten yang menjadi tuberkulosis aktif. Hal ini menjadi fokus kader dalam menemukan sejak dini terduga tuberkulosis yang primer maupun tuberkulosis laten penderita primer dan laten tidak aktif menularkan di masyarakat (Kambuno, Senge, Djuma, & Barung, 2019)

Penderita tuberkulosis yang telah ditemukan semakin meningkat jumlahnya setiap tahun maka akan memberikan dampak dampak sosial dan ekonomi penderita dan keluarga karena sebagian besar penderita tuberkulosis terjadi pada kelompok usia produktif, yaitu 15 sampai 55 tahun sehingga hilangnya kesempatan dan berkurangnya hari produktif, sehingga menurunnya pendapatan penderita yang akan berpengaruh terhadap perekonomian keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Keluarga yang banyak menghabiskan waktu untuk merawat penderita tuberkulosis yang sakit mengakibatkan berkurangnya interaksi sosial dengan masyarakat disekitar. Penemuan terduga tuberkulosis secara dini dapat mencegah dampak sosial ekonomi penderita dan keluarga (Nurjana, 2015).

Seiring belum tercapainya target penemuan terduga tuberkulosis dan mengatasi persebaran kasus tuberkulosis maka pemerintah memberikan otonomi kepada Kabupaten/Kota melalui strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shourcourse*) dengan *active case finding* yang difokuskan pada penemuan, sejauh ini terbukti belum berjalan optimal. Masalah ini memerlukan

kerjasama lintas sektor dengan fasilitas pelayanan kesehatan dan organisasi yang berbasis masyarakat seperti lembaga swadaya masyarakat kelompok pendukung yang turut aktif dalam mendukung strategi *Global Stop tuberculosis Partnership* (Anisah, Kusumawati, & Kirwono, 2017). Salah satu dari kelompok pendukung penemuan berbasis masyarakat adalah kader tuberculosis yang berperan secara aktif dalam penemuan secara dini terduga tuberculosis melalui kontak erat penderita tuberculosis (Yanti, 2016).

Penemuan terduga tuberculosis yang masih rendah salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan kader tuberculosis dalam mengenal tanda dan gejala tuberculosis sehingga ketidaktepatan dalam menentukan kriteria terduga tuberculosis (Aderita & Chotimah, 2018). Pengetahuan yang rendah berpengaruh terhadap persepsi masyarakat khususnya kelompok kader tuberculosis sehingga menjadi permasalahan umum yang sering terjadi pada negara berkembang dengan beban tuberculosis yang tinggi seperti negara Indonesia saat ini (Zein, Suhariadi, & Hendriani, 2017).

Rendahnya tingkat pengetahuan kader dalam mengenal tanda dan gejala tuberculosis berpengaruh terhadap sikap kader yang tidak tepat di dalam masyarakat sehingga akan bertindak yang tidak tepat dalam mengenal tanda dan gejala tuberculosis mengakibatkan ketidaktepatan dalam menginterpretasikan kriteria terduga tuberculosis yang harus dirujuk sehingga banyaknya rujukan yang tidak tepat di fasilitas layanan kesehatan (fasyankes), yang kemudian memberikan dampak penemuan terduga tuberculosis berbasis masyarakat yang rendah di fasyankes (Rachmah, Saraswati, & Ginandjar, 2019).

Upaya untuk meningkatkan pengetahuan sehingga dapat merubah sikap kader, yang kemudian secara sistematis akan dipraktikkan dalam bentuk praktik oleh kader yang tepat dalam menemukan dan melakukan rujukan terduga tuberculosis, maka diperlukan suatu mekanisme yang terstruktur dan terukur yakni pelatihan kader untuk meningkatkan daya ungkit penemuan terduga tuberculosis berbasis masyarakat (Rejeki, Nurlaela, & Anandari, 2019).

Pelatihan kader tuberkulosis ini sejalan dengan teori Lawrence Green mengenai tujuan yang ingin dicapai di dalam masyarakat yaitu perubahan perilaku, sehingga intervensi program kesehatan dapat dilaksanakan dengan mempertimbangkan *predisposing factors* (faktor predisposisi), *reinforcing factors* (faktor pendorong), *enabling factors* (faktor pendukung). Salah satu faktor yang dapat merubah perilaku masyarakat adalah *predisposing factors* (faktor predisposisi) yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan praktik sehingga intervensi program kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik secara *role play* akan mampu memberikan gambaran orientasi realita di masyarakat sehingga akan mampu merubah perilaku masyarakat dalam mengenal masalah kesehatan di lingkungannya (Kholid, 2014; Nursalam, 2015; Waryana, 2016; Wijaya, 2013).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti tanggal 20 November 2019 di Puskesmas Muara Rapak, petugas P2P tuberkulosis menyatakan 4 orang kader telah mendapatkan pelatihan tuberkulosis pada tahun 2016, pada tiga bulan setelah pelatihan kader aktif dalam melakukan investigasi kontak penderita tuberkulosis, tetapi setelah itu kader mulai menurun kualitas investigasinya dan pada akhirnya tidak aktif lagi hingga sekarang. Berdasarkan hasil wawancara peneliti tanggal 21 November 2019 dalam kegiatan lokakarya mini lintas sektor didapatkan data masih banyak kader belum mengenal tanda dan gejala tuberkulosis dan kurang tepat dalam menetapkan kriteria terduga tuberkulosis sehingga berakibat ketidaktepatan dalam merujuk ke fasilitas layanan kesehatan. Hal tersebut berakibat sedikitnya penemuan terduga tuberkulosis yang akan berakibat capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Puskesmas Muara Rapak tidak mencapai target.

Berdasarkan latar belakang ini peran kader sebagai ujung tombak yang selalu berada di tengah masyarakat dengan memanfaatkan pelatihan yang terukur dan terstruktur sebagai sarana meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan bertindak dengan benar dalam menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat. Hal ini sejalan dengan strategi pemerintah yang tertuang dalam Permenkes 68 tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis yaitu, strategi

active case finding, yaitu dengan melibatkan kelompok masyarakat, yaitu kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis sejak dini hingga akan ada di satu titik masyarakat akan mampu mengenal masalah di lingkungannya sendiri dan masyarakat sendiri pula lah yang secara sadar memanfaatkan akses layanan kesehatan di fasyankes.

B. Rumusan Masalah

Angka kasus tuberkulosis yang meningkat setiap tahun sedangkan angka penemuannya tidak sesuai target capaian oleh karena itu diperlukan peran lintas sektor yaitu kader tuberkulosis untuk menemukan terduga tuberkulosis. Rendahnya pengetahuan kader berpengaruh terhadap sikap yang tidak tepat dalam mengenal tanda dan gejala tuberkulosis sehingga salah menginterpretasikan kriteria terduga tuberkulosis untuk selanjutnya di rujuk ke fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) oleh karena itu diperlukan pelatihan kader tuberkulosis untuk meningkatkan pengetahuan sehingga berpengaruh terhadap sikap kader dalam penemuan terduga tuberkulosis secara tepat di masyarakat.

Dengan demikian peneliti tertarik menganalisis “pengaruh pelaksanaan pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan kader tuberkulosis.
- b. Mengidentifikasi sikap kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan kader

tuberkulosis.

- c. Mengidentifikasi praktik *role play* kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan kader tuberkulosis.
- d. Menganalisis pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan kader tuberkulosis.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis:

Hasil penelitian diharapkan mampu menambah khasanah bagi ilmu pengetahuan pada umumnya, dan khususnya keperawatan komunitas dalam pengembangan ilmu pengetahuan terutama mengenai peran kader dalam penemuan terduga tuberkulosis.

2. Manfaat praktis:

- a. Diharapkan dapat menjadi masukan bagi peneliti dalam memperoleh informasi tentang efektivitas pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader tuberkulosis dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak.
- b. Diharapkan dapat menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk memberikan pelatihan kader tuberkulosis sehingga memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku yang tepat dalam penemuan terduga tuberkulosis.
- c. Diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan untuk dikembangkan pada penelitian berikutnya tentang efektivitas pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader tuberkulosis dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak.

E. Penelitian Terkait

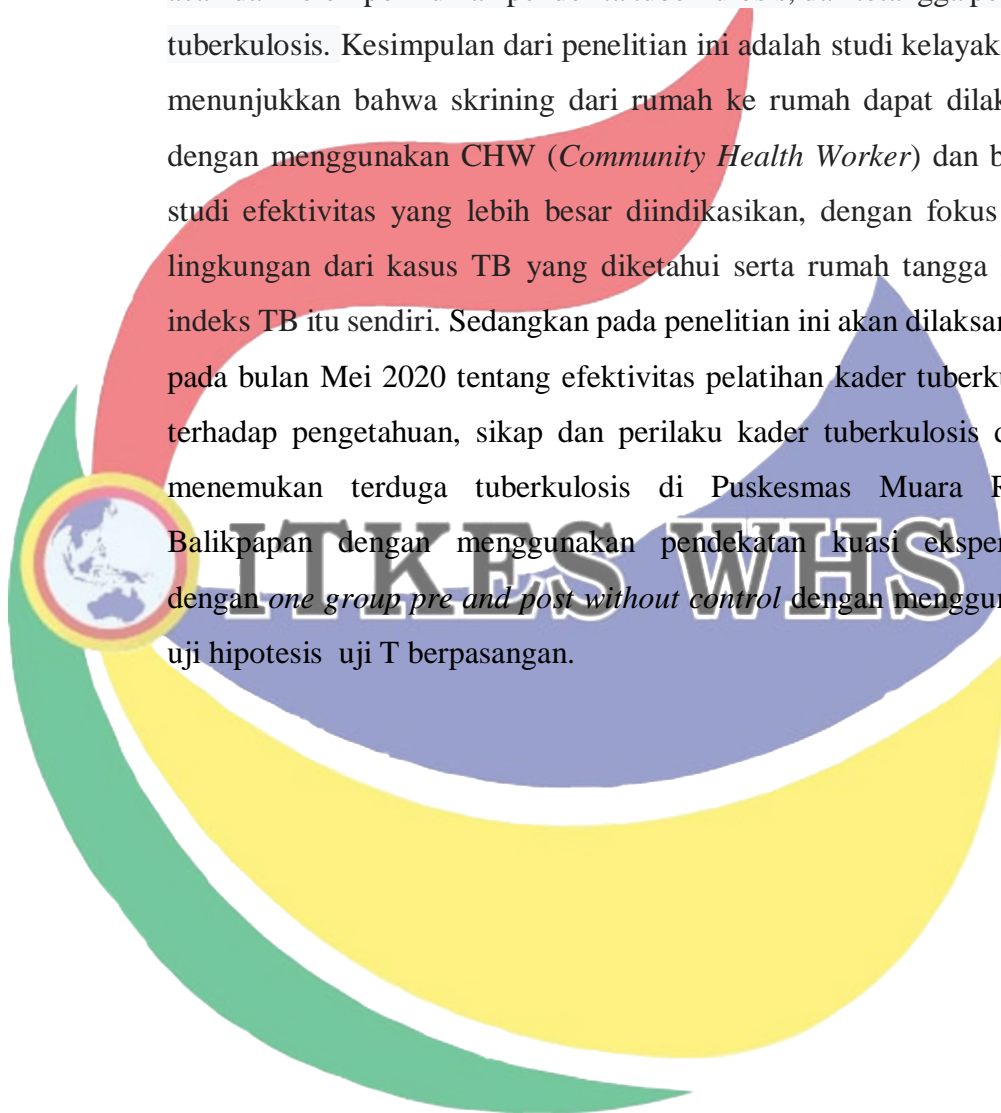
Penelitian terkait yang berhubungan dengan efektivitas pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader

tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Balikpapan antara lain sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilakukan oleh Badar, dkk pada tahun 2018 tentang Pelatihan dengan Metode Role Play Efektif terhadap Kader Pmo-Tb tentang Penemuan Kasus Baru Tb Paru dengan menggunakan metode kuasi eksperimen, dengan rancangan *one group pretest-posttest* tanpa kelompok kontrol dan analisa data menggunakan teknik uji Paired t-test. Kesimpulan hasil penelitian tersebut adalah ada peningkatan perbaikan signifikan pengetahuan, sikap, dan tindakan namun tidak signifikan pada tindakan PMO-TB setelah pelatihan metode role play di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda Utara 2018. Sedangkan pada penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Mei 2020 tentang efektivitas pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Balikpapan dengan menggunakan pendekatan kuasi eksperimen dengan *one group pre and post without control* dengan menggunakan uji hipotesis uji T berpasangan.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Siti Malihatun Nisa dan Yunita Dyah P.S. pada tahun 2017 tentang hubungan antara karakteristik kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dan analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat uji chi-square dengan $\alpha = 0,05$ dan menghitung Prevalance Risk. Kesimpulan dari hasil penelitian tersebut adalah terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, motivasi dan imbalan yang diterima kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru. Sedangkan pada penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Mei 2020 tentang pengaruh pelaksanaan pelatihan terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan kader dalam menemukan terduga tuberkulosisKota di Puskesmas Muara Rapak Balikpapan dengan menggunakan pendekatan kuasi eksperimen dengan *one group pre and post without control* dengan menggunakan

uji hipotesis uji T berpasangan.

3. Penelitian yang dilakukan oleh McAllister S. et al. tahun 2017 tentang Kelayakan dua pendekatan penemuan kasus aktif untuk deteksi TB di Kota Bandung, Indonesia dengan menggunakan metode intervensi penemuan terduga tuberkulosis pada 2 kelompok berbeda yaitu kelompok Rukun Warga (RW) yang dilakukan kunjungan rumah secara acak dan kelompok rumah penderita tuberkulosis, dan tetangga penderita tuberkulosis. Kesimpulan dari penelitian ini adalah studi kelayakan ini menunjukkan bahwa skrining dari rumah ke rumah dapat dilakukan dengan menggunakan CHW (*Community Health Worker*) dan bahwa studi efektivitas yang lebih besar diindikasikan, dengan fokus pada lingkungan dari kasus TB yang diketahui serta rumah tangga kasus indeks TB itu sendiri. Sedangkan pada penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Mei 2020 tentang efektivitas pelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku kader tuberkulosis dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Balikpapan dengan menggunakan pendekatan kuasi eksperimen dengan *one group pre and post without control* dengan menggunakan uji hipotesis uji T berpasangan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Tuberkulosis

a. Pengertian

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan.

b. Gejala klinis pasien

- 1) Gejala utama pasien paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.
- 2) Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain , seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang terduga pasien , dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara

mikroskopis langsung.

- 3) Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti : kontak erat dengan pasien , tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berisiko menimbulkan paparan infeksi paru.

c. Resikopenularan

Resiko penularan tergantung dari tingkat paparan dengan percikan dahak. Pasien paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien paru dengan BTA negatif. Resiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang beresikoterinfeksi selama satu tahun. ARTI sebesar 1 %, berarti sepuluh orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%.

d. Carapenularan

1) Sumber penularan

Sumber penularan adalah pasien terutama pasien yang mengandung kuman dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei* / percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *M.tuberculosis*.

2) Perjalanan Alamiah Pada Manusia

Terdapat 4 tahapan perjalanan alamiah penyakit. Tahapan tersebut meliputi tahap paparan, infeksi, menderita sakit dan meninggal dunia, sebagai berikut:

a) Peluang peningkatan paparan terkait dengan:

- (1) Jumlah kasus menular di masyarakat.
- (2) Peluang kontak dengan kasus menular.
- (3) Tingkat daya tular dahak sumber penularan.
- (4) Intensitas batuk sumber penularan.
- (5) Kedekatan kontak dengan sumber penularan.
- (6) Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan

b) Infeksi

Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6–14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (dormant) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

c) Faktor Risiko

Faktor risiko untuk menjadi sakit adalah tergantung dari:

- (1) Konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup
- (2) Lamanya waktu sejak terinfeksi.
- (3) Usia seseorang yang terinfeksi.
- (4) Tingkat daya tahan tubuh seseorang.

d) Meninggal dunia

Faktor risiko kematian karena :

- (1) Akibat dari keterlambatan diagnosis.
- (2) Pengobatan tidak adekuat.
- (3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.

e. Strategi penemuan terduga

Strategi penemuan pasien tuberkulosis dapat dilakukan secara pasif, intensif, aktif, dan masif. Upaya penemuan pasien tuberkulosis harus didukung dengan kegiatan promosi yang aktif, sehingga semua terduga tuberkulosis dapat ditemukan secara dini. Kementerian

Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan no. 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan tuberkulosis yang mengatur strategi penemuan terduga dan pasien tuberkulosis.

1) Penemuan pasien tuberkulosis secara pasif-intensif

Kegiatan penemuan yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan dengan memperkuat jejaring layanan tuberkulosis melalui Public-Private Mix (PPM) dan memperkuat kolaborasi layanan.

a) Jejaring layanan

Kegiatan ini merupakan bagian dari kegiatan PPM. Penemuan pasien tuberkulosis di fasyankes dilakukan melalui penguatan jejaring layanan antar fasyankes yang memberikan layanan diagnosis tuberkulosis, untuk menghindari terjadinya miss-opportunity yang disebabkan keterbatasan sarana diagnosis yang dimiliki oleh fasyankes yang kontak pertama dengan pasien tuberkulosis. Dalam kegiatan ini fasyankes yang tidak memiliki alat TCM akan merujuk pemeriksaan ke fasyankes yang memiliki alat TCM.

b) Kolaborasi layanan

Berupa kegiatan integrasi dan kolaborasi penemuan pasien tuberkulosis ke dalam layanan kesehatan lain yang tersedia di fasyankes, misalnya di poliklinik umum, unit layanan HIV, DM (Diabetes Mellitus), Gizi, Lansia, klinik berhenti merokok, klinik KIA dan ANC. Secara manajemen layanan, penemuan pasien tuberkulosis juga harus diintegrasikan.

kedalam strategi atau sistem manajemen kesehatan yang diterapkan di fasyankes misalnya: Pendekatan Praktis Kesehatan Paru/ PPKP (PAL = Practical Approach to Lung health), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MtuberkulosisS), Manajemen Terpadu Dewasa Sakit (MTDS).

Penjaringan terduga tuberkulosis di faskes dapat juga

dilakukan melalui penapisan batuk oleh petugas yang mendaftarkan pasien atau perawat yang memberi layanan pada pasien. Upaya penemuan pasien tuberkulosis harus didukung dengan kegiatan promosi yang aktif, sehingga semua terduga tuberkulosis dapat ditemukan secara dini.

- 2) Penemuan pasien tuberkulosis secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat,

Berupa kegiatan-kegiatan penemuan terduga/ pasien tuberkulosis yang dilakukan di luar fasyankes. Kegiatan ini bisa melibatkan secara aktif semua potensi masyarakat yang ada antara lain: Kader kesehatan, kader posyandu, pos tuberkulosis desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini dapat berupa:

- a) Investigasi kontak

Dilakukan pada paling sedikit 10 - 15 orang kontak erat dengan pasien tuberkulosis. Kontak erat adalah orang yang tinggal serumah (kontak serumah) maupun orang yang berada di ruangan yang ada pasien tuberkulosis dewasa aktif (index case) sekurang-kurangnya 8 jam sehari minimal satu bulan berturut-turut. Prioritas investigasi kontak dilakukan pada orang-orang dengan risiko tuberkulosis seperti anak usia <5 tahun, orang dengan gangguan sistem kekebalan, malnutrisi, lansia, wanita hamil, perokok dan mantan penderita tuberkulosis. Investigasi kontak pada pasien tuberkulosis anak yang ditemukan bertujuan untuk mencari sumber penularan.

- b) Penemuan di tempat khusus:

Merupakan kegiatan penemuan aktif yang dilakukan di lingkungan yang mudah terjadi penularan tuberkulosis yaitu Lapas/Rutan, RS Jiwa, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo. Kegiatan penemuan aktif di tempat khusus dapat dilakukan dengan skrining massal

tahunan, skrining kesehatan warga baru, skrining kontak dan pemantauan batuk secara rutin

c) Penemuan di populasi berisiko:

Kegiatan penemuan aktif yang dilakukan pada tempat yang memiliki akses terbatas ke layanan kesehatan,

f. Diagnosis

Diagnosis ditetapkan berdasarkan keluhan, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

1) Keluhan dan hasil anamnesis meliputi:

Keluhan yang disampaikan pasien, serta wawancara rinci berdasar keluhan pasien. Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda yang meliputi:

- a) Gejala utama pasien paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih
- b) Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain , seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain.
- c) Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti : kontak erat dengan pasien , tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berisiko menimbulkan paparan infeksi paru.

2) Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan Bakteriologi

Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung
Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP):

- (1) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.
- (2) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

- b) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) Pemeriksaan tes cepat molekuler dengan metode Xpert M/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.
- c) Pemeriksaan Biakan Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (Lowenstein-Jensen) dan media cair (Mycobacteria Growth Indicator Tube) untuk identifikasi Mycobacterium (M.tb). Pemeriksaan tersebut diatas dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya.

Dalam menjamin hasil pemeriksaan laboratorium, diperlukan contoh uji dahak yang berkualitas. Pada faskes yang tidak memiliki akses langsung terhadap pemeriksaan TCM, biakan, dan uji kepekaan, diperlukan sistem transportasi contoh uji. Hal ini bertujuan untuk menjangkau pasien yang membutuhkan akses terhadap pemeriksaan tersebut serta mengurangi risiko penularan jika pasien bepergian langsung ke laboratorium.

- 3) Pemeriksaan penunjang lainnya
 - a) Pemeriksaan foto toraks
 - b) Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai ekstraparu.
- 4) Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi M.tuberculosis terhadap OAT. Uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan di laboratorium yang telah lulus uji pemantapan mutu/Quality Assurance (QA), dan mendapatkan sertifikat nasional maupun internasional.

g. Terduga Tuberkulosis

Tersangka penderita adalah seorang penderita batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih dan dapat diikuti gejala tambahan seperti batuk bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, malaise, berkeringat di malam hari walaupun tanpa melakukan kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. (Kemenkes, 2015).

j. Indikator Program

Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*). Dalam menilai kemajuan atau keberhasilan program pengendalian digunakan beberapa indikator yaitu indikator dampak, indikator utama dan indikator operasional.

1) Indikator Dampak

Merupakan indikator yang menggambarkan keseluruhan dampak atau manfaat kegiatan penanggulangan. Indikator ini akan diukur dan di analisis di tingkat pusat secara berkala. Yang termasuk indikator dampak adalah:

- a) Angka Prevalensi
- b) Angka Insidensi
- c) Angka Mortalitas

2) Indikator Utama Indikator utama digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional penanggulangan di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat. Adapun indikatornya adalah:

- a) Cakupan pengobatan semua kasus (case detection rate/CDR) yang diobati.
- b) Angka notifikasi semua kasus (case notification rate/CNR) yang diobati per 100.000 penduduk
- c) Angka keberhasilan pengobatan pasien semua kasus
- d) Cakupan penemuan kasus resistan obat
- e) Angka keberhasilan pengobatan pasien resistan obat

Untuk tingkat provinsi dan pusat, selain memantau indikator di atas, juga harus memantau indikator yang dicapai oleh Kabupaten/Kota yaitu:

- a) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CDR
 - b) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CNR
 - c) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien semua kasus
 - d) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan penemuan kasus resistan obat.
 - e) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien resistan obat
- 3) Indikator Operasional Indikator ini merupakan indikator pendukung untuk tercapainya indikator dampak dan utama dalam keberhasilan Program Penanggulangan baik di tingkat Kab/Kota, Provinsi, dan Pusat, diantaranya adalah:
- a) Persentase kasus pengobatan ulang yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molekuler atau metode konvensional
 - b) Persentase kasus resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua
 - c) Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
 - d) Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
 - e) Cakupan penemuan kasus anak
 - f) Cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan INH
 - g) Jumlah kasus yang ditemukan di Populasi Khusus (Lapas/Rutan, Asrama, Tempat Kerja, Institusi Pendidikan, Tempat Pengungsian)
 - h) Persentase kasus yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan

2. Konsep Pelatihan

a. Pengertian pelatihan

Pelatihan adalah suatu proses dimana orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi (Waryana, 2016). Pelatihan kader adalah suatu proses kader untuk mencapai kemampuan untuk mencegah, mendeteksi dini penemuan terduga, melakukan rujukan terduga, mengurangi stigma penderita, dukungan/motivasi keteraturan pengobatan pasien dalam upaya penanggulangan di masyarakat.

b. Tujuan pelatihan kader .

Tujuan pelatihan kader sebagai berikut :

- 1) Mengembangkan keahlian, sehingga peran kader dapat terlaksana secara efektif dan efisien.
- 2) Mengembangkan pengetahuan, sehingga peran kader di masyarakat dapat diselesaikan secara rasional
- 3) Mengembangkan sikap, sehingga kader dalam menjalankan perannya mampu bekerjasama dengan lintas terkait, yaitu Puskesmas, Kelurahan, PKK, Kecamatan, LPM dan lain-lain.

c. Bagian-bagian pelatihan kader

Bagian-bagian pelatihan kader sebagai berikut :

- 1) Tujuan dan sasaran pelatihan kader harus jelas dan dapat diukur.
- 2) Para pelatih (*trainer*) harus ahlinya yang berkualitas memadai (*profesional*).
- 3) Materi pelatihan kader harus disesuaikan dengan tujuan yang hendak dicapai.
- 4) Peserta pelatihan kader harus memenuhi persyaratan yang ditentukan.

d. Tahapan dalam pelatihan kader

Tahapan dalam pelatihan kader sebagai berikut :

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan kader
- 2) Menetapkan tujuan dan sasaran pelatihan kader
- 3) Menetapkan kriteria keberhasilan kader dengan alat ukurnya

- 4) Menetapkan metode pelatihan kader
 - 5) Mengadakan percobaan dan revisi pelatihan kader
 - 6) Mengimplementasikan dan mengevaluasi kader
- e. Perencanaan pelatihan kader

1) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan

Langkah penting dan kritis dalam mengelola pelatihan adalah mengenali permasalahan yang harus dipecahkan. Langkah ini disebut identifikasi kebutuhan pelatihan. Pelatihan kader merupakan salah satu cara untuk memecahkan masalah dalam penemuan terduga di masyarakat tetapi tidak semua masalah dapat diselesaikan dengan pelatihan. Dalam hal ini secara spesifik, dapat disebutkan permasalahan yang berkaitan dengan manusia atau pelaku kegiatan. Namun banyak hal yang dapat mempengaruhi manusia dalam menjalankan fungsi sosialnya. Langkah ini menjadi dasar dan fondasi untuk melangkah pada tahap dalam mengelola pelatihan.

2) Penetapan kriteria peserta

Penentuan kriteria peserta pelatihan kader mempengaruhi desain pelatihan kader, baik yang menyangkut tujuan, isi materi, dan metodologi pelatihan kader. Untuk itu perlu dibuat dan diketahui jauh sebelum menyusun dan mengembangkan desain program pelatihan kader.

3) Penetapan tujuan pelatihan

Tujuan pelatihan kader akan memberikan arahan, batasan, dan kejelasan bagi pelaksanaan kegiatan pelatihan kader. Dalam jenjang pelatihan kader memiliki tiga tujuan yaitu; domain kognitif (pengetahuan), domain afektif (sikap) dan domain psikomotor (keterampilan).

4) Penyusunan materi

Penetapan materi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan disepakati. Tujuan pelatihan akan menjadi dasar dalam menentukan isi atau materi pelatihan. Dengan demikian

perumusan.

Menentukan materi apa yang harus disampaikan dalam sebuah pelatihan kader harus mempertimbangkan beberapa faktor, yaitu :

- a) Target sikap / kemampuan yang harus dimiliki kader (Output)
- b) Waktu pelatihan, jika waktu pelatihan terbatas, maka tanpa meninggalkan pertimbangan target sikap/kemampuan, maka materi dapat disusun dengan menyatukan materi-materi yang sifatnya sama.

5) Penentuan metode dan media pelatihan

Metode dan media merupakan cara dan alat bantu yang dipergunakan oleh fasilitator dalam membahaskan dan mengkaji materi pelatihan sehingga mencapai tujuan yang diharapkan . banyak metode dan media yang dapat digunakan, mulai dari yang bersifat komunikasi satu arah, dua arah sampai ke berbagai metode yang bersifat multi atau banyak arah.

6) Menyusun kurikulum dan silabus

Kurikulum dalam pelatihan merupakan garis besar rencana proses belajar secara menyeluruh mulai dari awal sampai akhir. Kurikulum pelatihan bersifat tidak baku dan selalu dapat diubah sesuai dengan kondisi yang ada pada saat pelatihan berlangsung. Kurikulum ini dipergunakan untuk menyusun modul pelatihan yang akan dipergunakan fasilitator dalam proses kegiatan belajar.

f. Evaluasi dalam pelatihan

Evaluasi adalah suatu proses peningkatan mutu dan merupakan suatu penghubung antara tahap pemberian pelatihan, tahap perencanaan pelatihan, dan tahap analisa (Waryana, 2016). Evaluasi dalam pelatihan adalah kumpulan dan penafsiran sistematis dari bukti-bukti yang sebagai bagian dari proses, mengarah pada suatu penilaian atas nilai-nilai dengan tujuan untuk mengambil suatu praktik.

3. Konsep Kader

a. Pengertian kader

Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang dipercaya untuk menjadi pengelola upaya kesehatan masyarakat (Aderita & Chotimah, 2018). Sedangkan kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih oleh Puskesmas untuk berpartisipasi terhadap penanggulangan.

b. Syarat menjadi kader kesehatan menurut (Prasanti & Fuady, 2017), yaitu :

- 4) Dipilih dari dan oleh masyarakat setempat.
- 5) Bersedia dan mampu bekerja bersama masyarakat secara sukarela.
- 6) Bisa membaca dan menulis huruf latin.
- 7) Sabar dan memahami usia lanjut.

c. Peran kader menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016), yaitu :

- 1) Pencegahan
 - Penyuluhan pelaksanaan KIE untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Deteksi dini penemuan terduga
 - Membantu pelacakan kontak erat penderita dengan gejala dan pengumpulan dahak terduga
- 3) Melakukan rujukan
 - Mendampingi orang terduga untuk memeriksakan diri ke fasilitas layanan kesehatan
- 4) Mengurangi stigma
 - Diseminasi informasi tentang, membentuk kelompok pendidik sebaya, testimoni penderita.

5) Dukungan/motivasi keteraturan pengobatan pasien

Dukungan motivasi dan sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO), kelompok pasien, diskusi kelompok sebaya.

d. Indikator keberhasilan pelibatan kader berdasarkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016), yaitu :

- 1) Peningkatan jumlah pasien baru yang dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan yang tercatat (01).
- 2) Peningkatan keberhasilan pengobatan pasien yang diawasi oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan yang tercatat.
- 3) Penurunan angka putus berobat pasien yang diawasi oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan yang tercatat.

4. Konsep Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni : indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (A. Wawan dan Dewi M, 2018).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap dan berperan dalam pembangunan. Pada umumnya

makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (A. Wawan dan Dewi M, 2018).

b) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan berkeluarga (A. Wawan dan Dewi M, 2018).

c) Umur

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa (A. Wawan dan Dewi M, 2018).

2) Faktor eksternal

a) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Faktor sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

c. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif terdiri dari 6 tingkatan yaitu :

1) Tahu (*know*)

Mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi terus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real(sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*syntesis*)

Kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam keseluruhan yang baru, dengan kata lain adalah kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formula yang ada.

6) Evaluasi(*evaluation*)

Evaluasi ini dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang telah ada.

d. Pengukuran dan indikator pengetahuan kesehatan

Pengukuran kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan ini meliputi :

- a. Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya atau gejala-gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasinya atau menangani sementara).
- b. Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait atau mempengaruhi kesehatan lain misalnya tentang gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan sampah, perumahan sehat, populasi udara dan lain-lain.
- c. Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional dan tradisional.
- d. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

Untuk mengukur pengetahuan kesehatan adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah tingginya pengetahuan responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel kesehatan.

e. Pengukuran tingkat pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) yang dikutip oleh Wawan & Dewi, (2019) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- 1) Baik : hasil presentase 76% - 100%
- 2) Cukup : hasil presentasi 56% - 75%
- 3) Kurang : hasil presentasi <56%

5. Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap merupakan pernyataan evaluatif terhadap objek, orang, atau peristiwa sehingga evaluasi masih berupa respon yang masih tertutup. Evaluasi dari sikap tidak dapat dilihat langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang tertutup (Budiman & Agus, 2013).

Sikap memiliki tiga komponen pokok, antara lain :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecendrungan untuk bertindak (*trend to behave*)

b. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Terdiri dari :

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang itu menerima ide tersebut.

3) Mengahrgai (*valuating*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap di tingkatan ini. Misalnya seorang ibu mengajak ibu yang lain untuk menimbang anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi adalah salah satu bukti bahwa si ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB,

meskipun mendapatkan tantangan dari mertua atau orang tuanyasendiri.

c. Sifat sikap

Sikap dapat dikategorikan menjadi 2 sifat, yaitu positif dan negatif. Menurut A. Wawan dan Dewi M. (2018), ciri untuk setiap sifat sikap sebagai berikut:

- 1) Sikap positif kecenderungan praktik adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu.
- 2) Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

1) Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecendrungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Pengaruh kebudayaan

Tanpa disadari telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

4) Media masa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6) Faktor emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyalur frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

e. Pengukuran dan indikator sikap terhadap kesehatan

Sikap terhadap kesehatan merupakan pendapat atau suatu penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, yang mencakup sekurang-kurangnya empat variabel, yaitu:

- 1) Sikap tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya atau gejala-gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasinya atau menangani sementara).
- 2) Sikap tentang faktor-faktor yang terkait atau mempengaruhi kesehatan lain misalnya tentang gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan sampah, perumahan sehat, populasi udara dan lain-lain.
- 3) Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional dan tradisional.
- 4) Sikap untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

f. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat/pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo,

2010).

Menurut Azwar, (2010) untuk mengetahui kategori sikap responden dicari rerata nilai ($T \text{ mean } T$) dalam kelompok maka akan diperoleh :

- 1) Sikap responden positif, bila $T \text{ responden } > T \text{ mean}$
- 2) Sikap responden negatif, bila $T \text{ responden } < T \text{ mean}$

6. Konsep Praktik

a. Definisi praktik *role play*

Praktik adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk praktik (action) yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi, praktik atau perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2014).

Seseorang setelah mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2014).

Role play atau bermain peran adalah metode pembelajaran yang diarahkan untuk mengkreasi peristiwa sejarah, peristiwa aktual, atau kejadian-kejadian yang mungkin muncul pada masa mendatang. Dengan metode Role Play (bermain peran) peserta berperan atau memainkan peranan dalam dramatisasi masalah yang aktual atau akan datang sehingga peserta akan memiliki gambaran mengenai situasi praktik yang akan dilakukan di lapangan atau masyarakat (Mulyono, 2012).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi praktik meliputi:

Teori dari Lawrence Green (1980); dalam Notoatmodjo, (2014)

Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu mencakup pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas termasuk petugaskesehatan.

c. Aspek dalam praktik *role play*

Menurut Zaini, (2011) adapun aspek-aspek yang mempengaruhi praktik *role play* antara lain :

- 1) Mengambil peran (*Role Playing*), yaitu tekanan ekspektasi-ekspektasi sosial terhadap pemeran peran. Contohnya adalah pada hubungan keluarga (apa yang harus dikerjakan anak perempuan), atau berdasarkan tugas (bagaimana seorang agen polisi bertindak dalam situasi sosial).
 - 2) Membuat peran (*Role Marking*), yaitu kemampuan pemegang peran untuk berubah secara dramatis dari satu peran ke peran yang lain dan menciptakan serta memodifikasi peran sewaktu-waktu diperlukan.
 - 3) Tawar-menawar peran (*Role Negotitation*), yaitu tingkat dimana peran-peran dinegosiasikan dengan pemegang-pemegang peran yang lain dalam parameter dan hambatan interaksi sosial
- c. Pengukuran Praktik (Practice)

Untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). (Notoatmodjo, 2014). Menurut Arikunto, (2013), tingkatan praktik dapat dikategorikan berdasarkan nilai sebagai berikut:

- 1) praktik baik, bila dilakukan $> 75\%$
- 2) praktik cukup, bila dilakukan 60-75%
- 3) praktik kurang, bila dilakukan $< 60\%$.

7. Teori Precede-Procede Lawrence Green

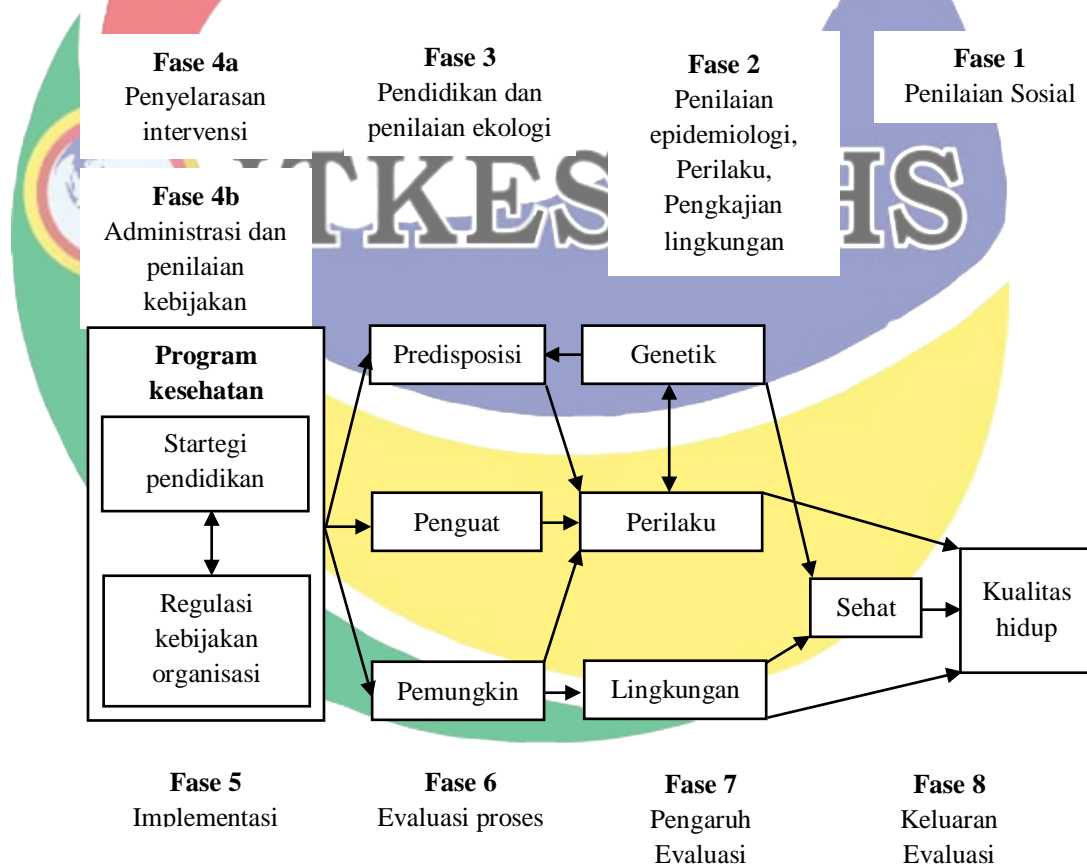
Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor luar lingkungan (nonbehavior causes). Untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi (Nursalam, 2015).

Model Precede-Procede menyediakan struktur yang komprehensif untuk menilai kesehatan dan kualitas hidup dan kebutuhan untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi promosi kesehatan dan program kesehatan publik lainnya untuk memenuhi kebutuhan tersebut. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs, in Educational Diagnosis and Evaluation*) menguraikan proses perencanaan diagnostik untuk membantu dalam pengembangan sasaran dan fokus program kesehatan masyarakat. PROCEED (*Policy, Regulatory and Construct, Organizational in Educational and Environmental, Development*) memandu pelaksanaan dan evaluasi program yang dirancang menggunakan PRECEDE (Ahmad Kholid, 2014).

PRECEDE terdiri dari lima fase. Tahap pertama, melibatkan penentuan kualitas hidup atau masalah sosial dan kebutuhan masyarakat tertentu. Tahap kedua, terdiri dari mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan dari masalah dan kebutuhan. Tahap ketiga, melibatkan analisis faktor faktor penentu perilaku dan lingkungan dari gangguan kesehatan. Pada tahap keempat, faktor-faktor yang mempengaruhi untuk,

memperkuat, dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup diidentifikasi. Tahap kelima melibatkan dan memastikan promosi kesehatan, kesehatan pendidikan dan kebijakan yang berhubungan dengan intervensi terbaik akan cocok untuk mendorong perubahan yang diinginkan dalam perilaku atau lingkungan dan faktor-faktor yang mendukung perilaku dan lingkungan mereka (Ahmad Kholid, 2014).

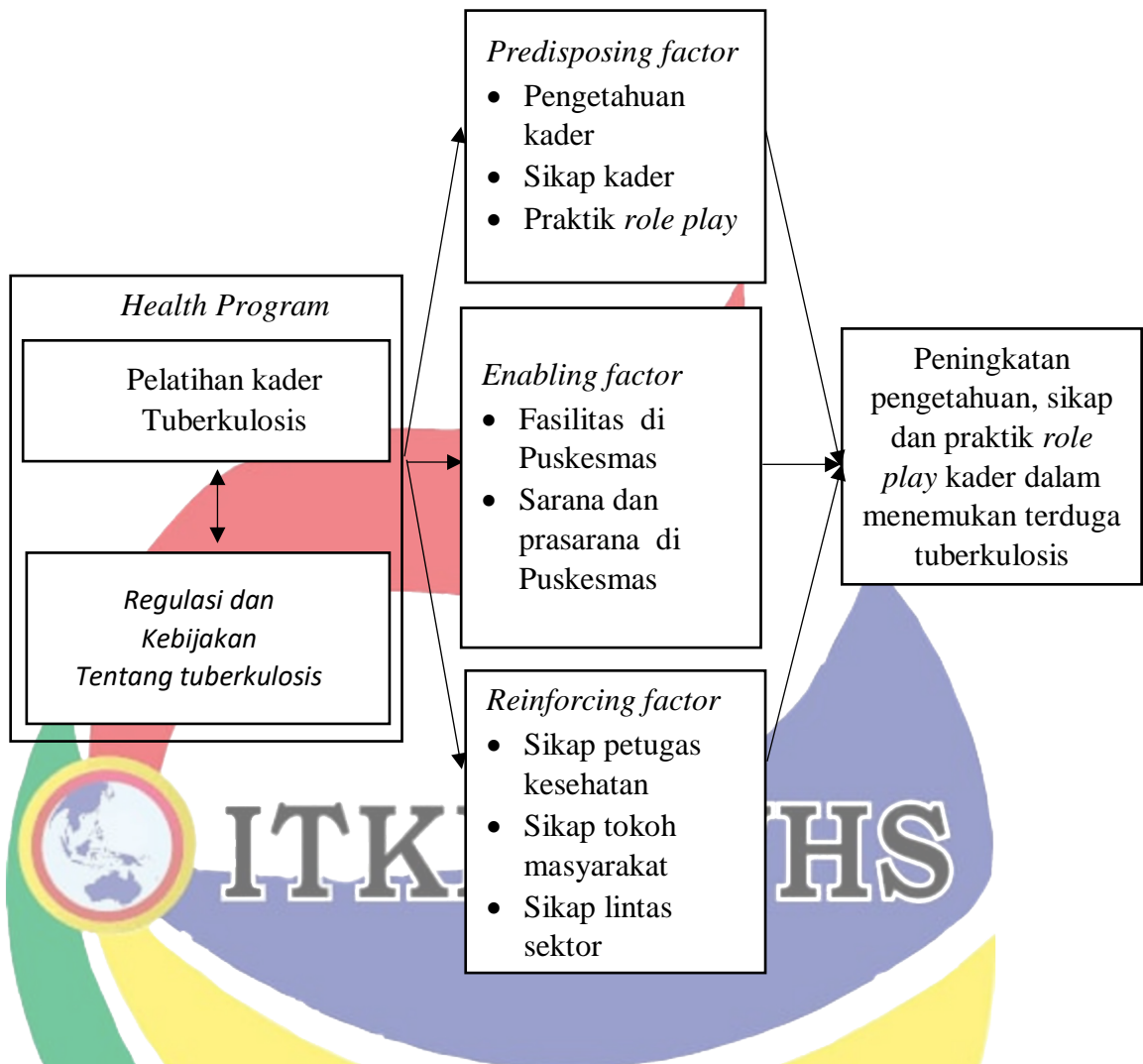
PROCEED terdiri dari empat tahap tambahan. Pada tahap keenam, intervensi diidentifikasi dalam tahap lima yang dilaksanakan. Tahap ketujuh, memerlukan evaluasi proses intervensi. Tahap kedelapan, melibatkan mengevaluasi dampak dari intervensi pada faktor-faktor pendukung perilaku, dan perilaku itu sendiri. Tahap kesembilan dan terakhir terdiri evaluasi hasil adalah, menentukan efek akhir dari intervensi pada kesehatan dan kualitas hidup penduduk (Ahmad Kholid, 2014).



Sumber (Kholid, 2014)

Skema 2.1 Teori Precede-Procede oleh Lawrence Green

B. Kerangka Teori Penelitian Precede-Procede



Sumber (Kholid, 2014; Nursalam, 2015; Waryana, 2016; Wijaya, 2013)

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian modifikasi berdasarkan teori Lawrence Green

Angka kasus yang meningkat setiap tahun sedangkan angka penemuannya tidak sesuai target capaian oleh karena itu penemuan terduga harus secara active case finding yaitu dengan melibatkan kader dalam menemukan terduga kegiatan akan dilaksanakan dengan berpegang pada pedoman Permenkes No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan Permenkes No. 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Setelah dilaksanakan pelatihan kader maka

kader akan mampu menemukan terduga jika 3 faktor terpenuhi yaitu, faktor pertama adalah *predisposing factor* yaitu memberikan pelatihan kader tentang penemuan terduga, setelah kader mendapatkan pelatihan maka kader akan memiliki pengetahuan yang baik dan sikap yang tepat dalam menemukan terduga. Faktor kedua adalah *enabling factor*, yaitu faktor yang memungkinkan penemuan terduga di masyarakat antara lain fasilitas layanan kesehatan di Puskesmas dan sarana prasarana di Puskesmas yang keduanya terintegrasi dengan strategi penanggulangan DOTS di Puskesmas. Faktor ketiga adalah *reinforcing factor*, yaitu faktor yang memperkuat penemuan terduga di masyarakat dengan mendapatkan dukungan dari petugas puskesmas dan lintas sektor terkait.

Faktor-faktor pembentuk perilaku di masyarakat yaitu *predisposing factor*, *enabling factor*, dan *reinforcing factor* terpenuhi maka akan membentuk praktik kader menemukan terduga secara aktif di masyarakat sehingga *health program* yang menjadi tujuan pemerintah yang tertuang di dalam Permenkes berhasil diaplikasikan di Puskesmas.

C. Hipotesis

- Ha : Ada pengaruh pelaksanaan pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan *praktik role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis
- Ho : Tidak Ada pengaruh pelaksanaan pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan *praktik role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis

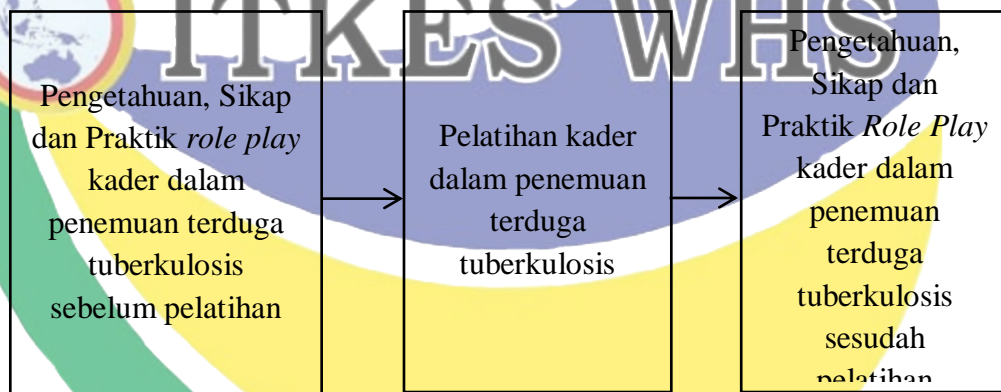
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis/Rancangan Penelitian

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang hendak ingin dicapai, maka jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *quasi-ekperimental* dengan *one group pre dan post without control* yaitu dengan tujuan memperoleh informasi yang merupakan perkiraan bagi informasi yang dapat diperoleh dengan eksperimental yang sebenarnya, dan dalam keadaan yang tidak memungkinkan untuk mengontrol dan/atau memanipulasikan semua variabel yang relevan dengan menggunakan satu kelompok yang diberikan intervensi sebelum dan sesudah (Heryana, 2019).

B. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

- : Pengukuran pre dan post
→ : Alur penelitian

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh kelompok orang atau obyek yang menarik perhatian peneliti. Pengertian menarik perhatian di sini adalah sesuai dengan kriteria yang peneliti tentukan dalam penelitian (Heryana, 2019). Populasi dalam penelitian ini adalah kader tuberkulosis yang berusia 18 – 55 tahun berjumlah 40 orang kader tuberkulosis yang telah mendapatkan SK dari Kepala Puskesmas Muara Rapak

2. Sampel

Sampel adalah bagian atau pecahan dari keseluruhan, atau bagian dari seluruh himpunan, yang dipilih oleh peneliti untuk berpartisipasi dalam penelitian (Heryana, 2019). Untuk mendapat sampel yang dapat menggambarkan populasi, maka dapat menggunakan rumus besar sampel (Nursalam, 2015), sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1 – p (100% – p)

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

Berdasarkan rumus sampel di atas diperoleh hasil

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{40 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(40 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{38,416}{1,0579}$$

$$n = 36,31345 \quad \text{Dibulatkan menjadi } 36$$

Sehingga Sampel dalam penelitian ini sejumlah 36 kader.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah Pemilihan sampel dengan consecutive (berurutan) adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2015).

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi penelitian ini antara lain :

- 1) Bisa membaca dan menulis
- 2) Bertempat tinggal di Kelurahan Muara Rapak
- 3) Umur 18-55 tahun
- 4) Bersedia menjadi kader tuberkulosis
- 5) Mendapatkan SK Kelompok Masyarakat Peduli Berantas Tuberkulosis dari Kepala Puskesmas Muara Rapak

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab, antara lain : terdapat keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil, terdapat keadaan yang mengganggu kemampuan pelaksanaan, hambatan etis, subjek menolak berpartisipasi (Nursalam, 2015). Kriteria eksklusi penelitian ini antara lain :

- 1) Kader tidak memiliki tempat tinggal tetap
- 2) Kader tidak tinggal di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<i>Independet</i> Pelatihan kader tuberculosis	proses pendidikan jangka pendek yang menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisi	-Modul pelatihan kader tuberculosis	-	
<i>Dependent</i> Pengetahuan	Segala yang diketahui kader tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan tuberculosis Sebelum dan setelah pelatihan	Kuesioner berjumlah 20 item pernyataan dengan pilihan jawaban skala guttman <i>Favorable</i> 1. Benar : 1 2. Salah bernilai : 0 <i>Unfavorabel</i> 1. Benar : 0 2. Salah : 1	Skor 0 - 14	Rasio
<i>Dependent</i> Sikap	Respon atau tanggapan kader tuberculosis yang meliputi segala hal yang berhubungan dengan perasaan, dukungan dan suasana hati responden terhadap kegiatan penemuan terduga tuberculosis Sebelum dan setelah pelatihan.	Kuesioner berjumlah 20 item pernyataan dengan pilihan jawaban skala Likert <i>Favorable</i> 1. Sangat setuju : 4 2. Setuju : 3 3. Tidak setuju : 2 4. Sangat tidak setuju : 1 <i>Unfavorabel</i> 1. Sangat setuju : 1 2. Setuju : 2 3. Tidak setuju : 3 4. Sangat tidak setuju : 4	Skor 4 - 64	Rasio
<i>Dependent</i> Praktik Role Play	Aktivitas kader dalam menemukan terduga tuberculosis Sebelum dan setelah pelatihan	Lembar observasi berjumlah 11 item dengan pilihan jawaban dengan pilihan jawaban skala guttman 1. Dilakukan : 1 2. Tidak dilakukan : 0	Skor 0 - 8	Rasio

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini telah dilaksanakan di Puskesmas Muara Rapak

2. Waktu

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 18 – 19 Mei 2020

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang berasal langsung dari subyek pengukuran/pengamatan atau dari sumber pertama(Heryana, 2019). Data primer dalam penelitian ini didapatkan langsung dari kader tuberkulosis yang ada di Puskesmas Muara Rapak. Peneliti mengumpulkan data langsung dari responden melalui kuesioner untuk studi pendahuluan dan pengambilan data. Data ini berupa umur, agama jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

b. Data sekunder

Data Sekunder adalah data yang tidak secara langsung didapat dari sumber awal atau telah mengalami kompilasi/pengolahan oleh instansi atau lembaga pengumpul data(Heryana, 2019). Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari *Global TB Report*, Riskesdas, Infodatin, Profil Kesehatan Indonesia, Profil Kesehatan Kalimantan Timur.

2. Instrumen pelatihan

a. Modul pelatihan

Modul adalah bahan belajar yang disiapkan secara khusus dan dirancang secara sistematis berdasarkan kurikulum tertentu yang dikemas menjadi sebuah unit pembelajaran terkecil (modular) yang dapat digunakan pembelajar secara mandiri untuk mencapai tujuan pembelajaran tertentu yang telah ditetapkan(Kemendikbud, 2017), Modul pelatihan kader tuberkulosis ini merupakan bahan ajar yang disusun oleh penanggungjawab P2P Tuberkulosis Muara Rapak.

b. Kuesioner

Kuesioner adalah jenis pengukuran untuk mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis dan pertanyaan yang diajukan adalah pertanyaan terstruktur, peneliti hanya menjawab sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan berisi tentang ceklist pertanyaan karakteristik responden (Nursalam, 2015).

1) Kuesioner identitas responden

Kuesioner ini berisi tentang karakteristik responden yang terdiri dari ; nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama dan pendidikan.

2) Kuesioner pengetahuan kader tuberkulosis

Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis yang terdiri dari 20 pertanyaan, dengan pilihan jawaban menggunakan skala guttman. Kuesioner pengetahuan kader dalam penemuan terduga tuberkulosis diperoleh dari buku A. Wawan dan Dewi M. tahun 2019 yang kemudia dimodifikasi dan disesuaikan oleh peneliti untuk penemuan terduga tuberkulosis oleh kader tuberkulosis. Untuk pernyataan *favorable* skor jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0, sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* skor jawaban benar nilai 0 dan salah nilai 1.

Table 3.2 Kisi-Kisi Pertanyaan Pengetahuan Kader Tuberkulosis

Variabel Pengetahuan	Nomor Pertanyaan		Jumlah pertanyaan
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavouurable</i>	
Pengertian tuberkulosis	1	2	2
Penyebab tuberkulosis	3		1
Tanda dan gejala tuberkulosis	4, 6, 9	5, 7	5
Tempat dan kondisi khusus yang berisiko menularkan tuberkulosis	8, 11, 12, 13, 14		5
Peran kader tuberkulosis dalam penemuan terduga tuberkulosis	10		1
Total			14

3) Kuesioner sikap kader tuberkulosis

Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis yang terdiri dari 20 pertanyaan, dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert. Kuesioner sikap kader dalam penemuan terduga tuberkulosis diperoleh dari penelitian Leny Wulandari tahun 2012 yang kemudian dimodifikasi dan disesuaikan oleh peneliti untuk penemuan terduga tuberkulosis oleh kader tuberkulosis. Untuk pernyataan *favorable* skor jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2 dan sangat tidak setuju diberi nilai 1 sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* skor jawaban sangat setuju diberi nilai 1, setuju diberi nilai 2, tidak setuju diberi nilai 3 dan sangat tidak setuju diberi nilai 4. Jawabab sangat setuju dan setuju di kelompokkan menjadi setuju, dan nilai tidak setuju dan sangat tidak setuju dikelompokkan menjadi tidak setuju.

Table 3.3 Kisi-Kisi Pertanyaan Sikap Kader Tuberkulosis

Variabel sikap	Nomor Pertanyaan		Jumlah pertanyaan
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Tanda dan gejala tuberkulosis	1, 2, 4	3, 5	5
Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga	6, 7, 8	11	4
Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis masyarakat	9, 10		2
Tempat-tempat yang berisiko menularkan tuberkulosis	12, 13, 14		3
Pencatatan dan pelaporan	15	16	2
Total			16

c. Lembar observasi

Lembar observasi adalah lembaran yang berisi teknik pengumpulan data mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain, yaitu wawancara dan kuesioner. Teknik pengumpulan data dengan observasi digunakan bila, penelitian berkenaan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden yang diamati tidak terlalu besar (Sugiyono, 2013). Lembar observasi yang disusun oleh peneliti ini berdasarkan *standar operasional prosedur* (SOP) Penemuan terduga tuberkulosis oleh kader tuberkulosis Puskesmas Muara Rapak.

G. Uji Instrumen

Sebelum dilakukan uji coba terlebih dahulu dengan uji validitas dan realibilitas di Puskesmas Gunung Bahagia Balikpapan sebanyak 20 kader tuberkulosis. Menurut Notoadmojo (2010), agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 20 orang. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner sebagai alat peneliti, kemudian dilakukan uji validitas dan realibilitas karena kuesioner dikatakan valid jika kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2010).

1. Uji validitas

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti mengenai keandalan instrumen dalam mengumpulkan data dan instrumen tersebut harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2015). Uji validitas dilakukan untuk menunjukkan bahwa instrumen dalam hal ini kuesioner yang diberikan benar-benar mengukur apa yang diukur. Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan menguji validitas item pertanyaan, dilakukan melalui uji coba kuesioner penelitian kepada 20 responden yang memiliki karakteristik sama dengan sampel penelitian. Uji validitas menggunakan korelasi biserial pada variabel pengetahuan dan sikap, dimana data dikatakan valid apabila nilai point biserialnya lebih besar dari nilai 0,60 (Arikunto, 2013). Adapun dengan rumus korelasi biserial sebagai berikut :

$$r_{p\ bis} = \frac{M_p - M_t}{S_t} \sqrt{\frac{p}{q}}$$

Keterangan :

$r_{p\ bis}$: Korelasi point biserial

M_p : Rerata skor dari subyek yang menjawab benar

M_t : Rerata skor total

S_t : Simpangan baku skor total

p : Proporsi responden yang menjawab benar

q : $1 - p$

Uji validitas dilakukan untuk menunjukkan bahwa instrumen dalam hal ini kuesioner yang diberikan benar-benar mengukur apa yang diukur. Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan menguji validitas item pertanyaan, dilakukan melalui uji coba kuesioner penelitian kepada 20 responden yang memiliki karakteristik sama dengan sampel penelitian. Kemudian dilakukan perhitungan uji validitas menggunakan validitas konstruk adalah dengan mengkorelasikan skor dari setiap item tes dengan skor totalnya. Apabila ada item yang memiliki korelasi lebih rendah dari *level of significancy* yang dibutuhkan maka item tersebut akan dihilangkan. Untuk mengkorelasikan skor *Product-Moment Correlation*

dengan alat bantu program computer SPSS yaitu jika nilai r hasil (*corrected item – total correlation*) berada di atas dari nilai r tabel ($r = 0,468$ dengan $df = n - 2 = 18$ dan $\alpha = 5\%$) dengan skor Uji item pada masing-masing pertanyaan dapat dilakukan dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment* (Arikunto, 2013). Adapapun rumus sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{n (\Sigma XY) - (\Sigma X) \cdot (\Sigma Y)}{\sqrt{\{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2\} \{N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2\}}}$$

Keterangan :

- r_{xy} : korelasi antara variabel x dan y
 x : jumlah skor item pertanyaan
 y : jumlah skor total (item)
 n : jumlah responden yang akan diuji

Keputusan uji:

- Bila $r_{hitung} (\text{pearson}) \geq r_{tabel}$: artinya pernyataan tersebut valid
- Bila $r_{hitung} (\text{pearson}) < r_{tabel}$: artinya pernyataan tersebut tidak valid

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan teknik korelasi pearson product moment dengan taraf signifikansi 5%.

Uji validitas dalam penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan tanggal 6 Mei 2020. Hasil uji validitas pada kuesioner pengetahuan kader terhadap 20 pernyataan didapatkan 6 pernyataan yang tidak valid yaitu item pernyataan nomor 2, 4, 5, 12, 18 dan 20 sehingga pernyataan tersebut harus dibuang. Sehingga pernyataan yang valid adalah 14 pernyataan yaitu :1, 3, 6,7, 8, 9,10, 11,13,14,15,16, 17 dan 19 pernyataan. Dan hasil uji validitas pada kuesioner sikap kader terhadap 20 pernyataan didapatkan 4 pernyataan yang tidak valid yaitu item pernyataan nomor 9, 13, 14, dan 15 sehingga pernyataan tersebut harus dibuang. Sehingga pernyataan yang valid adalah 16 pernyataan yaitu : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19 dan 20 pernyataan.

2. Uji realibilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2015). Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid harus dilihat reliabilitasnya, dengan cara melihat nilai alpha yang ada pada hasil *Cronbach's Alpha* (Budiman & Agus, 2013). Adapun rumus *Cronbach's Alpha* sebagai berikut :

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan:

- r_{11} : realibilitas instrumen
- k : banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal
- $\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir
- σ^2 : varians total

Uji Reliabilitas penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan. Hasil uji realibilitas pengetahuan dan sikap kader dalam penemuan terduga tuberkulosis nilai *Cronbach Alpha* 0,822 dan 0,931, jadi kuesioner di atas reliabel.

H. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur administratif
 - a. Peneliti meminta izin tertulis kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan penelitian di Puskesmas Muara
 - b. Peneliti menyerahkan izin tertulis dari ITKES Wiyata Husada Samarinda kepada Kepala Puskesmas Muara Rapak.
2. Prosedur teknis
 - a. Peneliti berkoordinasi dengan ketua kelompok kerja Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).
 - b. Peneliti meminta calon responden yang memenuhi kriteria untuk bersedia mengikuti pelatihan kader tuberkulosis.

- c. Peneliti menghubungi responden melalui telepon jika sudah ditentukan waktu pelaksanaan pelatihan.
- d. Peneliti bersama ketua kelompok kerja UKM menentukan koordinator pelatihan, fasilitator pelatihan dan tenaga administrasi.
- e. Peneliti bersama ketua kelompok kerja UKM menentukan tanggal dan jam pelaksanaan pelatihan.
- f. Peneliti menghubungi calon peserta pelatihan kader tuberkulosis melalui telepon 3 hari sebelum pelaksanaan pelatihan dilaksanakan.
- g. Peneliti meminta persetujuan calon peserta pelatihan kader tuberkulosis dengan mengisi *inform concern*.
- h. Peneliti meminta responden untuk mengisi kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penemuan terduga tuberkulosis sebelum pelaksanaan pelatihan.
- i. Peneliti mengamati praktik *role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis sebelum pelaksanaan pelatihan menggunakan lembar observasi
- j. Peneliti melakukan pelatihan penemuan terduga tuberkulosis terhadap kader tuberkulosis.
- k. Peneliti meminta peserta pelatihan kader tuberkulosis untuk mengisi kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penemuan terduga tuberkulosis sesudah pelaksanaan pelatihan.
- l. Peneliti mengamati praktik kader dalam penemuan terduga tuberkulosis setelah pelaksanaan pelatihan menggunakan lembar observasi
- m. Peneliti melakukan pengolahan data pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader tuberkulosis.

I. Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Data yang terkumpul sering kali masih merupakan bahan-bahan yang perlu diolah terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2010). Agar analisis penelitian

menghasilkan informasi yang benar, paling tidak tiga tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui, yaitu

a. *Editing*

Editing dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Muara Rapak Balikpapan untuk memeriksa ulang kelengkapan data yang diperoleh berkaitan kemungkinan ada kesalahan atau data yang belum diisi peneliti.

b. *Coding*

Dalam melakukan *coding*, data responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka yang diolah melalui program excel, meliputi :

- 1) Usia diberi kode (1) usia 17-25 tahun, (2) usia 26-35 tahun, (3) usia 36-45 tahun, (4) usia > 46 tahun
- 2) Agama diberi kode (1) Islam, (2) Kristen, (3) Katolik, (4) Hindu, (5) Budha, (6) Khong Hu Cu
- 3) Jenis kelamin di beri kode (1) laki – laki dan (2) perempuan
- 4) Pendidikan diberi kode (1) tidak sekolah, (2) SD, (3) SMP, (4) SMA, (5) Diploma dan (6) Sarjana.
- 5) Pengetahuan diberi kode untuk jawaban *favoreble* benar (1) dan salah (0), dan jawaban *unfavoreble* benar (0) dan salah (1)
- 6) Sikap diberi kode untuk jawaban *favoreble* (1) sangat tidak setuju, (2) tidak setuju, (3) setuju dan (4) sangat setujudan jawaban *Unfavoreble*(1) sangat setuju, (2) Setuju, (3) tidak setuju dan (4) sangat tidak setuju.

c. *Tabulating*

Tabulating untuk penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan disajikan sertadialisis. Peneliti ini melakukan tabulating data dengan cara menghitung rerata dari masing-masing variabel. Tabulasi data peneliti lakukan di komputer dengan menggunakan program microsoft excel.

2. Analisa data

Analisa data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul kemudian dilakukan analisis kegiatan.(Sugiyono, 2013). Analisis kegiatan terdiri dari :

a. Analis Univariat

Analisa univariat adalah analisa yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader. Kemudian hasil yang didapat dimasukkan ke dalam tabel frekuensi. Analisis univariat dilakukan menggunakan rumus berikut(Notoatmodjo, 2010) :

$$P = \frac{X}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase

X : Jumlah kejadian pada responden

N : Jumlah seluruh responden

Pada penelitian ini peneliti melakukan analisa univariat pada karakteristik responden (umur, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir) menggunakan uji distribusi frekuensi, dan pada variabel pengetahuan, sikap dan praktik *role play* menggunakan *Tendency central* (Mean, rerata, standar deviasi, IK 95%).

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga ada hubungan atau korelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat ini berfungsi untuk mengetahui pengaruhpelatihan kader tuberkulosis terhadap pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis. Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui sebaran distribusi suatu data apakah normal atau tidak. Uji normalitas data menggunakan metode deskriptif (hitung) dengan

menggunakan parameter Koefisien Varians (CoV), Rasio *Skewness* (RS) dan Rasio *Kurtosis* (RK) (Dahlan, 2019).

Analisa bivariat ini untuk mengetahui pengaruh pelatihan kader terhadap pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis. Untuk membuktikan adanya hubungan antara variabel tersebut dilakukan uji statistik yaitu, uji t berpasangan (Dahlan, 2019). Menurut (Swarjana, 2015) syarat uji t berpasangan adalah sebagai berikut :

- 1) Merupakan *parametric test*
- 2) Data harus berdistribusi normal
- 3) Data berskala numerik
- 4) Kedua kelompok dipilih secara *non random* (dipasangkan/*matching*)

Adapun rumus uji t berpasangan (Swarjana, 2015) yaitu :

$$t = \frac{d - \mu}{S_d / \sqrt{n}}$$

Keterangan :

t : nilai t hitung

d : rata-rata sampel

μ : nilai parameter

S_d : standar deviasi sampel

n : jumlah sampel

Pada hasil uji normalitas data menggunakan menggunakan metode deskriptif (hitung) dengan menggunakan parameter Koefisien Varians (CoV) dengan kriteria normal <30%, Rasio *Skewness* (RS) dengan kriteria normal -2 sd 2 dan Rasio *Kurtosis* (RK) dengan kriteria normal -2 sd 2.

Tabel 4. 1

Hasil Uji Normalitas data *pre test* dan *post test* pengetahuan menggunakan metode deskriptif (hitung)

Pengetahuan	Hasil <i>Pre Test</i>			Hasil <i>Post Test</i>		
	CoV	RS	RK	CoV	RS	RK
Kriteria Normal	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2
Hasil	14%	-0,64	-0,57	13%	-0,41	-0,76
Kesimpulan	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan data tersebut hasil uji normalitas data *pre test* dan *post test* pengetahuan dengan menggunakan metode deskriptif (hitung) dapat disimpulkan distribusi data normal.

Tabel 4. 2

Hasil Uji Normalitas data *pre test* dan *post test* sikap menggunakan metode deskriptif (hitung)

Sikap	Hasil <i>Pre Test</i>			Hasil <i>Post Test</i>		
	CoV	RS	RK	CoV	RS	RK
Kriteria Normal	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2
Hasil	8%	1,80	-0,22	8%	1,80	0,30
Kesimpulan	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan data tersebut hasil uji normalitas data *pre test* dan *post test* sikap dengan menggunakan metode deskriptif (hitung) dapat disimpulkan distribusi data normal.

Tabel 4. 3
 Hasil Uji Normalitas data *pre test* dan *post test* praktik *role play*
 menggunakan metode deskriptif (hitung)

praktik <i>role play</i>	Hasil <i>Pre Test</i>			Hasil <i>Post Test</i>		
	CoV	RS	RK	CoV	RS	RK
Kriteria Normal	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2	< 30%	-2 sd 2	-2 sd 2
Hasil	28%	-0,37	-1,35	11%	-0,61	-0,80
Kesimpulan	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan data tersebut hasil uji normalitas data *pre test* dan *post test* praktik *role play* dengan menggunakan metode deskriptif (hitung) dapat disimpulkan distribusi data normal.

J. Etika Penelitian

Masalah etika pada penelitian yang menggunakan subjek manusia menjadi isu sentral yang berkembang saat ini (Nursalam, 2015). Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir sebagian besar subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka peneliti akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien. Penelitian ini dilakukan setelah mendapat ijin dari Kepala Puskesmas Muara Rapak. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan etika meliputi :

1. Prinsip manfaat

- a. Bebas dari penderitaan Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.
- b. Bebas dari eksploitasi Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang

telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

- c. Risiko (benefits ratio) Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

- a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*) Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sanksi apa pun atau akan berakibat terhadap keseimbangannya, jika mereka seorang klien.

- b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*) Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

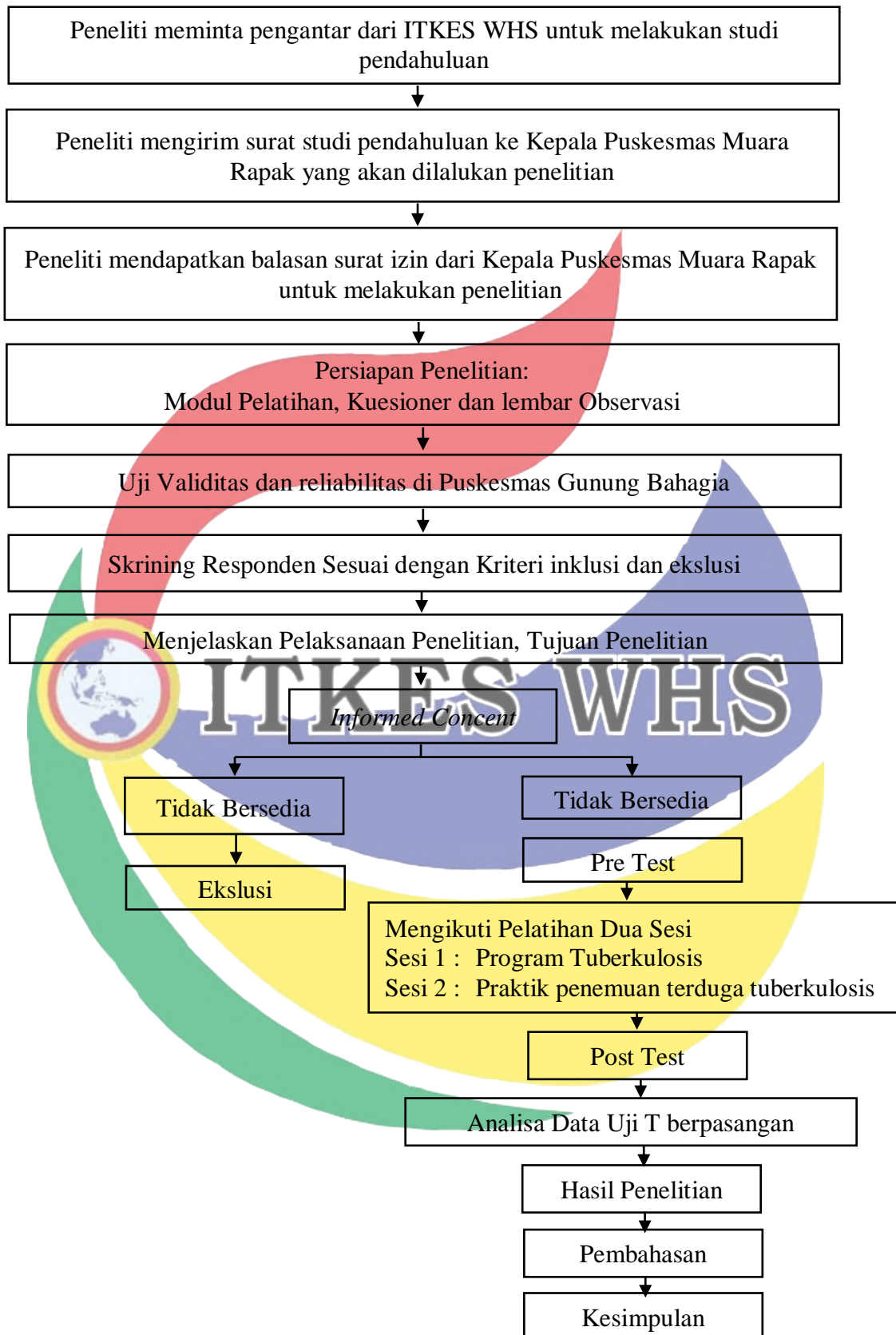
- c. *Informed consent* Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*) Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

- b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*) Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*)

K. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh pelaksanaan pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan. Penelitian ini dilakukan bulan Mei 2020. Responden penelitian ini adalah kader tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak sebanyak 36 orang.

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Puskesmas Muara Rapak merupakan Puskesmas Tipe B, terletak di Jalan Klamono RT. 044 Kelurahan Muara Rapak di Kecamatan Balikpapan Utara dengan luas wilayah kerja sebesar 352,7 Ha dengan penduduk tahun 2019 sejumlah 29.617 Jiwa dan 76 RT. Daerah di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak adalah kawasan yang terdiri dataran rendah dan sebagian kawasan berbukit. Puskesmas Muara Rapak terletak di simpang lima pusat Kota Balikpapan dengan tingkat kepadatan yang sangat tinggi. Ketinggian tanah 20 Meter di atas permukaan dengan curah hujan : 998 mm/tahun dan suhu udara rata – rata 35,27°C .

Orbitasi (jarak dari Pusat Pemerintahan Kelurahan) :

- 1) Jarak dari Pusat Pemerintahan Kecamatan : 6,0 Km
- 2) Jarak dari Pemerintahan Kota Balikpapan : 3,5 Km
- 3) Jarak dari ibu Kota Propensi Kalimantan Timur :116,5Km

Batas Wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak adalah sebagai berikut:

- 1) Utara : Kelurahan Batu Ampar
- 2) Selatan : Kelurahan Karang Jati
- 3) Barat : Kelurahan Baru Ilir / Margo Mulyo
- 4) Timur : Kelurahan Gunung Samarinda / Karang Rejo.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Usia

Karakteristik berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak, yaitu :

Tabel 4. 1

Distribusi responden berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak tahun 2020

No	Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
1	26 - 35	5	14 %
2	36 - 45	18	50 %
3	46 - 55	11	30,5 %
4	56 – 65	2	5,5 %
Total		36	100%

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 5.1 di atas diperoleh karakteristik usia responden sebagian besar berusia 36 - 45 tahun sebanyak 18 responden dengan presentasi 50 %.

2. Karakteristik Pendidikan Terakhir

Karakteristik berdasarkan pendidikan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak, yaitu :

Tabel 4. 2

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak tahun 2020

No	Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
1	SD / Sederajat	0	0 %
2	SMP / Sederajat	5	14 %
3	SMA / Sederajat	29	80,5 %
4	Diploma	2	5,5 %
5	Sarjana	0	0 %
Total		36	100%

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan tabel 5. 4 di atas diperoleh karakteristik tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan SMA / sederajat sebanyak 29 dengan presentasi 80,5 %.

3. Pengetahuan kader sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan

Data pengetahuan diperoleh saat responden mengisi kuesioner sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan. Nilai jawaban responden kemudian diberikan skor sebelum dan sesudah pelatihan sesuai dengan definisi operasional.

Table 4. 3

Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak tahun 2020

Pengetahuan	Rerata	Selisih	IK 95%	Nilai P
Skor sebelum pelatihan (n=36)	9,75			
Skor Sesudah pelatihan (n=36)	12,31	2,55	2,04-3,06	<0,001

Sumber data primer 2020

Berdasarkan data di atas nilai skor pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dilakukan pelatihan adalah rerata 9,75 dengan simpang baku 1,40 dan setelah pelatihan rerata menjadi 12,31 dengan simpang baku 1,56. Selisih sebelum dan setelah pelatihan 2,55 dengan simpang baku 1,50 dan Interval Kepercayaan 95% berada di rentang 2,04-3,06. Berdasarkan hasil uji analisis dengan uji T berpasangan didapatkan Nilai P 0,000 atau <0,001, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

4. Sikap kader sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan

Data sikap diperoleh saat responden mengisi kuesioner sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan. Nilai jawaban responden kemudian

diberikan skor sebelum dan sesudah pelatihan sesuai dengan definisi operasional.

Table 4. 4

Karakteristik responden berdasarkan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di

Puskesmas Muara Rapak tahun 2020

Sikap	Rerata	Selisih	IK 95%	Nilai P
Skor sebelum pelatihan (n=36)	30,08			
		13,05	11,80-14,31	<0,001
Skor Sesudah pelatihan (n=36)	43,14			

Sumber data primer 2020

Berdasarkan data di atas nilai skor sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dilakukan pelatihan adalah rerata 30,08 dengan simpang baku 2,38 dan setelah pelatihan rerata menjadi 43,14 dengan simpang baku 3,28. Selisih sebelum dan setelah pelatihan 13,05 dengan simpang baku 3,71 dan Interval Kepercayaan 95% berada di rentang 11,80-14,31. Berdasarkan hasil uji analisis dengan uji T berpasangan didapatkan Nilai P 0,000 atau <0,001, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

5. Praktik *role play* kader sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan

Data diperoleh saat peneliti melakukan observasi terhadap praktik *role play* kader sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan. Nilai hasil observasi kemudian diberikan skor sebelum dan sesudah pelatihan sesuai dengan definisi operasional.

Table 4. 5

Karakteristik responden berdasarkan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak tahun 2020

Praktik <i>Role Play</i>	Rerata	Selisih	IK 95%	Nilai P
Skor sebelum pelatihan (n=36)	3,61			
Skor Sesudah pelatihan (n=36)	6,19	2,58	2,27-2,89	<0,001

Sumber data primer 2020

Berdasarkan data di atas nilai skor praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dilakukan pelatihan adalah rerata 3,61 dengan simpang baku 1,02 dan setelah pelatihan rerata menjadi 6,19 dengan simpang baku 0,66. Selisih sebelum dan setelah pelatihan 2,58 dengan simpang baku 0,90 dan Interval Kepercayaan 95% berada di rentang 2,27-2,89. Berdasarkan hasil uji analisis dengan uji T berpasangan didapatkan Nilai P 0,000 atau <0,001, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

C. Pembahasan

1. Mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan kader dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan Uji Parametrik *T Test dependent* (Uji T Berpasangan) karena data berdistribusi normal. Uji T berpasangan digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan pelatihan kader dengan peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan. Berdasarkan hasil uji statistik uji T

berpasangan dari 36 responden diperoleh skor rerata pengetahuan responden sebelum pelatihan sebesar 9,75 dan setelah pelatihan rerata pengetahuan responden sebesar 12,31. Hasil uji statistik didapatkan nilai $P = < 0,001$ atau 0,000, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Pengukuran pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelaksanaan pelatihan memiliki persentase 70 % dengan interpretasi pengetahuan cukup, sedangkan pengukuran pengetahuan dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah pelaksanaan pelatihan memiliki persentase 88 % dengan interpretasi pengetahuan baik. Berdasarkan data tersebut menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah mendapatkan pelatihan. Karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar berusia 36 - 45 tahun sebanyak 18 responden dengan presentasi 50 %, dan berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan SMA / sederajat sebanyak 29 dengan presentasi 80,5 %.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat setelah individu mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera yang kemudian disimpan sebagai informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman di dalam benak individu, sebagian besar diperoleh melalui indera mata dan telinga dan selama penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal, yaitu jasmani dan rohani, yaitu termasuk usia dan pendidikan. Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibandingkan yang lebih muda sehingga dengan meningkatnya usia akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional, dan toleransi terhadap pandangan orang lain

(Sumartini, 2014). Dan pendidikan berperan besar dalam produktivitas, semakin berpendidikan tingkat produktivitas pekerja semakin baik. Pekerjaan profesi seperti guru, petugas medis yang berpendidikan tinggi mempunyai daya cipta yang lebih baik dari pada pekerja yang lebih rendah (Gibson, James Donnelly, Ivancevich, & Donnelly, 2013).

Selain faktor internal jasmani dan rohani, ada faktor lain, yaitu faktor eksternal, yaitu pendidikan, media masa, ekonomi, hubungan sosial, pengalaman. Adapaun faktor eksternal yang memungkinkan dapat dirubah dengan cepat adalah pendidikan. Pendidikan formal mempengaruhi pengetahuan yang diharapkan dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan bahwa seseorang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak dipengaruhi oleh pendidikan formal saja, akan tetapi dapat dipengaruhi oleh pendidikan non formal. Salah satu pendidikan non formal dalam pemberdayaan masyarakat adalah pelaksanaan pelatihan yang diselenggarakan oleh pihak yang berwenang (Sukmadinata, 2013), dan (Wawan & Dewi, 2019).

Pelatihan dalam upaya pemberdayaan masyarakat yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, perguruan tinggi, dan/atau anggota masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Pelatihan yang diselenggarakan oleh pihak yang tepat harus terencana berdasarkan analisis permasalahan, menetapkan tujuan yang terukur, mengimplementasikan dan revisi, dan mengevaluasi keberhasilan pelatihan ini merupakan landasan dalam melaksanakan pelatihan (Waryana, 2016). Pelatihan yang diselenggarakan secara terencana, terukur dan sistematis akan memberikan daya ungkit dalam meningkatkan pengetahuan individu tentang informasi yang spesifik (Rejeki et al., 2019).

Pengetahuan kader yang meningkat akan berdampak pada tujuan akhir yang akan dicapai terjadinya perubahan dan peningkatan praktik *role*

play kader sebagai orientasi lapangan dalam menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat. Sehingga kader sebagai agen perubahan (*agen of change*) di tengah masyarakat, akan mampu mengenal masalah kesehatan, mengidentifikasi, memecahkan masalah dan mengevaluasi masalah kesehatan di lingkungannya (Hermawan & ERLina, 2019).

Berdasarkan pendapat di atas, peneliti berasumsi bahwa responden mayoritas berhasil menyelesaikan pendidikan formal SMA sederajat, sebagian besar berusia produktif dan mendapatkan pelatihan non formal yang terencana, terukur dan sistematis berdasarkan masalah yang sedang terjadi yang diselenggarakan oleh pihak Puskesmas Muara Rapak yang mengerti secara spesifik masalah kesehatan tentang rendahnya penemuan kasus tuberkulosis di wilayah kerjanya, sehingga pelatihan ini memberikan dampak terjadi peningkatan pengetahuan responden yang diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan. Pelatihan yang terlaksana memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan kader dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Boy (2015) mengungkapkan bahwa pelatihan kader terhadap penanganan tuberkulosis di wilayah binaan Kecamatan Medan Denai. Penelitian ini menggunakan uji statistik *wilcoxon* dengan hasil Dimana hasil Sig = 0,000 dengan *based on negative ranks* sebesar -4,837. Hasil analisis menyatakan jumlah Sig < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi perbedaan tingkat pengetahuan dan penanganan terhadap penyakit tuberkulosis antara sebelum dan sesudah dilakukannya pelatihan di wilayah binaan Kecamatan Medan Denai Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Sinaga, Hotmaida, Fuadah, & Maryani (2020) tentang pelatihan skrining kasus tb bagi kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung mengungkapkan bahwa Hasil kegiatan pelatihan skrining suspek TB pada kader kesehatan di Desa Babakan Ciparay menunjukkan tingkat keberhasilan dengan indikasi

adanya respon yang positif dari kader dengan menunjukkan peningkatan pengetahuan melalui metode *pre* dan *post test* pada saat pelatihan. Hasil pretest yaitu sebagian besar kader memiliki pengetahuan kurang sebanyak 49%, hampir sebagian kecil kader memiliki pengetahuan cukup sebanyak 26%, dan tidak seorangpun kader memiliki pengetahuan baik 0%. Hasil *post test* didapatkan bahwa hampir sebagian besar kader yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 28%, pengetahuan cukup sebanyak 38% dan pengetahuan baik sebanyak 33%. Dari hasil pretest dan posttest melalui pengukuran uji *Wilcoxon* untuk sampel berpasangan diperoleh nilai signifikansi atau nilai p sebesar 0,002 ($p < 0,05$) artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara skor pengetahuan kader kesehatan sebelum dan setelah mengikuti pelatihan tersebut.

Berdasarkan pembahasan diatas didapatkan hasil adanya peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis yang signifikan, sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan peningkatan pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

2. Mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan pelatihan kader terhadap sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan Uji Parametrik *T Test dependent* (Uji T Berpasangan) karena data berdistribusi normal. Uji T Berpasangan digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan pelatihan kader dengan peningkatan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan. Berdasarkan hasil uji statistik uji T berpasangan dari 36 responden diperoleh skor rerata sikap responden sebelum pelatihan sebesar 30,08 dan setelah pelatihan rerata pengetahuan responden sebesar 43,14. Hasil uji statistik didapatkan nilai $P = < 0,001$ atau 0,000, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan sikap

kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Pengukuran sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelaksanaan pelatihan memiliki rerata 30,08 dengan interpretasi sikap negatif, sedangkan pengukuran sikap dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah pelaksanaan pelatihan memiliki rerata 43,14 dengan interpretasi sikap positif. Berdasarkan data tersebut menunjukkan terjadi peningkatan sikap kader ke arah yang positif dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah mendapatkan pelatihan. Karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar berusia 36 - 45 tahun sebanyak 18 responden dengan presentasi 50 %, dan berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan SMA / sederajat sebanyak 29 dengan presentasi 80,5 %.

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon seseorang berdasarkan pendirian dan keyakinan yang dimiliki seseorang tersebut yang bersifat masih tertutup terhadap suatu stimulus yang sifatnya tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek. dan sikap ini merupakan kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu dan belum merupakan suatu praktik atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi praktik suatu perilaku (Notoatmodjo, 2012).

Sikap yang terbentuk sebelum praktik tidak dibawa sejak lahir, tetapi dapat dipelajari sepanjang perkembangan hidup objek tersebut dimulai dari keluarga, masyarakat dan lingkungan sosial individu tersebut, sehingga sikap ini dapat berubah-ubah pada objek tersebut jika terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap tersebut berubah (Notoatmodjo, 2012). Ketika sikap yang terbentuk berdasarkan komponen aspek emosional maka biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki

seseorang terhadap sesuatu yang bisa dipengaruhi oleh faktor emosional dan pendidikan (Azwar, 2010).

faktor emosional yang mempengaruhi sikap, kadang kala suatu bentuk sikap tersebut merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan emosi individu. Semakin bertambahnya usia individu maka semakin matang dalam menguasai dan mengendalikan emosinya. Individu semakin baik dalam memandang suatu masalah, menyalurkan dan mengontrol emosinya lebih stabil dan matang secara emosi. Kemampuan individu yang matang secara usia akan mempengaruhi emosi sehingga akan membentuk sikap yang kuat dimasyarakat (Azwar, 2010) dan (Hurlock, 1980). Disamping usia faktor lain dapat merubah sikap individu ke arah positif atau ke arah lebih baik dalam manajemen kesehatan di lingkungan tingkat masyarakat adalah dengan memberikan pendidikan non formal, yaitu pelatihan yang diselenggarakan secara terencana, terukur dan sistematis oleh pihak yang memiliki kompetensi (Jembarwati, 2016) dan (Rejeki et al., 2019).

Pelatihan yang terlaksana akan membentuk sikap individu memiliki tingkatan yang dapat diamati oleh orang lain, yaitu antara lain menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh (obyek), merespon (*responding*) jawaban apabila memberikan jawaban apabila ditanya, Menghargai (*valuing*) untuk mengajak orang lain mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah, bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi. Pada tahap terakhir inilah, yaitu bertanggung jawab (*responsible*) merupakan tujuan akhir dari pelatihan kader tuberkulosis di masyarakat, meskipun setelah pelatihan kader tuberkulosis memiliki sikap pada tahapan yang berbeda-beda, tetapi secara bertahap akan mencapai tahap bertanggung jawab (*responsible*) (Wawan & Dewi, 2019).

Sikap kader tuberkulosis yang bertanggungjawab (*responsible*) akan membentuk secara langsung kader sebagai agen perubahan (*agen of change*), sehingga memberikan dampak positif di masyarakat karena sikap tersebut merupakan salah satu faktor pembentuk praktik kader di masyarakat dalam upaya menemukan terduga tuberkulosis. Praktik kader secara aktif inilah merupakan tujuan akhir dari konsep pemberdayaan masyarakat, dari masyarakat, oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2012) dan (Hermawan & ERLina, 2019).

Peningkatan rerata sikap kader setelah mendapatkan pelatihan menurut asumsi peneliti disebabkan karena sebagian besar kader menamatkan pendidikan ditingkat SMA/ sederajat dan sebagian besar berusia produktif dan terutama intervensi yang langsung diberikan dalam waktu yang cepat dapat merubah sikap, yaitu pelatihan kader yang dilaksanakan secara terencana, terukur dan sistematis oleh pihak yang memiliki kompetensi, dalam hal ini adalah Puskesmas Muara Rapak sehingga memberikan dampak perubahan sikap yang positif bagi kader dalam menemukan terduga baru kasus tuberkulosis di masyarakat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Badar, dkk (2018) tentang pelatihan dengan metode *role play* efektif terhadap kader pmo-tb tentang penemuan kasus baru tb paru di wilayah kerja Puskesmas Lempake diperoleh hasil sebelum diberikan pelatihan dengan metode *role play*, sebagian besar responden bersikap negatif sebanyak 20 orang (66,7%), sedangkan responden bersikap positif sebanyak 10 orang (33,3%). Sikapsesudah diberikan pelatihan dengan metode *role play*, sebagian besar responden sikapnya positif sebanyak 16 orang (53,3%), sedangkan responden bersikap negatif menjadi 14 orang (46,7%). Hasil uji statistik McNemar yaitu p value = 0,016 dimana p value < 0,05, yang berarti hipotesis nol ditolak sehingga disimpulkan ada perbedaan secara signifikan antara sikap responden sebelum dan setelah pelatihan metode *role play* di kelurahan Lempake.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Hoko, Kurniawati, & Maryanti(2019) tentang hubungan sikap kader posyandu tentang tugas

pengembangan kader terhadap tindakan penemuan kasus tb paru di Puskesmas Lite mengungkapkan bahwa responden yang memiliki sikap cukup, tindakannya penemuan terduga masuk dalam kategori cukup, sebaliknya responden yang memiliki sikap kurang, tindakannya masuk dalam kategori kurang. Uji Spearman rho didapatkan hasil hitung nilai rho (p)=0,014, artinya H_0 ditolak, ada hubungan antara sikap kader tentang tugas pengembangan kader dengan praktiknya penemuan kasus TB oleh kader di masyarakat. Hasil uji juga menunjukkan koefisien korelasi (r)=1,000, artinya sikap dan praktik kader memiliki tingkat hubungan yang sangat kuat.

Berdasarkan pembahasan diatas didapatkan hasil adanya peningkatan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis yang signifikan, sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan peningkatan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

3. Mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan pelatihan kader terhadap praktik *role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan Uji Parametrik *T Test dependent* (Uji T Berpasangan) karena data berdistribusi normal. Uji T Berpasangan digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan pelatihan kader dengan peningkatan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan. Berdasarkan hasil uji statistik uji T berpasangan dari 36 responden diperoleh skor rerata praktik *role play* kader sebelum pelatihan sebesar 3,61 dan setelah pelatihan rerata praktik *role play* responden sebesar 6,19. Hasil uji statistik didapatkan nilai $P < 0,001$ atau 0,000, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap peningkatan sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Pengukuran praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelaksanaan pelatihan memiliki persentase 45 % dengan interpretasi praktik *role play* kurang, sedangkan pengukuran praktik *role play* dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah pelaksanaan pelatihan memiliki persentase 77,4 % dengan interpretasi praktik *role play* baik. Berdasarkan data tersebut menunjukkan terjadi peningkatan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis setelah mendapatkan pelatihan. Karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar berusia 36 - 45 tahun sebanyak 18 responden dengan presentasi 50 %, dan berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan SMA / sederajat sebanyak 29 dengan presentasi 80,5 %.

Praktik adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk praktik (*action*) yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi (Notoatmodjo, 2014). Praktik atau perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2014).

Seseorang setelah mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan yang bersifat (*overt behavior*). Perilaku kesehatan akan terbentuk secara alamiah jika usia individu bertambah, maka akan mempengaruhi persepsi maupun kemampuan seseorang dalam menerima informasi, sehingga akan mempengaruhi pengambilan keputusan.

Keputusan dalam bertindak akan optimal jika disertai dengan bertambahnya usia individu. Menurut Hurlock (1980) semakin bertambah usia individu, diharapkan emosinya akan lebih matang dan individu akan lebih dapat menguasai dan mengendalikan emosi. Individu akan berperilaku semakin baik dalam kemampuan memandang suatu masalah, menyalurkan dan mengontrol emosinya secara lebih stabil dan matang secara emosi dalam berperilaku. Bertambahnya usia individu disertai dengan peningkatan pendidikan yang tinggi karena Pendidikan tinggi diharapkan menghasilkan tenaga sumber daya manusia yang mampu mengadakan pembaharuan dan perbaikan mutu pelayanan (Notoatmodjo, 2014).

Praktik (*practice*) kesehatan yang dilaksanakan dengan dengan *role play* dengan berorientasi realitas secara sadar akan pentingnya kesehatan dapat dirubah melalui peningkatan pendidikan. Pendidikan yang dapat dilaksanakan secara cepat dalam upaya pemberdayaan masyarakat dalam mengenal masalah kesehatannya adalah pelatihan yang berbasis masalah kesehatan di wilayah tersebut, yang diselenggarakan oleh tenaga pendamping, yaitu Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, perguruan tinggi, dan/atau anggota masyarakat (Notoatmodjo, 2014) dan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Peningkatan rerata praktik *role play* kader setelah mendapatkan pelatihan menurut asumsi peneliti disebabkan karena sebagian besar kader menamatkan pendidikan ditingkat SMA/ sederajat dan terutama intervensi yang langsung diberikan dalam waktu yang cepat, jika dibandingkan dengan pendidikan formal. Pelatihan ini dapat merubah praktik *role play* sebagai bagian dari orientasi realita di lapangan oleh kader, yaitu pelatihan kader yang dilaksanakan secara *terencana*, terukur dan sistematis oleh pihak yang memiliki kompetensi, dalam hal ini adalah Puskesmas Muara Rapak sehingga memberikan dampak perubahan praktik *role play* yang positif bagi kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014) tentang penguatan peran kader kesehatan dalam penemuan kasus

tuberkulosis (TB) BTA positif melalui edukasi dengan pendekatan *Theory Of Planned Behaviour* (TPB) mengungkapkan bahwa peran kader kesehatan dalam penemuan kasus TB dengan metode edukasi menggunakan *theory of planned behavior* memiliki hubungan kuat dalam penemuan kasus TB dan memotivasi pasien TB untuk berobat ke pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sinaga, dkk (2020) tentang pelatihan skrining kasus tb bagi kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung diperoleh hasil terjadi peningkatan yang signifikan praktik kader dalam memberikan KIE setelah mendapatkan pelatihan tuberkulosis.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Badar, dkk (2018) tentang pelatihan dengan metode *role play* efektif terhadap kader pmo-tb tentang penemuan kasus baru tb paru di Puskesmas Lempake mengungkapkan bahwa tidak ada perbedaan secara signifikan antara tindakan sebelum dan setelah pelatihan metode *role play* di Puskesmas Lempake. Hal ini terjadi karena ada faktor *reinforcing* atau penguat yang tidak terpenuhi, yaitu kurang intensitas pembinaan dari Puskesmas wilayah setempat. Sedangkan pada penelitian ini faktor *reinforcing* atau penguat sudah terpenuhi dengan dukungan sarana, fasilitas dan *reward* yang diberikan pihak Puskesmas Muara Rapak, sehingga terdapat pengaruh yang signifikan sebelum dan sesudah kader mendapatkan pelatihan tuberkulosis.

Berdasarkan pembahasan di atas didapatkan hasil adanya peningkatan skor rerata praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis yang signifikan, sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan peningkatan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

4. Mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam penemuan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan uji statistik yaitu, uji T Berpasangan. Uji T Berpasangan digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan pelatihan kader dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan. Berdasarkan hasil uji statistik dari 36 responden diperoleh hasil terjadi peningkatan yang signifikan, yaitu *significancy P Value* pengetahuan 0,000, sikap 0,000 dan praktik *role play* 0,000. Hasil tersebut menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pelatihan kader terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Pengukuran pengetahuan kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelatihan diinterpretasikan pengetahuan cukup dan setelah pelatihan terjadi peningkatan menjadi pengetahuan baik. Sikap kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelatihan diinterpretasikan bersikap negatif dan setelah pelatihan terjadi peningkatan sikap menjadi sikap positif. praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum pelatihan diinterpretasikan praktik *role play* kurang setelah pelatihan terjadi peningkatan praktik *role play* menjadi praktik baik. Karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar berusia 36 - 45 tahun sebanyak 18 responden dengan presentasi 50 %, dan berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan SMA / sederajat sebanyak 29 dengan presentasi 80,5 %.

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal, yaitu jasmani dan rohani, yaitu termasuk usia dan pendidikan. Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibandingkan yang lebih muda sehingga dengan meningkatnya usia akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional, dan toleransi terhadap pandangan orang lain (Sumartini, 2014). Dan pendidikan berperan besar dalam produktivitas, semakin berpendidikan tingkat produktivitas pekerja semakin baik. Pekerjaan profesi seperti guru, petugas medis yang berpendidikan tinggi

mempunyai daya cipta yang lebih baik dari padapekerja yang lebih rendah (Gibson, James Donnelly et al., 2013).

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat setelah individu mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera yang kemudian disimpan sebagai informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman di dalam benak individu, sebagian besar diperoleh melalui indera mata dan telinga dan selama penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan yang ada di dalam benak individu akan menentukan suatu sikap, yakni suatu reaksi atau respon seseorang berdasarkan pendirian dan keyakinan yang dimiliki seseorang tersebut yang bersifat masih tertutup terhadap suatu stimulus yang sifatnya tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek. Sikap merupakan kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu dan belum merupakan suatu praktik atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi praktik suatu perilaku (Notoatmodjo, 2014).

Sikap yang terbentuk tidak dibawa sejak lahir, tetapi dapat dipelajari sepanjang perkembangan hidup objek tersebut dimulai dari keluarga, masyarakat dan lingkungan sosial individu tersebut, sehingga sikap ini dapat berubah-ubah pada objek tersebut jika terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap tersebut berubah (Notoatmodjo, 2012). Sikap yang telah terbentuk akan berubah menjadi praktik (*practice*) atau *overt behavior* jika diwujudkan dalam bentuk aktivitas seperti berjalan, berpakaian, berbicara dan lain-lain oleh individu (Wawan & Dewi, 2019).

Praktik (*practice*) atau *overt behavior* adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk praktik (*action*) yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi. Praktik atau

perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya. Individu yang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya dinilai baik (Notoatmodjo, 2014).

Praktik (*practice*) kesehatan yang sadar akan pentingnya kesehatan dapat dirubah melalui peningkatan pendidikan. Pendidikan yang dapat dilaksanakan secara cepat dalam upaya pemberdayaan masyarakat dalam mengenal masalah kesehatannya adalah pelatihan yang berbasis masalah kesehatan di wilayah tersebut, yang diselenggarakan oleh tenaga pendamping, yaitu Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, perguruan tinggi, dan/atau anggota masyarakat (Notoatmodjo, 2014) dan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Pelatihan yang diselenggarakan oleh pihak yang tepat harus terencana berdasarkan analisis permasalahan, menetapkan tujuan terukur yang ingin dicapai, mengimplementasikan dan revisi, dan mengevaluasi keberhasilan pelatihan ini merupakan landasan dalam melaksanakan pelatihan. Pelatihan yang diselenggarakan secara terencana, terukur dan sistematis akan memberikan daya ungkit dalam meningkatkan pengetahuan individu tentang informasi yang spesifik (Rejeki et al., 2019) dan (Waryana, 2016)

Teori Lawrence Green dalam Nursalam (2015) mengemukakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Untuk mencapai perilaku kesehatan diperlukan *predisposing factor*, yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik *role play*. *enabling factors*, yaitu sarana dan prasarana dan penunjang lainnya yang

bertujuan merubah perilaku dan *reinforcing factors*, yaitu adanya dukungan dari lintas sektor terkait seperti kader, PKK, LPM, Kelurahan, Kecamatan dll. Tiga faktor utama pembentuk perilaku akan memberikan dampak kesehatan yang adekuat terhadap *Health Program*, yaitu dalam bentuk pemberdayaan masyarakat seperti pelatihan kader, desa siaga, kelompok peduli kesehatan lainnya.

Berdasarkan pendapat di atas, peneliti berasumsi bahwa responden mayoritas berhasil menyelesaikan pendidikan formal SMA sederajat dan mendapatkan pelatihan non formal yang terencana, terukur dan sistematis berdasarkan masalah yang sedang terjadi yang diselenggarakan oleh pihak Puskesmas Muara Rapak yang mengerti secara spesifik masalah kesehatan tentang rendahnya penemuan kasus tuberkulosis di wilayah kerjanya, sehingga pelatihan ini memberikan dampak terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* responden yang diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan. Pelatihan yang terlaksana memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Boy(2015) mengungkapkan bahwa pelatihan kader memberikan dampak yang signifikan dalam peningkatan pengetahuan kader dalam penanganan tuberkulosis di wilayah binaan Kecamatan Medan Denai. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sinaga, Hotmaida, Fuadah, & Maryani (2020) tentang pelatihan skrining kasus tb bagi kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung mengungkapkan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan sebelum dan sesudah pelatihan kader dalam skrining penemuan terduga TBC.

Penelitian tentang pengetahuan kader tersebut di atas sejalan dengan penelitian tentang sikap yang dilakukan oleh Badar, dkk (2018) tentang pelatihan dengan metode *role play* efektif terhadap kader pmo-tb tentang penemuan kasus baru tb paru di wilayah kerja Puskesmas Lempake diperoleh hasil terjadi peningkatan sikap yang signifikan sebelum dan

setelah mendapatkan pelatihan dengan metode *role play*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hoko, Kurniawati, & Maryanti (2019) tentang hubungan sikap kader posyandu tentang tugas pengembangan kader terhadap praktik penemuan kasus tb paru di Puskesmas Lite mengungkapkan bahwa ada hubungan antara sikap kader tentang tugas pengembangan kader dengan praktik penemuan kasus TB oleh kader di masyarakat.

Penelitian tentang sikap tersebut di atas sejalan dengan penelitian tentang praktik yang dilakukan oleh Sumartini (2014) tentang penguatan peran kader kesehatan dalam penemuan kasus tuberkulosis (TB) BTA positif melalui edukasi dengan pendekatan *Theory Of Planned Behaviour* (TPB) mengungkapkan bahwa peran kader kesehatan dalam penemuan kasus TB dengan metode edukasi menggunakan *theory of planned behavior* memiliki hubungan kuat dalam penemuan kasus TB dan memotivasi pasien TB untuk berobat ke pelayanan kesehatan. Penelitian lain yang telah dilakukan oleh Sinaga, dkk (2020) tentang pelatihan skrining kasus tb bagi kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung diperoleh hasil terjadi peningkatan yang signifikan praktik (*practice*) kader dalam memberikan KIE setelah mendapatkan pelatihan tuberkulosis.

Penelitian yang dilakukan oleh Badar et al. (2018) tentang pelatihan dengan metode *role play* efektif terhadap kader pmo-tb tentang penemuan kasus baru tb paru di Puskesmas Lempake mengungkapkan terdapat pengaruh yang signifikan pengetahuan dan sikap kader sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan, dan tidak terdapat pengaruh yang signifikan tindakan kader sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan. Hal ini terjadi karena ada faktor *reinforcing* atau penguat yang tidak terpenuhi, yaitu kurang intensitas pembinaan dari Puskesmas Lempake. Sedangkan pada penelitian ini faktor *reinforcing* atau penguat sudah terpenuhi dengan dukungan sarana, fasilitas dan *reward* yang diberikan pihak Puskesmas Muara Rapak, sehingga terdapat pengaruh yang

signifikan sebelum dan sesudah kader mendapatkan pelatihan tuberkulosis.

Berdasarkan pembahasan diatas didapatkan hasil adanya peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis, sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian dari 36 responden didapatkan rerata pengetahuan responden sebelum pelaksanaan pelatihan sebesar 9,75 dan persentase 70% dengan kategori pengetahuan cukup dan rerata pengetahuan setelah pelaksanaan pelatihan sebesar 12 dan persentase 88% dengan kategori pengetahuan baik
2. Hasil penelitian dari 36 responden didapatkan rerata sikap responden sebelum pelaksanaan pelatihan sebesar 30,08 dengan kategori sikap negatif dan rerata sikap setelah pelaksanaan pelatihan sebesar 43,14 dengan kategori sikap positif
3. Hasil penelitian dari 36 responden didapatkan rerata praktik *role play* responden sebelum pelaksanaan pelatihan sebesar 3,61 dan persentase 45% dengan kategori praktik *role play* kurang dan rerata praktik *role play* setelah pelaksanaan pelatihan sebesar 6,19 dan persentase 77,4% dengan kategori praktik *role play* baik.
4. Hasil identifikasi pengetahuan sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader menggunakan uji statistik Uji T Berpasangan didapatkan *significancy p value* 0,000 yang berarti ada pengaruh yang signifikan peningkatan pengetahuan kader sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan
5. Hasil identifikasi sikap sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader menggunakan uji statistik Uji T Berpasangan didapatkan *significancy p value* 0,000 yang berarti ada pengaruh yang signifikan peningkatan sikap kader sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan.
6. Hasil identifikasi praktik *role play* sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan kader menggunakan uji statistik Uji T Berpasangan didapatkan *significancy p value* 0,000 yang berarti ada pengaruh yang

signifikan peningkatan praktik *role play* kader sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan.

7. Hasil penelitian menunjukkan setelah dilaksanakan pelatihan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik *role play* kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

B. Saran

Dari uraian pembahasan dan kesimpulan tersebut, penulis memberikan saran :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan diharapkan dapat menggunakan modul yang telah disusun agar menjadi standar pelaksanaan pelatihan dan monitoring evaluasi setiap 3 bulan untuk kader dalam menemukan terduga tuberkulosis di seluruh Puskesmas Kota Balikpapan
2. Bagi Puskesmas Muara Rapak khususnya ketua pokja UKM dan penanggungjawab P2P Tuberkulosis meningkatkan jejaring dan koordinasi lintas sektor terkait dalam kegiatan lokakarya mini lintas sektor setiap triwulan sehingga kader tuberkulosis yang telah terbentuk akan mendapatkan dukungan dari masyarakat dalam upaya menemukan terduga tuberkulosis.
3. Bagi Instansi pendidikan Keperawatan diharapkan memberikan pembelajaran dan literatur tentang Manajemen Puskesmas dan Startegi Nasional Pengendalian Tuberkulosis dengan Startegi DOTS agar mahasiswa keperawatan lebih memahami tentang pengendalian tuberkulosis secara global yang terintegrasi dengan manajemen puskesmas melalui upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aderita, N. I., & Chotimah, C. (2018). Peran Kader Kesehatan dalam Tindakan Penemuan Kasus Tuberkulosis dengan Pendekatan Theory Planned of Behaviour di Wilayah Kerja Puskesmas Bendosari The Role of Health Cadres in the Actions of Tuberculosis Cases with Theory Planned Behaviour Approach in Be. *IJMS-Indonesian Journal On Medical Sciences*, 5(2), 160–167.
- Anisah, I. A., Kusumawati, Y., & Kirwono, B. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Community TB Care 'Aisyiyah Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 10(2), 47. <https://doi.org/10.23917/jurkes.v10i2.5533>
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2010). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badar, B., Amiruddin, A., Setiadi, R., & Rahman, G. (2018). Pelatihan Dengan Metode Role Play Efektif Terhadap Kader PMO-TB Tentang Penemuan Kasus Baru TB Paru. *Husada Mahakam: Jurnal Kesehatan*, 4(7), 419. <https://doi.org/10.35963/hmjk.v4i7.148>
- Boy, E. (2015). Efektifitas Pelatihan Kader Kesehatan dalam Penanganan Tuberkulosis di Wilayah Binaan. *Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*, 4(2), 83–89. <https://doi.org/10.22146/jpki.25274>
- Budiman, & Agus, R. (2013). Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan. In *Salemba Medika* (Vol. 5). <https://doi.org/10.22435/bpsk.v15i4 Okt.3050>
- Dahlan, M. S. (2019). *Statistik Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan. (2018). Profil Kesehatan Kalimantan Timur Tahun 2017. In *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gibson, James Donnelly, L., Ivancevich, J. M., & Donnelly, J. H. (2013). *Organisasi dan Manajemen, Perilaku, Struktur, Proses*. Terj. Djoerban Wahid. Jakarta: Erlangga.
- Hermawan, A., & ERLina, L. (2019). Intervensi tb-paru melalui edukasi dan konseling di desa pasir panjang wilayah binaan puskesmas antibar kabupaten mempawah. *Jurnal Unmuh*, 16, 65–68.
- Heryana, A. (2019). *Buku Ajar Metodologi Penelitian pada Kesehatan Masyarakat*

(Vol. 91).

- Hoko, S. S., Kurniawati, N. D., & Maryanti, H. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Kader Posyandu Tentang Tugas Pengembangan Kader Terhadap Tindakan Penemuan Kasus Tb Paru Di Puskesmas Lite. *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 2(2), 50–56. Retrieved from <https://e-journal.unair.ac.id/IJCHN/article/view/11918/6853>
- Hurlock, E. B. (1980). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Gramedia.
- Infodatin. (2018). InfoDatin Tuberculosis. In *Infodatin tuberculosis*. Retrieved from <https://www.depkes.go.id/article/view/18030500005/waspadaipeningkatan-penyakit-menular.html%0Ahttp://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>
- Jembarwati, O. (2016). Modifikasi Perilaku Untuk Pengenalan Diri Dalam Membentuk Sikap Positif Peserta Didik. *Psymphatic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, 2(1), 57–62. <https://doi.org/10.15575/psy.v2i1.447>
- Kambuno, N. T., Senge, Y. H., Djuma, A. W., & Barung, E. N. (2019). Uji Tuberculosis Laten Pada Kontak Serumah Pasien BTA Positif Dengan Metode Mantoux Test. *Jurnal Info Kesehatan P-ISSN 0216-504X, E-ISSN 2620-536X*, 17(1), 50–63. <https://doi.org/10.31965/infokes.vol17.iss1.239>
- Kemendikbud. (2017). *Panduan Praktis Penyusunan E-Modul*. 4.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberculosis*. , (2016).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 Tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. , (2019).
- Kholid, A. (2014). *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Mulyono. (2012). *Strategi Pembelajaran*. Malang: UIN Maliki Press.
- Noatoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjana, M. A. (2015). Faktor Risiko Terjadinya Tuberculosis Paru Usia Produktif (15-49 Tahun) di Indonesia. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*,

25(3), 163–170.

- Nursalam. (2015). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prasanti, D., & Fuady, I. (2017). Penyuluhan Peran Kader Dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Masyarakat di Desa Cimanggu, Bandung Barat. *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 2(2), 83–92. <https://doi.org/10.30653/002.201722.21>
- Pusdatin. (2017). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
- Pusdatin. (2018). Data dan Informasi profil Kesehatan Indonesia 2018. In *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia*.
- Rachmah, R. A., Saraswati, L. D., & Ginandjar, P. (2019). Hubungan Antara Tingkat pengetahuan Kader Masyarakat Peduli Paru Sehat dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis di Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(3), 1–7.
- Rejeki, D. S. S., Nurlaela, S., & Anandari, D. (2019). *Pemberdayaan Kader Pendeteksi Tuberkulosis Paru Menuju Desa Lingasari yang Sehat dan Produktif*. 1(4), 87–93.
- Sandha, L., & Sari, K. (2017). Tingkat Pengetahuan dan Kategori Persepsi Masyarakat Terhadap Penyakit Tuberkulosis (TB) di Desa Kecicang Islam Kecamatan Bebandem Karangasem-Bali. *E-Jurnal Medika*, 6(12), 131–139.
- Sinaga, H., Hotmaida, L., Fuadah, F., & Maryani, L. (2020). Pelatihan Skrining Kasus TB Bagi Kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1, 1–10.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (Vol. 53). Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, N. S. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Sumartini, N. P. (2014). Penguatan Peran Kader Kesehatan dalam Penemuan Kasus Tuberkulosis (TB) BTA Positif melalui Edukasi dengan Pendekatan Theory of Planned Behaviour (TPB). *Jurnal Kesehatan Prima*, 8(1), 1246–1263.
- Swarjana, I. K. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.
- Waryana. (2016). *Promosi Kesehatan, Penyuluhan, dan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Nuha Medika.
- Wawan, A., & Dewi, M. (2019). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO. (2018). *Global tuberculosis report 2018*. Geneva.
- WHO. (2019). *Global tuberculosis report 2019*. Retrieved from https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

- Wijaya, I. M. K. (2013). *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2013,. *Pengetahuan, Sikap Dan Motivasi Terhadap Keaktifan Kader Dalam Pengendalian Tuberkulosis*, 2(April), 119–127. <https://doi.org/ISSN 1858-1196>
- Yanti, N. L. P. E. (2016). Pengendalian Kasus Tuberkulosis Melalui Kelompok Kader Peduli TB (KKP-TB). *Jurnal Keperawatan ISSN: 2303-1298*, 75–80.
- Zaini, H. (2011). *Strategi Pembelajaran Aktif*. Jakarta: CTSD.
- Zein, R. A., Suhariadi, F., & Hendriani, W. (2017). Estimating the effect of lay knowledge and prior contact with pulmonary TB patients, on health belief model in a high risk pulmonary TB transmission population. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 187–194. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S134034>



Lampiran 1



PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MUARA RAPAK
Jl. Klamono RT.44 No.16 Telp.(0542) 733544 Balikpapan 76125
Email : puskesmas_mrarak@yahoo.com



No : 445.20/1/PKM-MR
Lamp : 1 lembar
Perihal : ijin Permohonan Studi Pendahuluan

Balikpapan, 02 Desember 2019
Kepada
Yth. Stikes Wiyata Husada
Di -
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 22148/STIKES-WHS/XI/2019 tanggal 22 November 2019 tentang Permohonan Studi Pendahuluan Penelitian di lingkungan UPTD Puskesmas Muara Rapak Balikpapan, atas terlampir.

Pada prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan terlampir melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Muara Rapak Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih



Kepala Puskesmas Muara Rapak

Ns. Fahmy Rosady, S.Kep
NIP.196701211988011003

No	Nama
1	Ariansyah MS

Lampiran 2



**PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA**

Jl. Ruhui Rahayu RT. 15 No. 47 telp (0542) 874606 Balikpapan 76114
Email : Puskesmasgn.bahagia@yahoo.com



No	: 800 / 1594 / PKM-GBA	Balikpapan, 06 Mei 2020
Lampiran	: -	Kepada
Perihal	: Permohonan Izin Uji Validitas dan Reliabilitas	Yth. STIKES Wiyata Husada di - Samarinda

Menjawab surat saudara nomor : 3434 / STIKES – WHS / LT/2019 tanggal 8 Januari 2020 tentang Permohonan Izin Uji Validitas dan Reliabilitas di Lingkungan Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan atas,

Nama : Ariansyah. MS
NIM : B21824305201
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Kami memberikan izin untuk melakukan penelitian di Puskesmas Gunung Bahagia dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan dan perhatian diucapkan terima kasih

Kepala UPTD Puskesmas
Gunung Bahagia



SULAIMAN, SKM



PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MUARA RAPAK
Jl.Klamono RT.44 No.16 Telp.(0542) 733544 Balikpapan 76125
Email : puskesmas_mrarak@yahoo.com



No : 445.20/149 /PKM-MR
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Balikpapan, 16 Mei 2020
Kepada
Yth. STIKES Wiyata Husada
di -
Samarinda

Menjawab surat saudara nomor : 7599 / ITKES-WHS / LT / 2020 tanggal 15 Mei 2020 tentang Permohonan Izin Uji Penelitian di Lingkungan Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan atas:

Nama : Ariansyah. MS
NIM : B21824305201
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Kami memberikan izin untuk melakukan penelitian di Puskesmas Muara Rapak dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan dan perhatian diucapkan terima kasih

Kepala UPTD Puskesmas

Muara Rapak



NS.FAHMY ROSADY,S.KEP

Modul Pelatihan Kader dalam Penemuan Terduga Tuberkulosis



DINAS KESEHATAN KOTA BALIKPAPAN

PUSKESMAS MUARA RPAK

2020

Kurikulum pelatihan adalah dasar pelatihan yang terdiri dari tujuan, komponen yang ada di pelatihan, struktur pelatihan, monitoring dan evaluasi, kurikulum pelatihan dan garis-garis besar program pembelajaran yang terdiri ringkasan pelaksanaan fasilitasi pelatihan. Dalam pelatihan, seringkali terjadi ketidaksinkronan antara fasilitator yang bertanggung jawab terhadap isi dan kualitas suatu pelatihan dan penyelenggara sebagai penanggung jawab pelaksanaan pelatihan. Agar pelatihan berjalan efektif dan efisien, fasilitator dan penyelenggara harus mempelajari kurikulum dan panduan umum pelatihan penemuan terduga tuberkulosis sebagai dasar dalam fasilitator dalam mengawal proses pelatihan sekaligus sebagai acuan bagi penyelenggara dalam mempersiapkan logistik dan material pendukung pelatihan.

B. Tujuan Pelatihan

1. Tujuan Umum :

Membentuk kader tuberkulosis yang terampil dalam menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat.

2. Tujuan Khusus

- a. Peserta memahami tugas dan peran kader tuberkulosis komunitas
- b. Peserta memahami informasi dasar tuberkulosis
- c. Peserta mampu mengenali dan menemukan orang yang diduga tuberkulosis
- d. Peserta terampil berkomunikasi, baik komunikasi interpersonal maupun kelompok
- e. Peserta mampu melaksanakan pemantauan pengobatan tuberkulosis
- f. Peserta mampu melaksanakan pembinaan PMO
- g. Peserta terampil dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan penderita tuberkulosis

3. Peserta

Pemilihan awal peserta merupakan langkah awal yang paling utama dilakukan oleh panitia penyelenggara. Pemilihan kader yang tepat sesungguhnya

- a. Minimal pernah menempuh pendidikan dasar / harus bisa baca tulis
- b. Sehat jasmani dan rohani

- c. Mampu berkomunikasi dengan baik
- d. Dikenal baik oleh masyarakat
- e. Berusia 18- 65 tahun atau dinilai masih memiliki kecakapan sebagai kader
- f. Bersedia menjadi Kader tuberkulosis Komunitas dibuktikan dengan surat kesediaan sebagai Kader tuberkulosis Komunitas

4. Struktur Pelatihan

Pelatihan kader tuberkulosis Komunitas berlangsung selama 5 JPL (jam pelajaran) x 2 tahap pelatihan dan diakhiri dengan pertemuan evaluasi akhir pelatihan. Pelatihan kader yang terdiri dari 2 tahapan dan 1 kali pertemuan evaluasi akhir pelatihan, antara lain Pelatihan Tahap I yang berfokus pada penemuan kasus (case finding) dan Tahap II yang berfokus pada penanganan kasus tuberkulosis (case holding) dan pertemuan evaluasi di akhir pelatihan tahap II untuk mengevaluasi keseluruhan proses pelatihan. Satu paket pelatihan ini dilaksanakan dalam rentang waktu 2 hari. Setiap tahap pelatihan terdiri dari :

- a. Pelatihan di dalam kelas/pengkayaan teori (T)
Merupakan kegiatan pembelajaran di dalam kelas yaitu penyampaian materi pembelajaran oleh fasilitator dan atau narasumber.
- b. Praktek di dalam Kelas (PK)
Merupakan kegiatan praktek di dalam kelas dengan bentuk simulasi, diskusi, bermain peran, curah pendapat atau permainan yang didampingi oleh fasilitator.
- c. Praktek Lapangan (PL)
Merupakan kegiatan praktek lapangan pasca pelatihan di dalam kelas. Dalam pelaksanaan praktek lapangan boleh didampingi oleh fasilitator. Lokasi praktek lapangan adalah rumah penderita tuberkulosis.
- d. Waktu pelatihan disesuaikan dengan struktur pelatihan dan jam pelajaran (jpl) yang telah disusun. 1 jpl sama dengan 45 menit.

Tabel 1 Struktur pelatihan tahap I

Sesi	Materi	Waktu (jpl)			
		T	PK	PL	Jumlah
A	Materi Dasar				
	1. Peran masyarakat dalam penanggulangan tuberkulosis dengan DOTS	1	0	0	1
Sub Jumlah		1	0		1
B	Materi Inti				
	1. Tugas Kader tuberkulosis Komunitas,	1	0	0	1
	2. Informasi dasar tuberkulosis, Mengenali & menemukan orang yang diduga tuberkulosis	1	0	0	1
	3. Komunikasi Efektif , Pencatatan dan pelaporan terduga tuberkulosis	1	1	0	2
Sub Jumlah		3	1	0	4
Jumlah		4	1	0	5

5. Strategi Pelatihan

a. Persiapan Pelatihan

Persiapan pelatihan dilaksanakan bersama-sama antara fasilitator, penyelenggara dan pelaksana program yang berkoordinasi untuk membahas beberapa hal antara lain :

1) Calon Kader yang akan diundang

Dalam menyeleksi calon kader, Pelaksana program harus terlibat dan harus memiliki pertimbangan dalam memilih kader yang akan melaksanakan tugas di wilayahnya. Untuk memastikan kader yang dipilih adalah kader yang baik, maka seleksi calon kader yang baik dapat melibatkan tokoh masyarakat atau lembaga masyarakat yang dipercaya dapat mengidentifikasi relawan masyarakat.

2) Persiapan material pelatihan

Material pelatihan yang disiapkan harus dipastikan siap sebelum pelatihan dimulai. Material pelatihan yang dibutuhkan menjadi tanggung jawab penyelenggaran untuk menyediakan

segala kebutuhan fasilitator dalam pelatihan, antara lain alat tulis, modul pelatihan, alat bantu pelatihan dan lainnya.

3) Teknik pelatihan yang akan diterapkan oleh fasilitator

Teknik pelatihan yang diterapkan dapat disesuaikan dengan kondisi wilayah dan kemampuan fasilitator dalam menerapkan tehnik pelatihan. Fasilitator dapat membuat improvisasi tanpa merubah isi dan tujuan dari pelatihan berdasarkan pada kurikulum dan panduan fasilitasi pelatihan yang ada.

4) Orang yang terlibat

Orang yang terlibat dalam proses pelatihan berjumlah 3 orang. Pembagian tugas dan pelibatan pihak dalam pelatihan ini antara lain :

- a) 1 orang fasilitator bertugas sebagai penanggung jawab pelaksanaan proses pelatihan
- b) 1 orang sebagai fasilitator monitoring dan evaluasi
- c) 1 orang tenaga administrasi yang bertanggung jawab terhadap kebutuhan logistik dan administratif pelatihan

6. Pembagian Tugas dan Fungsi

Pada pelaksanaan pelatihan, penyelenggara, fasilitator dan pelaksana program harus melaksanakan tugas dan fungsinya antara lain :

- a. Tugas dan fungsi koordinator program
 - 1) Bertanggung jawab terhadap jalannya keseluruhan proses pelatihan
 - 2) Mengatur jalannya kegiatan dan memandu kegiatan untuk mencapai tujuan, output dan dampak yang diharapkan dari pelatihan
 - 3) Menyusun perencanaan, mengawasi proses pelaksanaan dan bertanggung jawab terhadap proses pelaporan kegiatan, baik administratif maupun monitoring dan evaluasi
- b. Tugas dan fungsi tenaga administrasi
 - 1) Dibawah koordinasi Koordinator Program penyelenggara memiliki tugas dan fungsi :

- 2) Bertanggung jawab dalam persiapan logistik, administrasi dan alat yang digunakan dalam pelatihan
- 3) Membantu fasilitator dalam pelaksanaan proses pelatihan untuk menjadi *time keeper dan observer*
- 4) Memasukan data hasil evaluasi untuk dinilai oleh fasilitator dan penanggung jawab program
- 5) Memastikan seluruh alat evaluasi dan laporan administratif siap sedia untuk dilaporkan kepada Koordinator Program

c. Tugas dan Fungsi Fasilitator

- 1) Dibawah koordinasi Koordinator Program penyelenggara memiliki tugas dan fungsi :
- 2) Berkoordinasi dengan Koordinator Program dalam pelaksanaan kegiatan, metode, input dan output kegiatan
- 3) Bertanggung jawab terhadap kualitas pelatihan di dalam dan diluar kelas
- 4) Menilai, memonitor dan mengevaluasi hasil pelatihan kader
- 5) Membuat resume kegiatan pelatihan kader diakhir pelatihan berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi
- 6) Keterangan : resume dilampirkan sebagai laporan fasilitator dalam menilai kelulusan kader dalam mengikuti pelatihan.

7. Metode Pelatihan

Metode pelatihan yang digunakan adalah metode pelatihan interaktif dengan penerapan sistem pendidikan orang dewasa (andragogik). Pelatihan bersifat dinamis dan mengizinkan fasilitator mengembangkan metode pelatihan dan membuat improvisasi tanpa mengurangi atau melebihi standar pelatihan yang ada sesuai dengan tugas dan wewenang kader.

8. Kriteria Keberhasilan Kegiatan Pelatihan

Keberhasilan pelatihan dinilai dari beberapa aspek yang dinilai secara bersama-sama oleh penyelenggara, narasumber, SR dan fasilitator. Kriteria keberhasilan yang diukur dan dilaporkan dalam laporan kegiatan antara lain dijelaskan dalam bagan berikut :

Tabel 3 Kriteria aspek keberhasilan pelatihan

No	Aspek yang dinilai	Target	Indikator	Alat Ukur
Kegiatan Pelatihan Tahap I				
1	Kehadiran	Seluruh peserta mengikuti pelatihan secara penuh 2 hari berturut-turut tanpa melewatkan satu materi.	Minimal 90% peserta hadir tepat waktu	Daftar hadir
2	Pre-Post test	Seluruh peserta mengalami kenaikan nilai Pre-Test sebanyak 20% dari nilai Post-Test, atau memiliki nilai score minimal 65.	Minimal 90% peserta dapat memenuhi target	Lembar jawaban pre-post test
3	Keaktifan	Seluruh peserta mengikuti secara aktif kegiatan pelatihan	Minimal 95 % peserta mengikuti pelatihan secara aktif dinilai dari lembar penilaian fasilitator	Lembar evaluasi fasilitator



i) Garis-Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP)

1) Materi dasar pelatihan tahap I

Tabel 4 Materi dasar pelatihan tahap I

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM	TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	METODE	MATERI POKOK	INDIKATOR SUKSES	CARA PENILAIAN	SUMBER BELAJAR
1. Peserta memahami tugas kader tuberculosis komunitas	1. Mampu menjelaskan tentang siapa kader tuberculosis komunitas 2. Mampu menyebutkan tugas kader tuberculosis komunitas 3. Mampu mempraktikkan tugas kader tuberculosis komunitas di masyarakat	1. Curah pendapat 2. Diskusi dan tugas kelompok 3. Presentasi	1. Siapa kader tuberculosis komunitas 2. Siapa saja yang bisa menjadi kader tuberculosis komunitas 3. Tugas kader tuberculosis komunitas	1. Peserta yang mengutarakan pendapatnya 2. Peserta yang menyimak presentasi/penjelasan mengenai tugas kader tuberculosis komunitas 3. Peserta mampu menyebutkan salah satu cara/kegiatan sehari-hari dalam melaksanakan tugas kader tuberculosis komunitas	Teknik : • Pertanyaan terbuka/lisan • Mengisi lembar evaluasi Instrumen : • Lembar evaluasi peserta latih • Lembar evaluasi fasilitator	• Modul • Presentasi/ power point • Pemaparan fasilitator • Pendapat peserta

<p>2. Peserta memahami informasi dasar tuberkulosis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menjelaskan tentang definisi penyakit tuberkulosis 2. Mampu menjelaskan tanda dan gejala tuberkulosis 3. Mampu menjelaskan cara penularan tuberkulosis 4. Mampu menjelaskan pencegahan penularan tuberkulosis 5. Mampu menjelaskan apa yang harus dilakukan jika menemukan orang dengan gejala tuberkulosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curah pendapat, 2. Diskusi, 3. Games dan 4. Presentasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa itu tuberkulosis 2. Tanda dan gejala tuberkulosis 3. Cara penularan tuberkulosis 4. Pencegahan penularan tuberkulosis 5. Hal yang perlu dilakukan jika menemukan orang dengan gejala tuberkulosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta mampu menyebutkan tanda dan gejala tuberkulosis 2. Peserta mampu membedakan tanda dan gejala tuberkulosis dengan gejala batuk biasa lainnya. 3. Peserta mampu menjelaskan tentang pencegahan penularan dan alasannya 	<p>Tehnik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertanyaan terbuka, • Diskusi • Soal cerita <p>Instrumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lembar evaluasi fasilitator • Pre dan post test 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambar peraga simulasi • Presentasi /power point • Lembar balik • Modul
<p>3. Peserta mampu mengenali dan menemukan orang yang diduga tuberkulosis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta mampu mengenali tanda dan gejala tuberkulosis 2. Peserta mampu menjelaskan perbedaan antara batuk biasa dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi 2. Tugas kelompok 3. Presentasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali perbedaan tanda dan gejala tuberkulosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta mampu menjawab dengan benar studi kasus untuk mengenali orang dengan gejala tuberkulosis 	<p>Tehnik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curah pendapat, • Diskusi, • Studi kasus • Presentasi peserta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modul • Kartu studi kasus • Presentasi/ simulasi

	<p>batuk yang disebabkan oleh tuberkulosis</p> <p>3. Peserta mampu menyebutkan tempat yang memiliki resiko tinggi penularan tuberkulosis</p> <p>4. Peserta mampu mempraktekkan bagaimana mendampingi terdugatuberkulosis</p>		<p>dan gejala lainnya</p> <p>2. Resiko tinggi penularan tuberkulosis</p> <p>3. Peran kader di dalam mendampingi terdugatuberkulosis</p>	<p>2. Peserta mampu memberikan pendapatnya mengenai cara yang paling efektif dalam pendampingan terdugatuberkulosis ke UPK.</p>	<p>Instrumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lembar evaluasi peserta • Lembar evaluasi fasilitator 	
<p>4. Peserta mampu melakukan pencatatan dan pelaporan terduga tuberkulosis</p>	<p>1. Peserta mampu menjelaskan mengenai fungsi pencatatan dan pelaporan terdugatuberkulosis</p> <p>2. Peserta mampu menjelaskan data yang harus dipersiapkan dalam pencatatan dan pelaporan</p> <p>3. Peserta mampu mempraktekkan pencatatan data</p>	<p>1. Diskusi</p> <p>2. Tugas individu</p> <p>3. Praktek pencatatan terdugatuberkulosis</p> <p>4. Simulasi</p>	<p>1. Fungsi pencatatan dan pelaporan</p> <p>2. Data penting dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan</p> <p>3. Cara mengisi format pencatatan terdugatuberkulosis</p>	<p>1. Peserta mampu mengisi lembar latihan dengan baik dan benar</p> <p>2. Peserta mampu menjawab pertanyaan jadwal pelaporan yang benar</p>	<p>Tehnik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studi kasus, • Pertanyaan terbuka, • Latihan mengisi format <p>Instrumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lembar kerja praktek 	<ul style="list-style-type: none"> • Modul • Format terduga baku • Presentasi fasilitator

	terduga tuberkulosis dalam format baku 4. Peserta mampu mempraktekkan pelaporan terduga tuberkulosis		4. Pelaporan terduga tuberkulosis		<ul style="list-style-type: none"> • Lembar evaluasi peserta • Lembar evaluasi fasilitator 	
--	---	--	-----------------------------------	--	--	--



9. Jadwal pelatihan

Tabel. 2.5 jadwal pelatihan tahap I dan II

Waktu	Kegiatan	Material	PIC
Pelatihan Tahap I Hari I			
Pkl.08.00 – 08.45	Pembukaan - Penyampaian <i>safety briefing</i> - Menyanyikan lagu Indonesia Raya - Pembacaan doa - Pembukaan oleh kepala Puskesmas Muara Rapak		Tenaga administrasi
Pkl. 08.45 – 09.30	- Pre – test - Bina suasana (ice breaking) - Pengenalan kegiatan pembelajaran	Games, icebreaker, etc, kotrak belajar, tata tertib & jadwal pelatihan, pembagian tugas peserta.	Koordinator program
Pkl.09.30 – 10.15	Penyampaian materi inti I Tugas kader tuberkulosis	Slide powerpoin	Fasilitator
Pkl.10.15 – 11.00	Penyampaian materi inti I Tugas kader tuberkulosis	Slide powerpoin	Fasilitator
Pkl.11.00 – 11.45	Penyampaian materi inti I Mengenali dan menemukan terduga tuberkulosis	Slide powerpoin	Fasilitator
Pkl. 11.45 – 12.45	Istirahat, Sholat dan Makan		
Pkl. 12.45 – 13.30	Penyampaian materi inti I Kominikasi efektif	Slide powerpoin	Fasilitator
Pkl. 13.30 – 14.15	Penyampaian materi inti I Pencatatan dan pelaporan terduga tuberkulosis	Slide powerpoin	Fasilitator
Pkl. 14.15 – 14.30	Evaluasi kegiatan tahap I hari I		Koordinator program

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, maka dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : (diisi oleh peneliti dengan inisial)

Usia :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian yang berjudul :

Pengaruh Pelaksanaan Pelatihan Kader terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik *Role Play* Kader dalam Menemukan terduga tuberkulosis di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan bagi saya, serta segala informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Oleh karena itu saya akan memberikan jawaban yang sebenarnya. Saya juga berharap pada hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan baik keluarga saya, pihak pendidikan, pihak rumah sakit dan lainnya, oleh karena itu jawaban yang akan saya berikan adalah sebenar-benarnya.

Balikpapan, Mei 2020

Responden,

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah setiap pertanyaan secara seksama sehingga benar-benar dimengerti.
2. Berilah tanda checklist (✓) pada jawaban yang dianggap benar.
3. Jika ada pertanyaan yang diragukan atau tidak dimengerti silahkan tanya kepada peneliti.
4. Kuisisioner yang diisi dengan lengkap dikembalikan kepada peneliti.

1. Data Demografi

Inisial nama :

Usia :

Agama : Islam Kristen Khatolik Hindu
 Budha Khong Hu Cu

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Pendidikan : SD/ Sederajat SMP/Sederajat
 SMA/ Sederajat Diploma
 Sarjana

Kuesioner Pengetahuan kader tuberkulosis dalam penemuan terduga tuberkulosis

No	Pernyataan	Tanggapan	
		Benar	Salah
1	Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang dapat menyebabkan kematian		
2	Merokok merupakan penyebab tuberkulosis		
3	Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh bakteri <i>mycobacterium tuberculosis</i>		
4	Gejala utama penderita tuberkulosis paru adalah batuk disertai dahak selama 2 minggu atau lebih.		
5	Gejala utama penderita tuberkulosis adalah sesak nafas dan nyeri dada merupakan gejala utama penderita tuberkulosis		
6	Gejala tambahan penderita tuberkulosis adalah batuk berdahak disertai darah		
7	Gejala tambahan penderita tuberkulosis adalah berkeringat disiang hari		
8	Penderita kencing manis (Diabetes melitus /DM) memiliki risiko lebih besar tertular tuberkulosis		
9	Berat badan turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya dan demam lebih dari 2 minggu merupakan salah satu tanda gejala tuberkulosis anak		
10	Kader tuberkulosis memiliki kewenangan untuk menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat		
11	Anggota Keluarga yang berusia di atas 60 tahun dan tinggal satu rumah dengan penderita tuberkulosis memiliki risiko tinggi tertular tuberkulosis		
12	Anggota keluarga yang hamil dan tinggal satu rumah dengan penderita tuberkulosis memiliki risiko tinggi tertular tuberkulosis		
13	Lapas/Rutan dan tempat kerja merupakan lingkungan yang mudah terjadinya penularan tuberkulosis		
14	Daerah kumuh dan padat merupakan tempat yang berisiko dalam penularan tuberkulosis		

Kuesioner sikap kader tuberkulosis dalam penemuan terduga tuberkulosis

No	Pernyataan	Tanggapan			
		SS	S	TS	STS
1	Setiap orang yang batuk lebih dari 2 minggu disertai rasa kurang enak badan dan badan terasa lemah sebaiknya memeriksakan dahak				
2	Setiap orang yang berkeringat malam hari meskipun tidak melakukan aktivitas, dapat dicurigai menderita tuberkulosis				
3	Setiap orang yang mengalami penurunan berat badan secara tiba-tiba, dapat dicurigai tuberkulosis				
4	Setiap orang yang batuk lebih dari 2 minggu disertai batuk darah dan nafsu makan menurun sebaiknya memeriksakan dahak				
5	Setiap anak di bawah 5 tahun yang batuk lebih dari 2 minggu, dapat dicurigai tuberkulosis anak				
6	Setiap anak di bawah 5 tahun yang tinggal satu rumah dengan penderita tuberkulosis dan mengalami demam lebih dari 2 minggu sebaiknya diperiksakan ke Puskesmas				
7	Kader tuberkulosis yang telah mendapatkan pelatihan memiliki kemampuan untuk menemukan terduga tuberkulosis di dalam keluarga penderita tuberkulosis				
8	Kader tuberkulosis melakukan wawancara dengan seluruh anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah dengan penderita tuberkulosis untuk menemukan terduga tuberkulosis				
9	Kader tuberkulosis yang telah mendapatkan pelatihan memiliki kemampuan untuk menemukan terduga tuberkulosis di masyarakat				
10	Kader tuberkulosis bekerja sama dengan kader jumantik, kader posyandu, kader PTM dan kader lansia dalam menemukan terduga tuberkulosis				
11	Kader tuberkulosis melakukan wawancara dengan tetangga sekitar rumah penderita tuberkulosis untuk menemukan terduga tuberkulosis				
12	Setiap orang yang tinggal di kawasan kumuh dan padat memiliki memiliki risiko tertular tuberkulosis				

13	Setiap orang yang tinggal di asrama memiliki risiko tertular tuberkulosis				
14	Setiap orang yang tinggal di rumah tahanan atau lembaga permasyarakatan memiliki risiko tertular tuberkulosis				
15	Kader tuberkulosis mencatat setiap menemukan terduga tuberkulosis				
16	Kader tuberkulosis melaporkan terduga tuberkulosis ke penanggungjawab kesejahteraan sosial kelurahan				



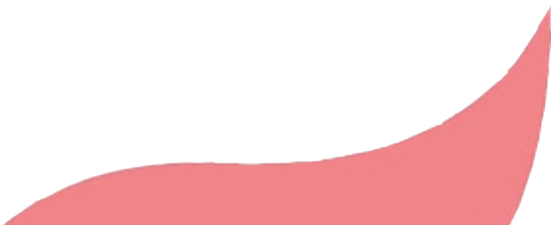
Lembar Observasi Praktik *Role Play* Kader dalam Penemuan Terduga Tuberkulosis

No	Praktik <i>role play</i> yang diamati	Ya	Tidak
1	Kader tuberkulosis memperkenalkan diri kepada keluarga terduga tuberkulosis		
2	Kader tuberkulosis menunjukkan SK penunjukkan sebagai kader tuberkulosis kepada keluarga terduga tuberkulosis		
3	Kader tuberkulosis menjelaskan tujuan skrining kontak erat penderita tuberkulosis		
4	Kader tuberkulosis menanyakan apakah ada kelompok risiko tertular tuberkulosis (anak < 5 tahun, ibu hamil, dan lansia)		
5	Kader tuberkulosis menanyakan tanda dan gejala tuberkulosis kepada anggota keluarga penderita tuberkulosis		
6	Kader tuberkulosis mencatat anggota keluarga yang memenuhi kriteria terduga tuberkulosis		
7	Kader tuberkulosis menyerahkan surat rujukan kepada terduga tuberkulosis		
8	Kader tuberkulosis menyampaikan kepada keluarga penderita tuberkulosis, jika menemukan tanda dan gejala terduga tuberkulosis untuk segera menghubungi kader tuberkulosis		

Lampiran 7

Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas pengetahuan



Correlations

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	JLH	
P1	Pearson Correlation	1	.000	.302	.302	-.101	.400	.101	.200	.204	.101	.200	.200	.302	.115	.314	.314	.204	.200	.115	.105	.482*
	Sig. (2-tailed)		1.000	.196	.196	.673	.081	.673	.398	.388	.673	.398	.398	.196	.628	.177	.177	.388	.398	.628	.660	.032
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P2	Pearson Correlation	.000	1	.101	-.101	-.101	.200	.503*	-.200	.000	.101	.200	.400	-.302	.346	.314	.314	-.204	-.200	-.115	.105	.246
	Sig. (2-tailed)	1.000		.673	.673	.673	.398	.024	.398	1.000	.673	.398	.081	.196	.135	.177	.177	.388	.398	.628	.660	.296
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P3	Pearson Correlation	.302	.101	1	.212	.192	.302	.192	.704**	.533*	.414	.302	.101	.616**	.522*	.242	.453*	.739**	.101	.290	.453*	.810**
	Sig. (2-tailed)	.196	.673		.369	.418	.196	.418	.001	.015	.069	.196	.673	.004	.018	.303	.045	.000	.673	.215	.045	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P4	Pearson Correlation	.302	-.101	.212	1	.010	.101	.010	.302	.492*	-.212	-.302	-.101	.192	.174	-.032	.390	-.123	.101	-.290	-.032	.223
	Sig. (2-tailed)	.196	.673	.369		.966	.673	.966	.196	.027	.369	.196	.673	.418	.463	.895	.089	.605	.673	.215	.895	.345



	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
P5	Pearson Correlation	-	-.101	.192	.010	1	.302	.394	.101	.123	.212	.302	-.101	.212	.058	.032	.032	-.082	.101	.522*	.032	.337	
	Sig. (2-tailed)	.673	.673	.418	.966		.196	.086	.673	.605	.369	.196	.673	.369	.808	.895	.895	.731	.673	.018	.895	.147	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
P6	Pearson Correlation	.400	.200	.302	.101	.302	1	.503*	.200	.204	.101	.400	.200	.302	.346	.734**	.314	.000	.000	.115	-	.105	.589**
	Sig. (2-tailed)	.081	.398	.196	.673	.196		.024	.398	.388	.673	.081	.398	.196	.135	.000	.177	1.000	1.000	.628	.660	.006	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P7	Pearson Correlation	.101	.503*	.192	.010	.394	.503*	1	.101	.123	.010	.503*	.503*	.010	.290	.242	.453*	-.082	.101	.290	.032	.552*	
	Sig. (2-tailed)	.673	.024	.418	.966	.086	.024		.673	.605	.966	.024	.024	.966	.215	.303	.045	.731	.673	.215	.895	.012	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P8	Pearson Correlation	.200	-.200	.704**	.302	.101	.200	.101	1	.408	.302	.200	.200	.704**	.115	.105	.314	.612**	-.200	.115	.105	.567**	
	Sig. (2-tailed)	.398	.398	.001	.196	.673	.398	.673		.074	.196	.398	.398	.001	.628	.660	.177	.004	.398	.628	.660	.009	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P9	Pearson Correlation	.204	.000	.533*	.492*	.123	.204	.123	.408	1	.287	.204	.204	.492*	.236	.257	.257	.375	.204	.236	.043	.616**	
	Sig. (2-tailed)	.388	1.000	.015	.027	.605	.388	.605	.074		.220	.388	.388	.027	.317	.274	.274	.103	.388	.317	.858	.004	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P10	Pearson Correlation	.101	.101	.414	-.212	.212	.101	.010	.302	.287	1	.101	.101	.394	.406	.179	-	.492*	.101	.406	.390	.502*	
	Sig. (2-tailed)	.673	.673	.069	.369	.369	.673	.966	.196	.220		.673	.673	.086	.076	.450	.895	.027	.673	.076	.089	.024	

	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
P17	Pearson Correlation	.204	-.204	.739**	-.123	-.082	.000	-.082	.612**	.375	.492*	.204	.000	.698**	.236	.043	.043	1	.204	.471*	.471*	.551*
	Sig. (2-tailed)	.388	.388	.000	.605	.731	1.000	.731	.004	.103	.027	.388	1.000	.001	.317	.858	.858		.388	.036	.036	.012
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P18	Pearson Correlation	.200	-.200	.101	.101	.101	.000	.101	-.200	.204	.101	-.200	.000	.101	.115	-.105	.105	.204	1	.577**	.314	.246
	Sig. (2-tailed)	.398	.398	.673	.673	.673	1.000	.673	.398	.388	.673	.398	1.000	.673	.628	.660	.660	.388		.008	.177	.296
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P19	Pearson Correlation	.115	-.115	.290	-.290	.522*	.115	.290	.115	.236	.406	.346	.115	.406	-.067	.061	-.182	.471*	.577**	1	.303	.488*
	Sig. (2-tailed)	.628	.628	.215	.215	.018	.628	.215	.628	.317	.076	.135	.628	.076	.780	.800	.444	.036	.008		.195	.029
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P20	Pearson Correlation	.105	.105	.453*	-.032	.032	-.105	.032	.105	.043	.390	-.105	-.314	.179	.303	-.319	.099	.471*	.314	.303	1	.293
	Sig. (2-tailed)	.660	.660	.045	.895	.895	.660	.895	.660	.858	.089	.660	.177	.450	.195	.171	.678	.036	.177	.195		.210
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
JU ML AH	Pearson Correlation	.482*	.246	.810**	.223	.337	.589**	.552*	.567**	.616**	.502*	.503*	.396	.588**	.562**	.495*	.540*	.551*	.246	.488*	.293	1
	Sig. (2-tailed)	.032	.296	.000	.345	.147	.006	.012	.009	.004	.024	.024	.084	.006	.010	.027	.014	.012	.296	.029	.210	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Keterangan :



Nilai pertanyaan Corrected item-total item

Correlation r_{hitung} di atas nilai r_{tabel} dianggap valid dengan

$$df = n - 2$$

$$= 20 - 2$$

$$= 18$$

$$r_{tabel} = 0,468$$

$$\text{Pertanyaan no. 2} = 0,246$$

$$\text{Pertanyaan no.4} = 0,223$$

$$\text{Pertanyaan no.5} = 0,337$$

$$\text{Pertanyaan no. 12} = 0,396$$

$$\text{Pertanyaan no. 18} = 0,246$$

$$\text{Pertanyaan no. 20} = 0,293$$

Kesimpulan pertanyaan no 2, 4, 5, 12, 18, 20 tidak valid



Uji validitas sikap

Correlations

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	JLH
P1	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	1 1.000* .000 20	.828** .000 20	1.000* .000 20	.625** .003 20	.583** .007 20	.414 .069 20	.360 .119 20	.083 .728 20	.424 .063 20	.227 .336 20	.251 .286 20	.160 .501 20	.184 .438 20	.242 .305 20	.941** .000 20	.966** .000 20	.869** .000 20	.981** .000 20	.981** .000 20	.920** .000 20
P2	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	1.000** .000 20	1 .828** .000 20	1.000* .000 20	.625** .003 20	.583** .007 20	.414 .069 20	.360 .119 20	.083 .728 20	.424 .063 20	.227 .336 20	.251 .286 20	.160 .501 20	.184 .438 20	.242 .305 20	.941** .000 20	.966** .000 20	.869** .000 20	.981** .000 20	.981** .000 20	.920** .000 20
P3	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.828** .000 20	.828** .000 20	1 .828** .000 20	.469* .037 20	.425 .062 20	.286 .221 20	.232 .325 20	-.040 .867 20	.288 .218 20	.430 .058 20	.483* .031 20	.384 .095 20	.441 .051 20	.511* .021 20	.754** .000 20	.790** .000 20	.696** .001 20	.807** .000 20	.807** .000 20	.857** .000 20

P16	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.941** .000 20	.941** .000 20	.754** .000 20	.941** .000 20	.511* .021 20	.479* .033 20	.246 .297 20	.213 .367 20	-.049 .837 20	.388 .091 20	.181 .444 20	.198 .402 20	.144 .544 20	.162 .495 20	.172 .469 20	1 .000 20	.973** .000 20	.879** .000 20	.953** .000 20	.953** .000 20	.832** .000 20
P17	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.966** .000 20	.966** .000 20	.790** .000 20	.966** .000 20	.549* .012 20	.519* .019 20	.283 .226 20	.252 .283 20	.000 1.000 20	.318 .172 20	.137 .564 20	.144 .544 20	.097 .685 20	.103 .666 20	.167 .482 20	.973** .000 20	1 .000 20	.909** .000 20	.978** .000 20	.978** .000 20	.842** .000 20
P18	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.869** .000 20	.869** .000 20	.696** .001 20	.869** .000 20	.486* .030 20	.452* .046 20	.262 .265 20	.239 .311 20	.029 .904 20	.298 .201 20	.278 .234 20	.044 .855 20	.255 .279 20	.005 .984 20	.050 .833 20	.879** .000 20	.909** .000 20	1 .000 20	.884** .000 20	.884** .000 20	.779** .000 20
P19	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.981** .000 20	.981** .000 20	.807** .000 20	.981** .000 20	.587** .006 20	.551* .012 20	.352 .128 20	.285 .223 20	.074 .758 20	.349 .132 20	.163 .492 20	.178 .452 20	.130 .585 20	.146 .540 20	.206 .384 20	.953** .000 20	.978** .000 20	.884** .000 20	1 1.000* 20	.879** .000 20	

P20	Pearson Correlation	.981**	.981**	.807**	.981**	.587**	.551*	.352	.285	.074	.349	.163	.178	.130	.146	.206	.953**	.978**	.884**	1.000*	1	.879**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.006	.012	.128	.223	.758	.132	.492	.452	.585	.540	.384	.000	.000	.000	.000		.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
JUMLAH	Pearson Correlation	.920**	.920**	.857**	.920**	.666**	.582**	.537*	.478*	.163	.585**	.491*	.496*	.423	.428	.462*	.832**	.842**	.779**	.879**	.879**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.001	.007	.015	.033	.493	.007	.028	.026	.063	.060	.040	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Keterangan :

Nilai pertanyaan Corrected item-total item

Correlation r_{hitung} di atas nilai r_{tabel} dianggap valid dengan

$$df = n - 2$$

$$= 20 - 2$$

$$= 18$$

$$r_{tabel} = 0,468$$

$$\text{Pertanyaan no. 9} = 0,163$$

$$\text{Pertanyaan no. 13} = 0,423$$

$$\text{Pertanyaan no. 14} = 0,428$$

$$\text{Pertanyaan no. 15} = 0,462$$

Kesimpulan pertanyaan no 9, 13, 14, 15 tidak valid



Uji reliabilitas pengetahuan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.822	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	56.20	175.326	.907	.922
P2	56.20	175.326	.907	.922
P3	56.35	176.345	.833	.923
P4	56.20	175.326	.907	.922
P5	56.25	182.408	.616	.928
P6	56.35	184.239	.520	.930
P7	56.05	187.208	.476	.931
P8	56.00	190.000	.417	.932
P9	55.85	200.239	.104	.936
P10	56.00	187.474	.535	.929
P11	56.25	188.303	.424	.932
P12	56.10	188.832	.433	.931
P13	56.20	191.221	.355	.933
P14	56.05	191.734	.365	.932
P15	56.10	191.568	.406	.932
P16	56.15	181.924	.810	.925
P17	56.10	181.042	.820	.924
P18	56.20	180.800	.747	.925
P19	56.15	178.239	.860	.923
P20	56.15	178.239	.860	.923

Keterangan :

Bila nilai Cronbach Alpha lebih \geq konstanta (0,6), maka pernyataan reliabel

Nilai Cronbach Alpha 0,822, jadi kuesioner di atas reliabel

Uji reliabilitas sikap

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.931	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	8.35	20.871	.393	.815
P2	8.35	22.029	.142	.827
P3	8.30	19.274	.768	.795
P4	8.40	22.147	.118	.829
P5	8.30	21.589	.237	.823
P6	8.35	20.345	.512	.809
P7	8.30	20.537	.471	.811
P8	8.35	20.450	.488	.810
P9	8.45	20.261	.544	.807
P10	8.40	20.779	.416	.814
P11	8.35	20.766	.417	.814
P12	8.35	21.292	.300	.820
P13	8.40	20.358	.512	.809
P14	8.60	20.779	.494	.810
P15	8.50	20.895	.412	.814
P16	8.50	20.684	.461	.811
P17	8.45	20.576	.471	.811
P18	8.35	22.029	.142	.827
P19	8.60	21.095	.413	.814
P20	8.50	21.842	.196	.824

Keterangan :

Bila nilai Cronbach Alpha lebih \geq konstanta (0,6), maka pernyataan reliabel

Nilai Cronbach Alpha 0,931, jadi kuesioner di atas reliabel

Lampiran 8

Hasil Tabulasi Data

Resp.	Inisial	Usia	Agama	JK	Pend.	Peng		Sikap		Tind	
						Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	SUL	49	1	2	3	10	12	27	44	4	6
2	YUN	52	1	2	2	9	13	29	41	4	7
3	END	65	1	2	3	12	13	27	40	4	6
4	ERN	35	1	2	3	9	11	33	45	5	6
5	MAR	37	1	2	3	11	13	29	44	2	6
6	SNR	43	1	2	2	9	12	33	40	5	7
7	JAY	42	1	2	3	10	9	32	45	2	5
8	SAS	61	1	2	3	12	13	27	40	3	5
9	MR	50	1	2	2	10	14	33	43	5	6
10	HAM	40	1	2	3	12	15	30	39	3	7
11	MAS	34	1	2	3	8	12	31	43	2	5
12	HAL	44	1	2	3	11	15	30	42	3	6
13	EVI	43	1	2	3	9	11	29	45	4	6
14	HER	45	1	2	2	11	14	24	44	5	7
15	DIA	53	1	2	3	10	13	30	42	4	7
16	ROH	54	1	2	3	11	14	32	41	5	7
17	AIN	51	1	2	3	9	10	31	48	3	6
18	TIT	45	1	2	3	10	15	32	48	4	5
19	HER	51	1	2	5	11	10	32	39	4	7
20	FAT	53	1	2	3	8	12	29	46	3	6
21	MAR	52	1	2	3	7	11	33	46	4	6
22	DEN	39	1	2	4	10	14	32	45	3	6
23	ARM	36	1	2	3	9	13	25	41	4	6
24	LIAT	42	1	2	4	10	12	30	41	5	7
25	KUR	51	1	2	3	9	10	32	52	2	7
26	WAG	43	1	2	2	11	14	32	40	3	6
27	DAN	43	1	2	3	8	10	31	41	2	5
28	WAR	34	1	2	3	7	12	29	42	5	7
29	ASM	30	1	2	3	10	11	32	47	4	6
30	BAR	36	1	2	3	9	13	28	45	4	6
31	IDA	41	1	2	3	12	12	27	38	3	6
32	MAW	37	1	2	3	10	12	32	43	2	6
33	LIA	36	1	2	3	11	13	33	40	3	7
34	KAR	40	1	2	3	7	10	28	50	4	6
35	NUR	32	1	2	3	9	12	31	44	5	7
36	GUS	36	1	2	3	10	13	28	39	3	6

			Statistic	Std. Error
PRE TES PENGETAHUAN	Mean		9.75	.234
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.28	
		Upper Bound	10.22	
	5% Trimmed Mean		9.78	
	Rerata		10.00	
	Variance		1.964	
	Std. Deviation		1.402	
	Minimum		7	
	Maximum		12	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.251	.393
	Kurtosis		-.443	.768
	POST TEST PENGETAHUAN	Mean		12.31
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	11.78	
		Upper Bound	12.83	
5% Trimmed Mean			12.31	
Rerata			12.00	
Variance			2.447	
Std. Deviation			1.564	
Minimum			9	
Maximum			15	
Range			6	
Interquartile Range			2	
Skewness			-.162	.393
Kurtosis			-.591	.768

Descriptives

		Statistic	Std. Error
PRE TEST SIKAP	Mean	30.08	.397
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 29.28	
		Upper Bound 30.89	
	5% Trimmed Mean	30.23	
	Rerata	30.50	
	Variance	5.679	
	Std. Deviation	2.383	
	Minimum	24	
	Maximum	33	
	Range	9	
	Interquartile Range	4	
	Skewness	-.708	.393
	Kurtosis	-.174	.768
	POST TEST SIKAP	Mean	43.08
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound 42.02	
		Upper Bound 44.15	
5% Trimmed Mean		42.96	
Rerata		43.00	
Variance		9.907	
Std. Deviation		3.148	
Minimum		38	
Maximum		50	
Range		12	
Interquartile Range		5	
Skewness		.501	.393
Kurtosis		-.425	.768

Descriptives

			Statistic	Std. Error
PRE TEST PRAKTIK ROLE PLAY	Mean		3.61	.170
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.27	
		Upper Bound	3.96	
	5% Trimmed Mean		3.62	
	Rerata		4.00	
	Variance		1.044	
	Std. Deviation		1.022	
	Minimum		2	
	Maximum		5	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.148	.393
	Kurtosis		-1.041	.768
	Mean		6.19	.111
POST TEST PRAKTIK ROLE PLAY	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.97	
		Upper Bound	6.42	
	5% Trimmed Mean		6.22	
	Rerata		6.00	
	Variance		.447	
	Std. Deviation		.668	
	Minimum		5	
	Maximum		7	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.242	.393
	Kurtosis		-.683	.768

Lampiran 9

Uji Normalitas Data Menggunakan Metode Deskriptif (Hitung)

Uji Normalitas Data *Pre Test* Pengetahuan

Descriptives			Statistic	Std. Error
	Mean		9.75	.234
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.28	
		Upper Bound	10.22	
	5% Trimmed Mean		9.78	
	Median		10.00	
	Variance		1.964	
PRE TES PENGETAHUAN	Std. Deviation		1.402	
	Minimum		7	
	Maximum		12	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.251	.393
	Kurtosis		-.443	.768

a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{1,402}{9,75} \times 100\%$$

$$CoV = 14 \% \text{ (Normal } < 30\%)$$

b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\text{Skewness}}{\text{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{-0,251}{0,393}$$

$$RS = -0,64035585 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd } 2)$$

c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{-0,443}{0,768}$$

$$RS = -0,57668929 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$

Uji Normalitas Data *Post Test* Pengetahuan

Descriptives

			Statistic	Std. Error
POST TEST PENGETAHUAN	Mean		12.31	.261
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.78	
		Upper Bound	12.83	
	5% Trimmed Mean		12.31	
	Median		12.00	
	Variance		2.447	
	Std. Deviation		1.564	
	Minimum		9	
	Maximum		15	
	Range		6	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.162	.393
	Kurtosis		-.591	.768

a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{1,564}{12,31} \times 100\%$$

$$CoV = 13 \% \text{ (Normal } < 30\%)$$

b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\text{Skewness}}{\text{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{-0,162}{0,393}$$

$$RS = -0,413368502 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$

c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{-0,591}{0,768}$$

$$RS = -0,769546446 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$

Uji Normalitas Data *Pre Test* Sikap

Descriptives

			Statistic	Std. Error
	Mean		30.08	.397
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.28	
		Upper Bound	30.89	
	5% Trimmed Mean		30.23	
	Median		30.50	
	Variance		5.679	
PRE TEST SIKAP	Std. Deviation		2.383	
	Minimum		24	
	Maximum		33	
	Range		9	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.708	.393
	Kurtosis		-.174	.768

a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{2,383}{30,08} \times 100\%$$

$$CoV = 8 \% \text{ (Normal } < 30\%)$$

b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\textit{Skewness}}{\textit{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{-0,708}{0,393}$$

$$RS = -1,803715831 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd 2)}$$

c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\textit{Kurtosis}}{\textit{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{-0,174}{0,768}$$

$$RS = -0,226754977 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd 2)}$$

Uji Normalitas Data *Post Test Sikap*

Descriptives			Statistic	Std. Error
	Mean		43.14	.548
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42.03	
		Upper Bound	44.25	
	5% Trimmed Mean		42.96	
	Median		43.00	
	Variance		10.809	
POST TEST SIKAP	Std. Deviation		3.288	
	Minimum		38	
	Maximum		52	
	Range		14	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		.708	.393
	Kurtosis		.235	.768

- a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{2,288}{43,14} \times 100\%$$

$$CoV = 8 \% \text{ (Normal } < 30\%)$$

- b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\text{Skewness}}{\text{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{0,708}{0,393}$$

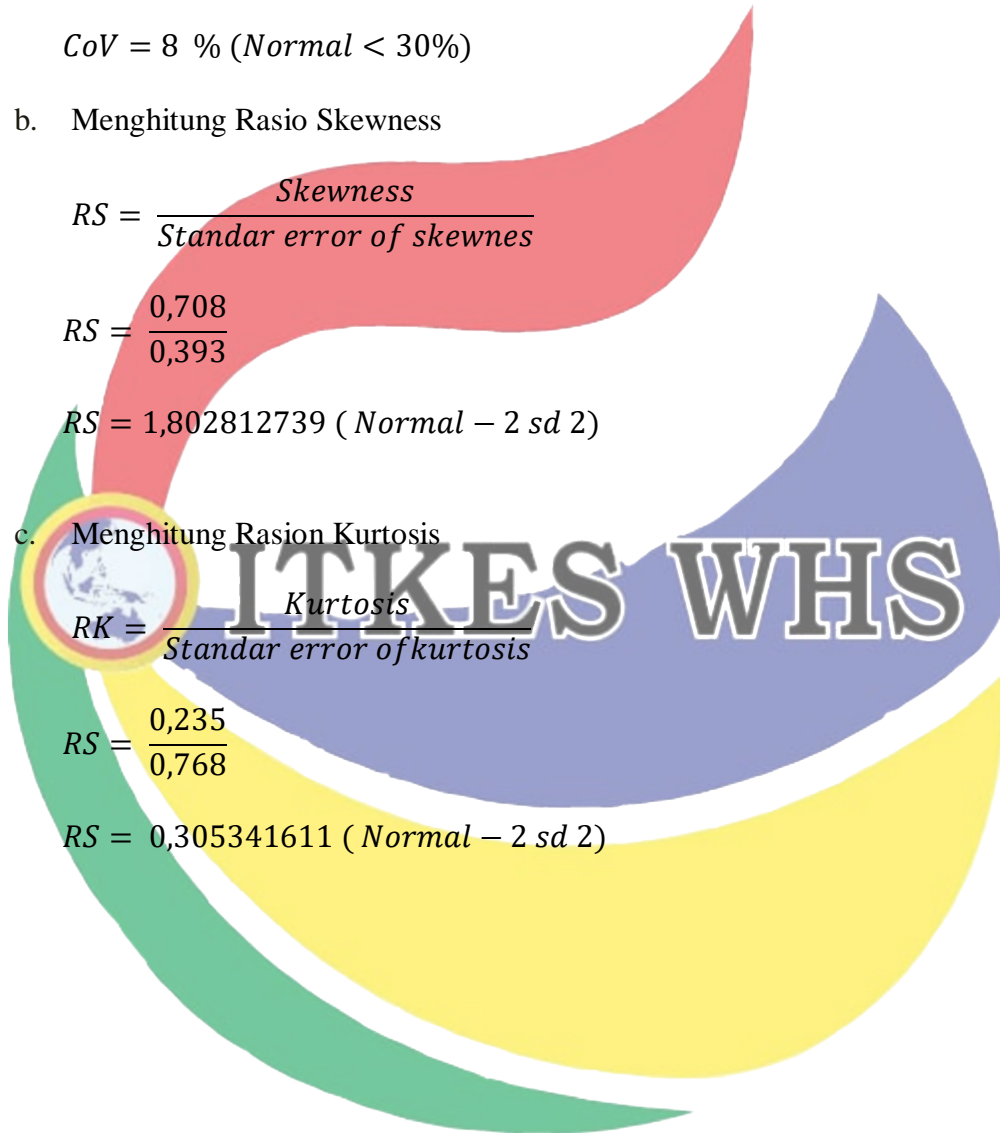
$$RS = 1,802812739 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd } 2)$$

- c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{0,235}{0,768}$$

$$RS = 0,305341611 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd } 2)$$



Uji Normalitas Data *Pre Test Praktik Role Play*

Descriptives			Statistic	Std. Error
PRE TEST PRAKTIK ROLE PLAY	Mean		3.61	.170
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.27	
		Upper Bound	3.96	
	5% Trimmed Mean		3.62	
	Median		4.00	
	Variance		1.044	
	Std. Deviation		1.022	
	Minimum		2	
	Maximum		5	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.148	.393
	Kurtosis		-1.041	.768

a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{1,022}{3,61} \times 100\%$$

$$CoV = 28 \% \text{ (Normal } < 30\%)$$

b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\text{Skewness}}{\text{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{-0,148}{0,393}$$

$$RS = -0,377937588 \text{ (Normal } - 2 \text{ sd } 2)$$

c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{-1,041}{0,768}$$

$$RS = -1,355214752 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$

Uji Normalitas Data *Post Test* Praktik Role Play

Descriptives			Statistic	Std. Error
POST TEST PRAKTIK ROLE PLAY	Mean		6.19	.111
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.97	
		Upper Bound	6.42	
	5% Trimmed Mean		6.22	
	Median		6.00	
	Variance		.447	
	Std. Deviation		.668	
	Minimum		5	
	Maximum		7	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.242	.393
	Kurtosis		-.683	.768

a. Mengitung Koevisien Varians (CoV)

$$CoV = \frac{\text{Simpang Baku}}{\text{Rerata}} \times 100\%$$

$$CoV = \frac{0,668}{6,19} \times 100\%$$

$$CoV = 11 \% \text{ (Normal < 30\%)}$$

b. Menghitung Rasio Skewness

$$RS = \frac{\text{Skewness}}{\text{Standar error of skewnes}}$$

$$RS = \frac{-0,242}{0,393}$$

$$RS = -0,615993031 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$

c. Menghitung Rasion Kurtosis

$$RK = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standar error of kurtosis}}$$

$$RS = \frac{0,683}{0,768}$$

$$RS = -0,889599032 \text{ (Normal - 2 sd 2)}$$



Lampiran 10

Hasil Analisa Data

Hasil Analisis SPSS Uji T berpasangan Pengetahuan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PRE TES PENGETAHUAN	9.75	36	1.402	.234
	POST TEST PENGETAHUAN	12.31	36	1.564	.261

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	PRE TES PENGETAHUAN - POST TEST PENGETAHUAN	-2.556	1.501	.250	-3.064	-2.048	-10.213	35	.000

Hasil Analisis SPSS Uji T berpasangan Sikap

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PRE TEST SIKAP	30.08	36	2.383	.397
	POST TEST SIKAP	43.14	36	3.288	.548

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	PRE TEST SIKAP - POST TEST SIKAP	-13.056	3.711	.618	-14.311	-11.800	-21.111	35	.000

Hasil Analisis SPSS Uji T berpasangan Praktik *Role Play*

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PRE TEST PRAKTIK ROLE PLAY	3.61	36	1.022	.170
POST TEST PRAKTIK ROLE PLAY	6.19	36	.668	.111

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PRE TEST PRAKTIK ROLE PLAY - POST TEST PRAKTIK ROLE PLAY	-2.583	.906	.151	-2.890	-2.277	-17.102	35	.000

Lampiran 11

Dokumentasi Kegiatan











