



1

LIT

GAKY

**PROTOKOL PENELITIAN
DIPA 2010**

**PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI
KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN
PONOROGO**

Oleh :

MUH FAOZAN, SKM, dkk

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI LITBANG GANGGUAN AKIBAT KEKURANGAN IODIUM (BP2 GAKI)
MAGELANG, 2010**

A. Latar Belakang

Data tahun 1990 menunjukkan bahwa paling tidak 1,5 miliar penduduk yang tinggal di 118 negara mengalami risiko Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). Di antara mereka 650 juta (12 persen dari total penduduk dunia) menderita gondok endemik, 43 juta menderita kapasitas mental yang terbatas akibat defisiensi yodium, termasuk 11 juta di antaranya menderita kretin endemik. Kasus-kasus kretin dan kapasitas mental terbatas tersebut terjadi akibat defisiensi yodium pada masa fetus atau intrauterin (WHO, 1993).

GAKY tidak hanya terjadi di Indonesia tetapi juga di beberapa negara di dunia. Di Eropa Barat dan Eropa Tengah yang merupakan bagian industri kaya di dunia, masih dijumpai ada daerah defisiensi yodium di beberapa negara. Kebijakan penanggulangan kekurangan iodium juga berbeda secara nyata antara beberapa negara Eropa. Ada beberapa negara telah memiliki undang-undang yang efektif terkait penanggulangan kekurangan iodium, sementara yang lain masih berupaya untuk mendapatkan undang-undang dengan pihak berwenang. Beberapa negara Eropa Tengah dan Eropa Barat yang belum memiliki program pengendalian kekurangan yodium antara lain Slovenia, Hungaria, Yunani, Portugal, Perancis dan Irlandia (Pinchera, 2010).

Penelitian terbaru telah diketahui bahwa anak-anak dan wanita hamil di Australia kekurangan yodium ringan. Hal ini penting untuk menghindari defisiensi yodium pada waktu usia kehamilan. Usulan fortifikasi yodium pada bahan makanan telah diterapkan di Australia dan Selandia Baru, akan tetapi fortifikasi tersebut tidak cukup untuk kebutuhan wanita hamil. Disarankan agar kehamilan perlu direncanakan dan wanita hamil dan menyusui harus mengkonsumsi suplemen yodium. Bagi wanita dengan gangguan fungsi tiroid harus berhati-hati dan perlu konsultasi dengan tenaga medis sebelum mengkonsumsi suplemen yodium (Gisselle Gallego, et.al., 2010).

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal : 15-3-2013

No. Indek : _____

No. Klass : 135

Lit

Di India diketahui variasi ekologis sebagai prediktor kuat defisiensi yodium. Penggunaan garam beryodium yang memadai akan meningkatkan status yodium lebih baik. Gadis remaja dan wanita hamil di dua dari enam divisi, Dhaka dan Rajshahi, sangat rentan terhadap kekurangan yodium. Hampir setengah dari rumah tangga masih mengkonsumsi garam meja mengandung yodium dengan konsentrasi yang cukup. Wanita hamil lebih rentan terhadap kekurangan yodium dibandingkan dengan gadis remaja (Gulshan Ara, 2010).

Gangguan akibat kurang yodium (GAKY) merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Berdasarkan hasil survei tahun 1998 diperkirakan terdapat 290.000 penderita kretin dan 9000 bayi lahir kretin pertahun, dan dilaporkan bahwa terdapat 53,8 juta penduduk hidup di daerah endemik GAKY. Di Indonesia terdapat 334 (8,4%) kecamatan endemik berat, 278 (7%) kecamatan endemik sedang, 1.167 (29%) kecamatan endemik ringan dan 2.184 (54,7%) kecamatan non endemik. Diperkirakan sebanyak 130.800.000 IQ point hilang akibat kekurangan yodium (Muhilal, 1998).

Hasil survei pembesaran kelenjar tiroid pada anak sekolah telah terjadi penurunan angka nasional Total Goiter Rate (TGR) dari 37,2% pada tahun 1982 menjadi 27,2% pada tahun 1990 dan 9,8% tahun 1998. Akan tetapi berdasarkan survei yang sama tahun 2003 terjadi kenaikan angka TGR menjadi 11,1%. Survei tersebut juga menunjukkan median UIE 229 $\mu\text{g/L}$ dan masih terdapat 16,3% mengalami kekurangan yodium ($<100 \mu\text{g/L}$), 48,3% kadar UIE dalam batas normal serta terdapat 35,4% mengalami excess (Depkes, 2003).

Kretin endemik ditandai dengan retardasi mental, bisu-tuli, gangguan neuromotorik yang berat, serta gangguan pertumbuhan, yang semuanya irreversible (Djokomoeljanto, 1974). Kretin endemik terjadi pada keadaan defisiensi yodium berat selama kehamilan, yaitu pada populasi di mana ekskresi yodium dalam urine (UEI) $< 25 \mu\text{g/L}$ (Hetzal, 1996). Apabila derajat defisiensinya lebih ringan, seperti yang banyak dialami oleh

penduduk yang tinggal di daerah defisiensi yodium, mereka menderita gangguan fungsi kognitif dan psikomotor dalam derajat yang lebih ringan sampai dengan sedang. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa mereka memiliki kapasitas mental yang subnormal, gangguan-gangguan keseimbangan, kecekatan, ketrampilan, koordinasi visuomotorik, perseptual, fungsi verbal, daya ingat, kecepatan reaksi, serta terganggunya pengolahan informasi di otak. Penemuan-penemuan ini sebagian besar dilakukan melalui riset pada anak usia sekolah (Querido *et al.*, *cit.* Bambang Hartono, 2002).

Atas dasar ini maka sesungguhnya pengaruh GAKY di masyarakat merupakan "fenomena gunung es". Kretin endemik sebagai puncaknya, dengan prevalensi yang hanya berkisar 1-10%, namun di bawahnya yang jauh lebih besar yaitu di bagian yang tidak nampak, adalah populasi yang mengalami kerusakan otak yang lebih ringan serta hipotiroidisme serebral (Hetzl, 1994). Maka sesungguhnya pengaruh GAKY yang paling merugikan adalah pada perkembangan otak selama kehidupan fetal atau fase intrauterin.

Telah diyakini bahwa kekurangan asupan yodium yang berat merupakan penyebab utama GAKY, namun beberapa publikasi mencatat pula adanya faktor lain penyebab GAKY seperti zat goitrogenik, polutan, blocking agent dan kontrasepsi hormonal. Karenanya GAKY bukan hanya terjadi di dataran tinggi tetapi kini juga mulai banyak ditemukan di perkotaan, dataran rendah dan pesisir pantai (Dunn, 2001).

Upaya yang dilakukan pemerintah untuk menanggulangi masalah GAKY diantaranya adalah dengan program jangka pendek dan jangka panjang. Program jangka pendek yaitu dengan penyuntikan larutan yodium dalam minyak (lipiodol) pada penduduk risiko tinggi di daerah gondok endemik sedang dan berat. Program ini dilakukan sejak tahun 1974 sampai dengan tahun 1991, dilanjutkan dengan distribusi kapsul minyak beryodium sebagai pengganti suntikan lipiodol. dan didistribusikan kepada kelompok sasaran di daerah risiko tinggi. Kelompok sasaran yang

dimaksud adalah wanita usia subur di daerah gondok endemik sedang dan berat, ibu hamil dan menyusui di daerah gondok endemik sedang dan berat dan anak sekolah dasar di daerah endemik berat.

Program jangka panjang dalam menanggulangi masalah GAKY dengan fortifikasi yodium dalam garam rumah tangga. Tujuan dari program tersebut adalah untuk (1) menjamin nutrisi yodium yang cukup bagi seluruh penduduk, terutama bagi kelompok risiko tinggi, dan (2) mencegah gangguan retardasi mental dan fisik dan gangguan perkembangan lain yang ada hubungannya dengan GAKY. Diharapkan semua rumah tangga menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat dengan kandungan yodium 30 – 80 ppm. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa GAKY dapat dicegah bila paling sedikit 90% rumah tangga telah menggunakan garam beryodium (WHO, 2001). Penggunaan garam beryodium dengan kadar yodium 40 ppm, dengan anggapan konsumsi garam 10 gram sehari, sehingga konsumsi 400 g potassium iodine perhari dan ini sesuai dengan 237 gram iodide.

Keberhasilan program penanggulangan masalah GAKY di masyarakat tidak hanya tergantung pada sistem penanggulangan sendiri di tingkat program, akan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan sosial budaya yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan GAKY. Hasil penelitian di Jawa Tengah diketahui konsumsi garam beryodium dalam keluarga dipengaruhi oleh karakteristik keluarga, pengetahuan terhadap penyakit gondok serta pengetahuan terhadap manfaat garam beryodium dalam keluarga. Selain itu, konsumsi dalam keluarga juga dipengaruhi oleh faktor persepsi dan aseptasi terhadap penanggulangan kekurangan yodium dalam masyarakat (Bambang Hartono, 2002).

Penelitian kualitatif di Kabupaten Magelang menunjukkan bahwa penyakit gondok dianggap bukan suatu penyakit dan tidak merupakan suatu hambatan untuk melakukan kegiatan mereka sehari-hari. Terdapat beberapa istilah dalam masyarakat tentang pemahaman mereka terhadap penyakit gondok yaitu panggél dan umpluk yang merupakan cerminan

persepsi masyarakat terhadap penyakit gondok (Margawati *cit.* Soeharyo, 2002). Berdasarkan pengalaman yang dilihat masyarakat masih menganggap penyakit gondok sebagai penyakit yang tidak berbahaya dan tidak mengakibatkan kematian.

Penelitian lain di Kabupaten Magelang diketahui penderita kretin mendapatkan dukungan dari keluarganya mulai dari dukungan emosional yang berupa empati, kepedulian dan perhatian terhadap penderita, dukungan penghargaan dan dorongan untuk maju, dukungan instrumental yang mencakup bantuan secara langsung pada penderita baik berupa uang ataupun jasa serta dukungan informatif yang mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk dan saran-saran. Sedangkan lingkungan sekitar tempat tinggal penderita kretin awalnya tidak bisa menerima kehadirannya akan tetapi setelah mendapatkan informasi dari berbagai pihak akhirnya bisa menerima (Siti Rokhamatus Sya'diyah, 2006).

Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo adalah merupakan daerah dengan kasus GAKY yang cukup banyak seperti gondok, hipotiroidisme, dan kretin. Bahkan di Kabupaten Ponorogo dijumpai satu desa dengan penderita kretin sebanyak 20 orang. Hal ini adalah merupakan suatu fenomena yang luar biasa. Demikian juga di Kabupaten Wonogiri akhir-akhir ini banyak dijumpai penderita kretin pada usia anak-anak. Sedangkan Kabupaten Pacitan yang mempunyai topografi yang sama dengan Kabupaten Wonogiri dan Ponorogo juga dijumpai banyak penderita GAKY. Berdasarkan data-data diatas sesungguhnya GAKY masih menjadi masalah kesehatan di ketiga Kabupaten tersebut.

Upaya penanggulangan GAKY yang dilakukan oleh pemerintah saat ini lebih banyak ditekankan pada upaya jangka pendek dengan distribusi kapsul minyak beryodium dan upaya jangka panjang dengan fortifikasi garam beryodium, surveilan GAKY dan promosi kesehatan terkait GAKY. Khusus upaya jangka panjang terkait promosi kesehatan terkait GAKY dilakukan dengan berbagai media antara lain media televisi, pemasangan poster, leaflet dan sebagainya. Akan tetapi selama ini belum

diketahui sejauh mana efektifitas promosi kesehatan yang dilakukan terkait GAKY, sehingga perlu dilakukan suatu kajian terkait persepsi masyarakat tentang GAKY.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

“ Bagaimana persepsi masyarakat tentang GAKY di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Mengetahui persepsi masyarakat tentang GAKY di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui persepsi masyarakat tentang penyebab terjadinya GAKY di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo.
- b. Mengetahui persepsi masyarakat tentang akibat terjadinya GAKY di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo.
- c. Mengetahui persepsi masyarakat tentang cara pencegahan terjadinya GAKY di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo.
- d. Mengetahui perbedaan persepsi tentang penyebab, akibat, pencegahan dan perlakuan keluarga penderita kretin di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo.

C. Manfaat Penelitian

Penelitian ini dilakukan agar dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

Dapat dimanfaatkan sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan hasil analisis penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesis baru dalam melakukan penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

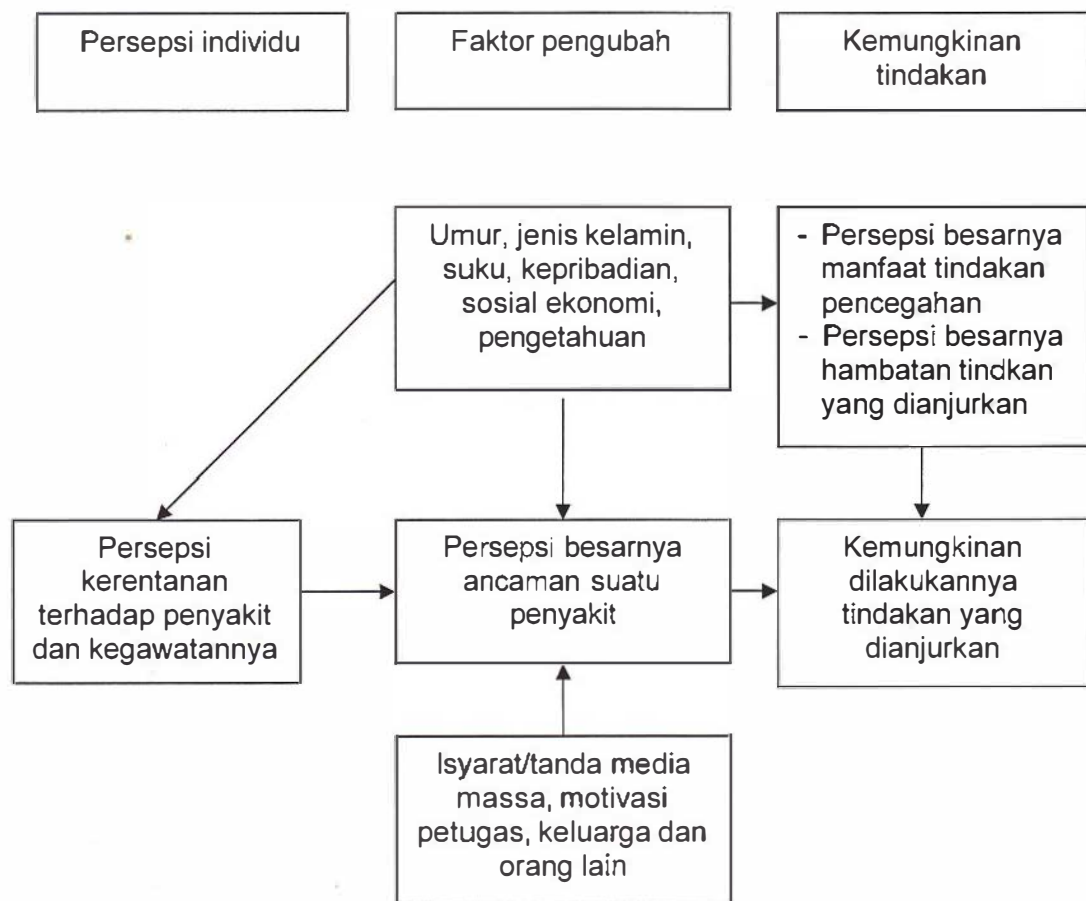
Bagi perencana dan pengambil kebijakan, hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk membuat perencanaan program dalam upaya penanggulangan masalah GAKY, terutama masalah kretin.

D. Kerangka Teori

Menurut Strecher dan Rosenstock (1997) pendapat subyektif dari individu merupakan kunci dari dilakukan atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan. Kemungkinan individu mengambil tindakan kesehatan atau pencegahan yang dianjurkan untuk menghindari penyakit karena persepsi ancaman yang dirasakan dan terjadinya penyakit akan memiliki pengaruh langsung pada dirinya. Dengan asumsi individu akan percaya melakukan suatu tindakan untuk memeriksakan penyakitnya jika individu tersebut benar-benar merasakan adanya ancaman oleh penyakit tersebut. Persepsi ancaman merupakan kombinasi persepsi kerentanan dan keparahan.

Persepsi ancaman karena penyakit tertentu dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, pengetahuan, sistem nilai dan pengalaman. Faktor modifikasi ini bukan berfungsi sebagai penyebab langsung dari suatu tindakan akan tetapi mempengaruhi persepsi dan motivasi. Pandangan subyektif berkaitan dengan persepsi manfaat dan hambatan dipercaya menyebabkan

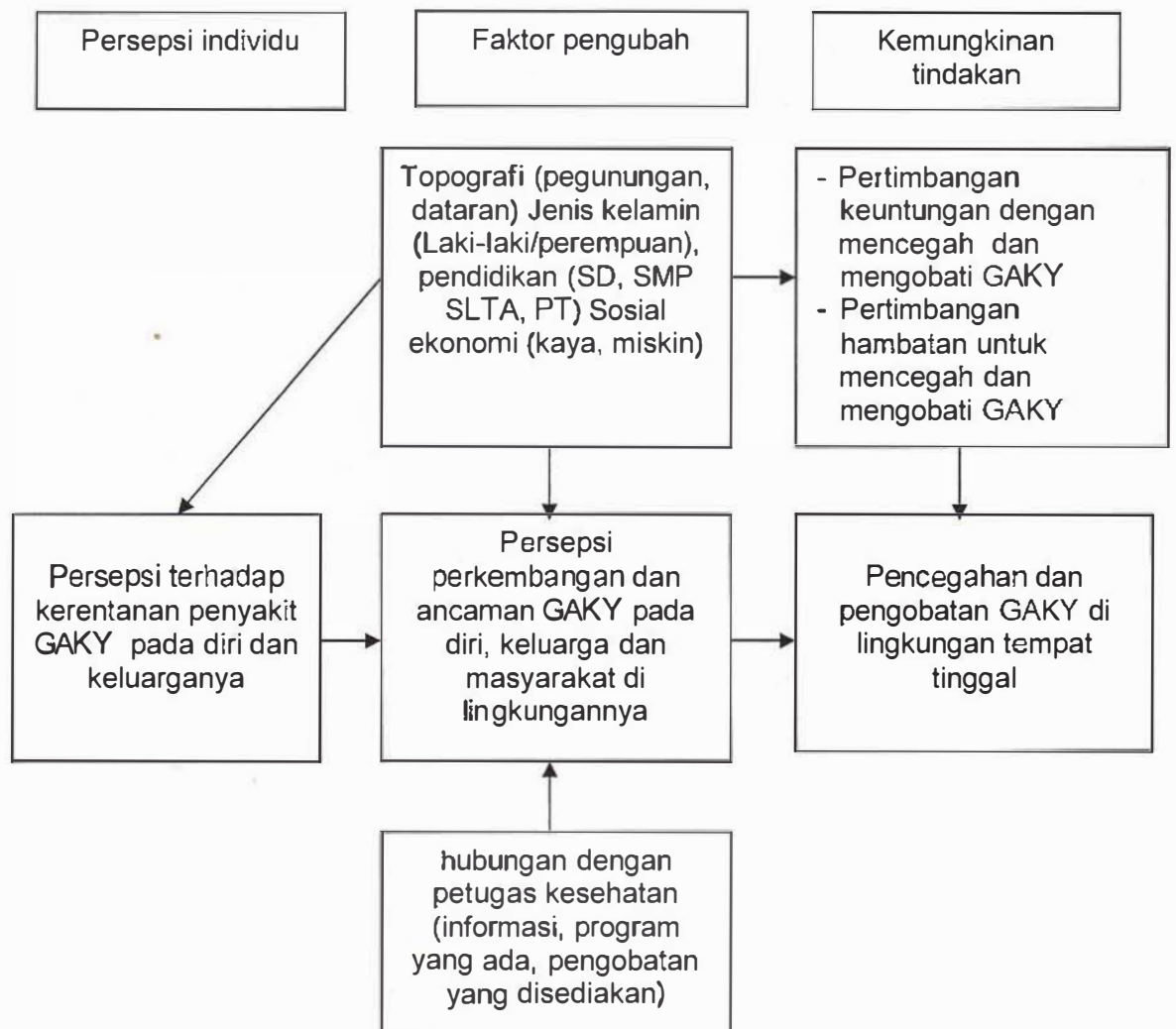
tindakan. Persepsi manfaat dibutuhkan ketika individu merasakan tindakan tertentu efektif mengurangi ancaman penyakit atau gejala penyakit. Kemungkinan tindakan juga melihat nilai manfaat dengan hambatan yang mungkin diterima. Adanya rangsangan dalam bentuk faktor pencetus yang datang dari dalam diri seseorang (munculnya gejala penyakit) ataupun dari luar (nasehat, anggota keluarga yang sakit, media massa, petugas kesehatan dan sebagainya) dibutuhkan untuk memotivasi seseorang dalam melakukan tindakan yang tepat.



Gambar 1 : Perspektif Health Belief Model (Strecher & Rosenstock, 1997)

E. Kerangka Konsep

Kemungkinan individu akan melakukan tindakan diterjemahkan sebagai Kemauan keluarga memberikan perhatian dan perlakuan yang sama terhadap penderita kretin. Keinginan untuk memeriksakan anggota keluarga yang menderita kretin dipengaruhi oleh persepsi tentang akibat terjadinya kretin.



Gambar 2.2. Kerangka Konsep penelitian Persepsi masyarakat terhadap penderita kretin di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo

E. METODE PENELITIAN

1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yaitu untuk mengetahui persepsi masyarakat tentang GAKY, dengan rancangan *fenomenologi*. Alasan pemilihan jenis penelitian ini adalah untuk dapat menggali bagaimana pengalaman masyarakat tentang GAKY dan apa maknanya bagi mereka.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo. Alasan pemilihan lokasi ini karena di tiga Kabupaten tersebut merupakan daerah endemik GAKY dan banyak ditemukan penderita GAKY.

3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo. Sampel penelitian adalah

- a. Kader kesehatan, dengan pertimbangan kader kesehatan adalah merupakan perwakilan dari masyarakat yang berfungsi menyampaikan informasi berkaitan dengan kesehatan di masyarakat. Penentuan sampel menggunakan *stratified purposeful sampling*, yaitu memilih informan dari sub kelompok yang ingin diamati. Tujuannya adalah menggambarkan ciri-ciri sub kelompok tertentu yang ingin diamati dan melakukan perbandingan antar kelompok. Sub kelompok yang ingin diamati dibagi menjadi 3 yaitu masyarakat yang tinggal di daerah perkotaan, pinggiran dan pedesaan. Jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini tergantung pada variasi fenomena yang terjadi berkaitan dengan persepsi tentang GAKY sampai ditemukan tingkat kejenuhan (*saturation*) terhadap jawaban yang ada.

b. Pembuat kebijakan

Informan pembuat kebijakan terdiri dari Pimpinan DPRD, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas dan Bidan Desa.

4. Teknik dan instrumen penelitian

Teknik dan instrumen penelitian dilaksanakan dengan dua cara yaitu :

1. *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) dilakukan untuk memperoleh data tentang persepsi masyarakat tentang GAKY. FGD dilaksanakan untuk mengumpulkan data dalam kelompok dengan mengoptimalkan interaksi antar peserta. FGD dilaksanakan dengan menggunakan pedoman FGD. Peserta FGD sebanyak 8-12 orang dengan kriteria peserta FGD sebagai berikut :

- a. Kader kesehatan usia 18 sd 40 tahun
- b. Pendidikan minimal SLTP
- c. Bertempat tinggal tetap dalam 1 tahun terakhir

Data yang diperoleh berupa rekaman kaset, catatan lapangan dan foto. Alat bantu pengumpulan data antara lain *tape recorder*, kamera, alat tulis dan buku.

2. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam pada penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang berbentuk pertanyaan terbuka. Pedoman ini berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan pendapat para pembuat kebijakan tentang GAKY. Model wawancara semi terstruktur yaitu peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara bebas dan leluasa tanpa terikat oleh susunan pertanyaan yang telah dipersiapkan. Data yang diperoleh berupa rekaman kaset, catatan lapangan dan foto. Alat bantu pengumpulan data antara lain *tape recorder*, kamera, alat tulis dan buku.

5. Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari subjek penelitian yaitu data yang berasal dari hasil FGD dengan subjek penelitian kader kesehatan dan data hasil wawancara mendalam dengan pembuat kebijakan. Data sekunder diambil dari Kantor Dinas Kesehatan terkait data status kesehatan dan Badan Pusat Statistik terkait data demografi.

Ada 2 instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu :

1. Pedoman FGD yang berisi pertanyaan-pertanyaan terbuka agar subjek penelitian dapat menjawab pertanyaan dengan bebas menurut bahasa dan persepsinya.
2. Pedoman wawancara mendalam yang berisi pertanyaan-pertanyaan terbuka agar informan dapat menjawab pertanyaan dengan bebas menurut bahasa dan persepsinya.

FGD dan wawancara mendalam dilakukan dengan pertimbangan waktu dan tempat berdasarkan kesepakatan peneliti dan subjek penelitian.

6. Definisi Operasional

- a. Gangguan Akibat Kurang Yodium atau GAKY adalah sekumpulan gejala yang timbul karena tubuh seseorang kekurangan unsur secara terus menerus dalam jangka waktu yang cukup lama (Hetzl, 1993). Status GAKY responden diukur dengan indikator pembesaran kelenjar gondok pada anak sekolah, ditentukan melakukan palpasi.
- b. Persepsi terhadap penderita kretin adalah tanggapan seseorang dalam memandang penderita dan menginterpretasikannya sebagai suatu hal yang baik atau buruk sesuai sudut pandang mereka.

- c. Masyarakat dalam penelitian ini adalah kader kesehatan yang tinggal dalam suatu wilayah minimal selama 1 tahun.

7. Keabsahan Data

Teknik pemeriksaan data dalam penelitian ini dengan cara triangulas. dengan memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data tersebut untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Teknik triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber, dengan membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda.

8. Analisa Data

Dalam penelitian ini analisis data dilakukan dengan menggunakan metode *grounded analysis*. Tahapan analisis data kualitatif dilakukan sebagai berikut :

- a. Mengumpulkan hasil wawancara mendalam dan FGD dengan informan, selanjutnya dilakukan pentranskripan.
- b. Mereduksi/menyederhanakan data dengan mengidentifikasi bagian data yang mempunyai makna, selanjutnya membuat koding untuk mempermudah penelusuran data pada tahap awal dengan *open coding* karena bersifat mendekati data aslinya.
- c. Kategorisasi, dengan memilih data *open coding* kedalam bagian yang memiliki kesamaan. Setiap kategori dianalisis kembali menjadi rangkuman kategori yang diberi label (*axial coding*).
- d. Sintesisasi, dengan mencari kaitan antara satu kategori dengan kategori lain dan kaitan antar kategori dianalisis dan diberi nama kembali sehingga membentuk teori baru (*theoretical coding*).
- e. Merumuskan data sesuai dengan pernyataan informan yang proporsional sebagai kategori utama, dan diinterpretasikan dalam laporan penelitian.
- f. Memeriksa keabsahan data dengan memeriksa dan membandingkan kembali data yang didapat dari berbagai sumber

berbeda dari informan penelitian yaitu masyarakat dan petugas kesehatan.

- g. Menyajikan data secara naratif data yang diperoleh dan menarik kesimpulan hasil penelitian.

9. Etika Penelitian

Beberapa hal yang menjadi perhatian pada saat melakukan penelitian adalah :

1. Sebelum penelitian ini dilakukan peneliti terlebih dahulu mengajukan *ethical clearance* kepada Komisi Etik Badan Litbang Kesehatan untuk memperoleh persetujuan kelayakan penelitian.
2. Peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian (*informe*), dan meminta persetujuan dengan tanda tangan (*consent*) kepada subjek penelitian.
3. Peneliti menjelaskan kepada informan bahwa informasi yang diperoleh akan dijamin kerahasiannya, tidak menambah dan mengurangi informasi yang sudah disampaikan serta memberikan konfirmasi terhadap jawaban yang telah disampaikan informan.

10. Jalannya Penelitian

Tahapan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tahap persiapan
 - a. Pengumpulan data pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri, Pacitan dan Ponorogo yang terdiri dari data status kesehatan, data demografi, dan data pendukung lainnya.
 - b. Mengurus ijin penelitian
 - c. Menentukan lokasi penelitian yang dijadikan objek penelitian disesuaikan dengan kriteria inklusi yang telah dibuat.
 - d. Menjelaskan kepada team peneliti tentang maksud dan tujuan penelitian, cara pengumpulan data dan hal-hal yang menjadi tugasnya.

2. Tahap pelaksanaan
 - a. Pengumpulan data dengan FGD pada kader kesehatan dan wawancara mendalam pada pembuat kebijakan.
 - b. Menganalisis data
 - c. Konsultasi hasil penelitian
3. Tahap pelaporan dan evaluasi
 - a. Penulisan hasil penelitian
 - b. Evaluasi hasil penelitian

11. Jadwal Penelitian

Penelitian ini direncanakan dilaksanakan mulai bulan April sd Nopember 2010. Jadwal selengkapnya sebagai berikut :

Tabel 3.1 Rencana jadwal penelitian

No	Jenis Kegiatan	2011							
		April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sept	Okt	Nop
1	Tahap persiapan a. Koordinasi, pengumpulan data awal b. Penjajagan, penentuan lokasi dan Perijinan								
2	Tahap pelaksanaan a. FGD dan wawancara mendalam b. Analisa data								
3	Tahap pelaporan a. Penulisan hasil b. Evaluasi hasil								

F. DAFTAR PUSTAKA

- Adi, R. (2004). Metodologi Penelitian Sosial dan Hukum, Granit, Jakarta.
- Aldo Pinchera, (2010). *Progress against IDD in Europe*, IDD NEWSLETTER, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD).
- Azwar, S. (2005). Sikap Manusia dan Teori Pengukurannya, Edisi ke-2, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Bambang Hartono, (2003). Perkembangan Fetus dalam Kondisi Defisiensi Iodium dan Iodium Cukup, Media Medika Indonesiana, Fakultas Kedokteran UNDIP Semarang.
- Basanta Gelal and Nirmal Baral, (2010). *Moving Toward the Sustainable Elimination of IDD in Nepal*, IDD NEWSLETTER, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD).
- Delong GR, Leslie PW, Wang S. (1997) *Effect on infant mortality of iodination of irrigation water in a severely iodine-deficient area of China*. (abstrak). *Lancet*;350:771–3.
- Depkes, RI. 2000. Pedoman Distribusi Kapsul Minyak Beriodium, Jakarta, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes, RI. 2004. Peningkatan Konsumsi Garam Beriodium, Jakarta, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis, A User Friendly Guide For Social Scientists*, London Rouledge.
- Djokomoeljanto R., (1974). *The effect of severe iodine deficiency: a study on a population in Central Java Indonesia*. Doctoral dissertation, Diponegoro University, Semarang, Indonesia.
- Dunn, JT. (2001). *The Global Challenge of Iodine Deficiency*. Kumpulan Naskah Pertemuan Ilmiah Nasional Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) 2001. p.19-24 Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
- Gisselle Gallego, et.al. (2010). *Iodine deficiency in Australia : Is Iodine Supplementation for Pregnant and Lactating Women Warranted?* The Medical Journal of Australia, 2010

- Greenspan, FS. (2000). Kelenjar Tiroid. *Dalam Endrokrinologi Dasar dan Klinik*. Alih bahasa Caroline Wijaya, dkk. Edisi 4. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.
- Gulshan Ara, (2010). *Many Bangladeshi Adolescent Girls and Pregnant Women are Iodine Deficient*, IDD NEWSLETTER, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD).
- Hetzel BS, (1994). *Historical development of the concepts of the brain-thyroid relationships*. In Stanbury JB (ed). *The damaged brain of iodine deficiency*. New York: Cognizant Communication Corp.
- Hetzel BS, (1996). *S.O.S. for a billion – The nature and magnitude of the iodine deficiency disorders*. In Hetzel BS, Pandav CS (eds). *S.O.S. for a billion. The conquest of iodine deficiency disorders*. 2nd ed. Delhi: Oxford Univ Press.
- Hetzel, E.B. (1993). *The Epidemiology, Pathogenesis, and Elimination of Brain Damage Due to Iodine Deficiency*. Makalah. Kumpulan Naskah Lengkap Simposium GAKI – Konas III Perkeni. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Jayakrishnan, T dan Jeeja, M.T. (2002). *IDD in Schoolchildren in Kannur District*. Discussion Paper. No. 41. Karala Research Programme on Local Level Dev. Centre for Dev. Studies. Thirunanthapuram.
- Kennedy, G., Nantell, G., Shetty, P. (2003). *The Scourge of Hidden Hunger: Global Dimensions of Micronutrient Deficiencies*. Discussion Paper. Swiss: FAO
- Ministry of Health Indonesia, (2003). *Final report, Technical Assistance for Evaluation on Intensified iodine Deficiency Control Project*. Directorate General of Community Health, Directorate of Community Nutrition.
- Ministry of Health Fiji, (2009). *Iodine deficiency was recognized as a public health problem in Fiji in 1996 and universal salt iodization was introduced. A new national study shows the remarkable success of Fiji's IDD elimination program*, IDD NEWSLETTER, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD).
- Moloeng, L.J. (2005). *Metode Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya, Bandung.

- Muhilal, (1998). *Final report. National Survey for Mapping of Iodine Deficiency Disorders (IDD)*. Collaboration between Nutrition Research and Developing Centre and Directorate of Community Nutrition, Ministry of Health.
- Mulyana, Dedy (2000). *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Pattilima, H., (2005). *Metode Penelitian Kualitatif*. CV. Alfabeta Bandung.
- Patton, Q.M., (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd edition, California : SAGE Publication, Inc.
- Rice, L, P, & Ezzy, D., (2002). *Qualitative Research Methods*. Oxford University Press. Australia.
- Robbins, S. (1996). *Perilaku Organisasi : Konsep, Kontroversi, Aplikasi*, PT Prenhallindo, Jakarta.
- Sekuler, R., dan Blake, R. (1990). *Perception*, McGraw-Hill Publishing Company.
- Sethi, V, Umesh, K. (2004). *Iodine Deficiency and Development of Brain*. *Indian J Pediatr*; 71:325-329
- Soeharyo H, dkk (2002). *Aspek Sosio-kultural pada program penanggulangan GAKY*, *Jurnal GAKY Indonesia (Indonesian Journal of IDD)*. UNDIP Semarang.
- Siti Rokhamatus Sya'diyah, (2006). *Dukungan Sosial Orang Tua dan Interaksi Sosial Penderita Kretin*. Skripsi, Fakultas Psikologi, Universitas Negeri Semarang.
- Sutomo, (2007). *Prestasi Belajar Anak yang Menderita GAKY dan Tidak Menderita GAKY di Daerah Endemik Berat di SD Negeri 1 dan 2 Tribudaya, Kecamatan Amonggedo, Kabupaten Konawe, Propinsi Sulawesi Tenggara*. Skripsi, Fakultas Pertanian, Institut Pertanian Bogor.
- Strecher, V,J., Rosenstok,I,M. (1997). *The Health Belief Model*. In Glenz, Karen., Lewis, Marcus, Frances., Rimer, K., Barbara ; *Health Behaviour and Health Education Theor, Research and Practice* (2nd edition), San Francisco, Jossy-Bass Publissers.
- Utarini, A., (2007). *Modul Mata Kuliah Metode Penelitian Kualitatif*, MPPK Universitas Gadjah Mada Jogjakarta.

- WHO, (1993). *Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders*. WHO/UNICEF/ICCIDD Micronutrient Deficiency Information System (MDIS Working Paper #1). WHO Geneva, Switzerland
- WHO, (1994). *Qualitative research for health programmes*. Geneva, WHO Division of Mental Health.
- WHO, (2001). *Assesment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination, A guide for Programme Managers*, Second Edition, Geneva.
- WHO, Unicef, ICCIDD, (2001). *Assesment of Iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A Guide for programme managers*. 2nd edition. Geneva.

LAMPIRAN 1 : Susunan Tim Peneliti


No	N a m a	Keahlian/ Kesarjanaan	Kedudukan Dalam Tim	Uraian Tugas	Ket
1.	Muh Faozan, SKM	S1 Gizi Kesmas	Koordinator Penelitian/Ketua Pelaksana	Bertanggung jawab atas keseluruhan kegiatan penelitian, mulai dari penyusunan proposal, hingga pembuatan laporan akhir.	8 Bln
2.	Sugianto, SKM, M.Sc.PH	S2 Epidemiologi	Peneliti	Memberikan bimbingan dan pengarahan	48 jm
3.	Cati Martiyana, S.Sos	S1 Sosiologi	Peneliti	Melakukan indepth interview, membuat transkrip dan menenukan kategori	48 jm
4.	Marizka Chaerunisa, S.Sos	S1 Antropologi	Peneliti	Melakukan FGD, membuat transkrip dan menentukan kategori	48 jm
5.	NN (Peneliti P4SKK)	S2 Promkes	Peneliti	Melakukan FGD, membuat transkrip dan menentukan kategori	48 jm
6.	NN (Peneliti P4SKK)	S2 Adm Kes	Peneliti	Melakukan indepth interview, membuat transkrip dan menentukan kategori	48 jm
7.	Candra Puspitasari	D III Gizi	Pembantu Peneliti	Melakukan transcrip dan koding data, penyiapan lapangan	32 jm
8.	Zainudin	D III Perawat	Pembantu Peneliti	Melakukan transcrip dan koding data, penyiapan lapangan	32 jm
9.	Tera Novitasari, SE	S1 Akuntansi	Administrasi	Melaksanakan kegiatan administrasi penelitian	4 bln
10.	NN 6 orang	Pegawai Dinnkes	Petugas Lapangan	Membantu kegiatan lapangan	24 hr

LAMPIRAN 2 : BIODATA KETUA PELAKSANA

1. Nama pengusul : Muh Faozan, SKM
2. Alamat
BP2 GAKI Magelang, Kavling Jayan, Borobudur, Magelang
Telepon (0293) 789435, fax (0293) 788460, e-mail:
faozan_m@yahoo.co.id
3. Pendidikan profesional
SKM – jurusan Gizi Kesmas, UNDIP Semarang, tahun 2002
4. Riwayat pekerjaan
 - Staf Dinas Kesehatan Kab. Aceh Selatan, 1992 sd 1996
 - Staf Kanwil Depkes Propinsi DIY, 1996 sd 2001
 - Staf BP2GAKI Magelang, 2001 – 2006
 - Kasie. Program dan Evaluasi BP2GAKI, 2006 s/d 2010
 - Kasubbag. TU BP2GAKI, 2010 sd sekarang
5. Publikasi : ---

LAMPIRAN 3 : PERSETUJUAN ATASAN YANG BERWENANG

Menyetujui
Kepala BP2 GAKI Magelang


Sugianto, SKM, M.Sc.PH
NIP. 196611061989031003

Magelang, 3 September 2010
Ketua Pelaksana,



Muh Faozan, SKM
NIP. 196903301992031002

LAMPIRAN 4 : REKAPITULASI JUMLAH ANGGARAN

No	MAK	Jenis belanja	Jumlah anggaran
1	521211	Belanja bahan	2.250.000,-
2	521213	Honor terkait output kegiatan	13.042.000,-
3	521219	Belanja barang non operasional lainnya	12.760.000,-
4	524119	Belanja perjalanan lainnya	148.850.000,-
JUMLAH			176.902.000,-

LAMPIRAN 4 : PERINCIAN RENCANA ANGGARAN

I Belanja bahan						Sub total = Rp	2.250.000		
1	ATK dan bahan komputer			1 pt	X Rp.	1.500.000 = Rp	1.500.000		
2	Alat perekam			3 bh	x Rp.	250.000 = Rp	750.000		
II Belanja honor terkait output kegiatan						Sub total = Rp	13.042.000		
1	Koordinator penelitian			1 org	X 8 bin	X Rp.	350.000 = Rp	2.800.000	
2	Peneliti pertama	2 org	X 2 jam	x 2 hr	X 8 mg	X Rp.	30.000 = Rp	1.920.000	
3	Peneliti (non fungsional peneliti)	3 org	X 2 jam	x 2 hr	X 8 mg	X Rp.	27.000 = Rp	2.592.000	
4	Pembantu peneliti	2 org	X 2 jam	x 2 hr	X 8 mg	X Rp.	20.000 = Rp	1.280.000	
5	Sekretariat penelitian			1 org	x 4 b/n	X Rp.	260.000 Rp	1.040.000	
6	Pembantu lapangan			3 lok	x 2 org	x 6 hr	X Rp.	60.000 Rp	2.160.000
7	Pengelolaan data			1 pt	X Rp.	1.250.000 = Rp	1.250.000		
III Belanja barang non operasional lainnya						Sub Total = Rp	12.760.000		
1	Ethical Clearance			1 pkt	X Rp	500.000 = Rp	500.000		
2	Pembuatan laporan			1 pkt	X Rp	1.000.000 = Rp	1.000.000		
3	Penggandaan			1 pkt	X Rp	1.500.000 = Rp	1.500.000		
4	Dokumentasi			1 pkt	x Rp	500.000 Rp	500.000		
5	Transkrip hasil indepth interview	3 kab	x 4 org	X 10 lbr	x Rp.	10.000 = Rp	1.200.000		
6	Transkrip hasil FGD	3 kab	x 3 lok	X 20 lbr	x Rp.	10.000 = Rp	1.800.000		
7	Kontak responden								
	- Indepth interview			3 Kab	x 4 org	X Rp.	50.000 = Rp	600.000	
	- Peserta FGD	3 kab	x 3 lok	x 12 org	X Rp.	20.000 = Rp	2.160.000		
8	Konsumsi								
	- Koordinasi team peneliti			10 org	x 1 kl	X Rp.	20.000 = Rp	200.000	
	- Koordinasi di Kabupaten			15 org	x 3 kl	X Rp.	20.000 = Rp	900.000	
	- Indepth interview dgn pembuat kebijakan			3 Kab	x 4 org	X Rp.	20.000 = Rp	240.000	
	- Focus Group Discussion	3 kab	x 3 lok	x 12 org	X Rp.	20.000 = Rp	2.160.000		
IV Belanja perjalanan lainnya (DN)						Sub total = Rp	148.850.000		
1	Perijinan dan Perjajagan								
	Kabupaten Wonogiri Propinsi Jawa Tengah								
	- Transport			3 org	x 1 kl	x Rp.	100.000 = Rp	300.000	
	- Uang harian	3 org	x 2 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	1.800.000		
	- Penginapan	3 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	900.000		
	- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	75.000 = Rp	150.000		
	Kabupaten Pacitan Propinsi Jawa Timur								
	- Transport			3 org	x 1 kl	x Rp.	200.000 = Rp	600.000	
	- Uang harian	3 org	x 2 hr	X 1 kl	x Rp.	350.000 = Rp	2.100.000		
	- Penginapan	3 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	900.000		
	- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	75.000 = Rp	150.000		
	Kabupaten Ponorogo Propinsi Jawa Timur								
	- Transport			3 org	x 1 kl	x Rp.	200.000 = Rp	600.000	
	- Uang harian	3 org	x 2 hr	X 1 kl	x Rp.	350.000 = Rp	2.100.000		
	- Penginapan	3 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	900.000		
	- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x 1 hr	X 1 kl	x Rp.	75.000 = Rp	150.000		
2	Pengumpulan data								
	Kabupaten Wonogiri Propinsi Jawa Tengah								
	- Transport			6 org	x 1 kl	x Rp.	100.000 = Rp	600.000	
	- Uang harian	6 org	x 9 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	16.200.000		
	- Penginapan	6 org	x 8 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	14.400.000		
	- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x 8 hr	X 1 kl	x Rp.	75.000 = Rp	1.200.000		
	Kabupaten Pacitan Propinsi Jawa Timur								
	- Transport			6 org	x 1 kl	x Rp.	200.000 = Rp	1.200.000	
	- Uang harian	6 org	x 9 hr	X 1 kl	x Rp.	350.000 = Rp	18.900.000		
	- Penginapan	6 org	x 8 hr	X 1 kl	x Rp.	300.000 = Rp	14.400.000		
	- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x 8 hr	X 1 kl	x Rp.	75.000 = Rp	1.200.000		
	Kabupaten Ponorogo Propinsi Jawa Timur								
	- Transport			6 org	x 1 kl	x Rp.	200.000 = Rp	1.200.000	
	- Uang harian	6 org	x 9 hr	X 1 kl	x Rp.	350.000 = Rp	18.900.000		

- Penginapan	6 org	x	8 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	14.400.000
- Transport lokal peneliti daerah	2 org	x	8 hr	X	1 kl	x Rp.	75.000	= Rp	1.200.000

3 Supervisi

Kabupaten Wonogiri Propinsi Jawa Tengah

- Transport			3 org	x	1 kl	x Rp.	100.000	= Rp	300.000
- Uang harian	3 org	x	2 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	1.800.000
- Penginapan	3 org	x	1 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	900.000

Kabupaten Pacitan Propinsi Jawa Timur

- Transport			3 org	x	1 kl	x Rp.	200.000	= Rp	600.000
- Uang harian	3 org	x	2 hr	X	1 kl	x Rp.	350.000	= Rp	2.100.000
- Penginapan	3 org	x	1 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	900.000

Kabupaten Ponorogo Propinsi Jawa Timur

- Transport			3 org	x	1 kl	x Rp.	200.000	= Rp	600.000
- Uang harian	3 org	x	2 hr	X	1 kl	x Rp.	350.000	= Rp	2.100.000
- Penginapan	3 org	x	1 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	900.000

4 Perjalanan lainnya

Konsultasi administrasi ke P4SKK Surabaya

- Transport			2 org	x	4 kl	x Rp.	1.000.000	= Rp	8.000.000
- Uang harian	2 org	x	2 hr	X	4 kl	x Rp.	350.000	= Rp	5.600.000
- Penginapan	2 org	x	1 hr	X	4 kl	x Rp.	300.000	= Rp	2.400.000

Konsultasi Teknis ke Jakarta

- Transport			2 org	x	2 kl	x Rp.	1.000.000	= Rp	4.000.000
- Uang harian	2 org	x	2 hr	X	2 kl	x Rp.	450.000	= Rp	3.600.000
- Penginapan	2 org	x	1 hr	X	1 kl	x Rp.	300.000	= Rp	600.000

JUMLAH ANGGARAN = Rp 176.902.000

LAMPIRAN 5

BP2GAKI MAGELANG	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
---------------------	---

PERNYATAAN PENELITI

Sebagai peneliti, saya telah menjelaskan kepada informan segala sesuatu mengenai penelitian yang saya lakukan. Saya menganggap informasi, tuntutan, resiko dan keuntungan penelitian yang akan diperoleh informan telah dipahami dan telah disetujui informan. Kerahasiaan yang menyangkut segala hal mengenai informan yang saya peroleh dari penelitian ini akan saya jaga dengan sebaik-baiknya.

Magelang, 2011

Peneliti

Muh Faozan

LAMPIRAN 6

	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
--	---

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapatkan penjelasan dan memahami maksud dan tujuan penelitian "Persepsi Keluarga Terhadap Penderita Kretin." Dengan ini saya menyatakan setuju untuk berpartisipasi sebagai sampel penelitian tersebut. Apabila suatu waktu saya merasa dirugikan dengan penelitian ini saya berhak untuk membatalkan persetujuan ini dan tidak akan mengajukan tuntutan.

Surat persetujuan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani rohani serta tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak lain, demikian surat ini untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 2011

Peneliti

Informan penelitian

Muh Faozan

LAMPIRAN 7

	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
--	---

PANDUAN FOCUS GROUP DISCUSSION

Informan : Masyarakat

Prolog :

Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu, perkenalkan nama saya Muh Faozan peneliti dari Balai Litbang GAKY Magelang. Saya mengucapkan terimakasih atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Informasi yang Bapak/Ibu sampaikan akan sangat bermanfaat bagi masukan dan pengembangan program promosi kesehatan penanggulangan GAKY.

Tujuan :

- a. Mengetahui persepsi masyarakat tentang penyebab GAKY.
- b. Mengetahui persepsi tentang akibat GAKY.
- c. Mengetahui persepsi masyarakat tentang cara pencegahan terjadinya GAKY.
- d. Mengetahui perbedaan persepsi masyarakat tentang penyebab, akibat dan pencegahan terjadinya GAKY.

Tata cara dalam pelaksanaan wawancara mendalam :

1. Peneliti dan informan saling berkenalan dan beramah tamah, menyampaikan terimakasih atas kesediaan waktunya.
2. Peneliti menjelaskan sekali lagi tujuan FGD
3. Peneliti meminta ijin melakukan FGD dengan menggunakan alat perekam
4. Peneliti menjelaskan kepada informan bahwa identitas dan jawaban informan dijamin kerahasiaannya.
5. Peneliti meminta kepada informan untuk memberikan informasi dan pendapat dengan jujur dan terbuka, semua informasi dan pendapat tidak ada yang benar atau salah, sehingga tidak perlu takut untuk mengemukakannya. Semua pendapat dan informasi diterima apa adanya.

6. Peneliti menyampaikan waktu FGD antara 60 – 90 menit.
7. FGD berlangsung dalam suasana santai, tenang dan tidak terganggu oleh orang lain.
8. Bila ada pertanyaan saat FGD maka jawaban akan diberikan setelah FGD selesai.
9. Hasil FGD diklarifikasi dan disimpulkan di hadapan informan, kemudian membuat perjanjian untuk kembali lagi jika ada klarifikasi ulang dari hasil FGD
10. Mengakhiri FGD dengan ucapan terimakasih atas bantuan informasi yang amat berharga bagi pelaksanaan penelitian.

LAMPIRAN 8

	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
--	---

PERTANYAAN FGD

(Informan :Kader Kesehatan)

Tanggal :
Waktu : Kode subjek :
Tempat :
Alamat :

I. Persepsi keluarga terhadap penyebab kretin

1. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar tentang GAKY?
2. Menurut Bapak/Ibu penyebab utama GAKY karena apa? (probe : bisa dijelaskan, apa saja penyebabnya, dan bagaimana mekanismenya?)
3. Apakah ada penyebab lain diluar yang Bapak/Ibu sebutkan? (kepercayaan, budaya, keturunan, pantangan)
4. Menurut Bapak/Ibu siapa saja yang bisa menderita GAKY? (probe : orang dewasa, remaja, anak-anak, balita, anak dlm kandungan)
5. Apakah ada kekhawatiran Bapak/Ibu jika menderita GAKY? (probe ; mengapa, bisa menular, bisa diobati tidak).

II. Persepsi keluarga tentang akibat terjadinya kretin

6. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY berbahaya bagi kesehatan dan perkembangan manusia? (probe ; apa saja dampak yang ditimbulkan)
7. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY bisa menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan? (probe ; kecerdasannya, pertumbuhan fisik, mental)
8. Menurut Bapak/Ibu apakah keadaan seseorang yang menderita GAKY akan menjadi beban bagi keluarganya? (probe ; apakah membutuhkan biaya yang lebih besar, apakah aktifitas sehari-hari tergantung dengan orang lain dsb)

III. Persepsi keluarga tentang pencegahan kretin

9. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY dapat dicegah? (probe ; bagaimana cara pencegahannya)Apakah seseorang yang menderita GAKY dapat disembuhkan?
10. Menurut Bapak/Ibu siapa yang paling bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit tersebut?
11. Menurut Bapak/Ibu apakah masyarakat dapat berperan serta dalam pencegahan penyakit tersebut? (probe ; apa saja yang bisa dilakukan masyarakat, bagaimana caranya?
12. Menurut Bapak/Ibu apakah pemerintah sudah melakukan upaya-upaya untuk pencegahan penyakit tersebut? (probe ; apa saja yang telah dilakukan, siapa yang melakukan?
13. Apakah sudah pernah ada kegiatan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat yang dilakukan oleh petugas kesehatan tentang GAKY? (probe ; apa saja kegiatannya, bagaimana metodenya)
14. Apakah kegiatan penyuluhan kesehatan tersebut mudah diterima dan dimengerti oleh masyarakat?

LAMPIRAN 9

	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
--	---

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

(Informan : Pembuat Kebijakan)

Prolog :

Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu, perkenalkan nama saya Muh Faozan peneliti dari Balai Litbang GAKY Magelang. Saya mengucapkan terimakasih atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Informasi yang Bapak/Ibu sampaikan akan sangat bermanfaat bagi masukan dan pengembangan program promosi kesehatan penanggulangan GAKI.

Tujuan :

- a. Mengetahui persepsi masyarakat tentang penyebab terjadinya GAKY.
- b. Mengetahui persepsi masyarakat tentang akibat terjadinya GAKY.
- c. Mengetahui persepsi masyarakat tentang cara pencegahan terjadinya GAKY.
- d. Mengetahui perbedaan persepsi masyarakat tentang penyebab, akibat dan pencegahan terjadinya GAKY.

Tata cara dalam pelaksanaan wawancara mendalam :

1. Peneliti dan informan saling berkenalan dan beramah tamah, menyampaikan terimakasih atas kesediaan waktunya.
2. Peneliti menjelaskan sekali lagi tujuan wawancara mendalam
3. Peneliti meminta ijin melakukan wawancara mendalam dengan menggunakan alat perekam
4. Peneliti menjelaskan kepada informan bahwa identitas dan jawaban informan dijamin kerahasiaannya.
5. Peneliti meminta kepada informan untuk memberikan informasi dan pendapat dengan jujur dan terbuka, semua informasi dan pendapat tidak ada yang benar atau salah, sehingga tidak perlu takut untuk mengemukakannya. Semua pendapat dan informasi diterima apa adanya.
6. Peneliti menyampaikan waktu wawancara antara 60 – 90 menit.

7. Wawancara mendalam berlangsung dalam suasana santai, tenang dan tidak terganggu oleh orang lain.
8. Bila ada pertanyaan saat wawancara mendalam maka jawaban akan diberikan setelah selesai saat wawancara.
9. Hasil saat wawancara mendalam diklarifikasi dan disimpulkan di hadapan informan, kemudian membuat perjanjian untuk kembali lagi jika ada klarifikasi ulang dari hasil saat wawancara mendalam.
10. Mengakhiri wawancara mendalam dengan ucapan terimakasih atas bantuan informasi yang amat berharga bagi pelaksanaan penelitian.

LAMPIRAN 10

	PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GAKY DI KABUPATEN WONOGIRI, PACITAN DAN PONOROGO
--	---

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

(Informan :Pembuat Kebijakan)

Tanggal wawancara :

Nama subjek :

Kode subjek :

Umur :

Pendidikan :

Alamat :

I. Persepsi keluarga terhadap penyebab kretin

1. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar tentang GAKY?
2. Menurut Bapak/Ibu penyebab utama GAKY karena apa? (probe : bisa dijelaskan, apa saja penyebabnya, dan bagaimana mekanismenya?)
3. Apakah ada penyebab lain diluar yang Bapak/Ibu sebutkan? (kepercayaan, budaya, keturunan, pantangan)
4. Menurut Bapak/Ibu siapa saja yang bisa menderita GAKY? (probe : orang dewasa, remaja, anak-anak, balita, anak dlm kandungan)
5. Apakah ada kekhawatiran Bapak/Ibu jika menderita GAKY? (probe ; mengapa, bisa menular, bisa diobati tidak).

II. Persepsi keluarga tentang akibat terjadinya kretin

6. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY berbahaya bagi kesehatan dan perkembangan manusia? (probe ; apa saja dampak yang ditimbulkan)
7. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY bisa menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan? (probe ; kecerdasannya, pertumbuhan fisik, mental)
8. Menurut Bapak/Ibu apakah keadaan seseorang yang menderita GAKY akan menjadi beban bagi keluarganya? (probe ; apakah membutuhkan biaya yang lebih besar, apakah aktifitas sehari-hari tergantung dengan orang lain dsb)

III. Persepsi keluarga tentang pencegahan kretin

9. Menurut Bapak/Ibu apakah GAKY dapat dicegah? (probe ; bagaimana cara pencegahannya)Apakah seseorang yang menderita GAKY dapat disembuhkan?
10. Menurut Bapak/Ibu siapa yang paling bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit tersebut?
11. Menurut Bapak/Ibu apakah masyarakat dapat berperan serta dalam pencegahan penyakit tersebut? (probe ; apa saja yang bisa dilakukan masyarakat, bagaimana caranya?
12. Menurut Bapak/Ibu apakah pemerintah sudah melakukan upaya-upaya untuk pencegahan penyakit tersebut? (probe ; apa saja yang telah dilakukan, siapa yang melakukan?
13. Apakah sudah pernah ada kegiatan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat yang dilakukan oleh petugas kesehatan tentang GAKY? (probe ; apa saja kegiatannya, bagaimana metodenya)
14. Apakah kegiatan penyuluhan kesehatan tersebut mudah diterima dan dimengerti oleh masyarakat?