

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK  
DI KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi  
(S.Farm.)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia



Oleh :

**Anna Indria Suryani**

**06613215**

**JURUSAN FARMASI**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM**

**UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

**YOGYAKARTA**

**AGUSTUS 2011**

SKRIPSI

PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK  
DI KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN



Yang diajukan oleh :

**Anna Indria Suryani**

**06613215**

Telah Disetujui Oleh :

Pembimbing utama

Pembimbing pendamping

Susi Ari Kristina, S.Farm., M.Kes,Apt

Endang Sulistyowatiningsih, S.Farm., Apt

**SKRIPSI**  
**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT**  
**PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK**  
**DI KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

Oleh :

ANNA INDRIA SURYANI  
06613215

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi  
Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 2 Agustus 2011

Ketua Penguji



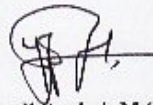
Susi Ari Kristina, S.Farm., M.Kes. Apt

Anggota Penguji :

1. Endang Sulistyowatiningsih, S.Farm, Apt (.....)
2. Bondan Ardiningtyas, M.Sc., Apt (.....)
3. Saepudin, M.Si., Apt (.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia



Yandi Svukri, M.Si., Apt

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 2 Agustus 2011

Penulis,

Anna Indria Suryani



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'allaikum Wr.Wb*

Alhamdulillah, segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan sinergis. Skripsi ini disusun sebagai salah satu prasyarat untuk mencapai gelar sarjana S1 (S.Farm) Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia. Setiap tahap yang kami lewati dalam penyusunan skripsi ini merupakan proses pembelajaran dan pengalaman yang berharga. Skripsi ini merupakan mediator bagi kami untuk mengenal lebih dalam mengenai farmasi komunitas di kehidupan nyata.

Penulis menyadari bahwa selama observasi, penelitian dan penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bimbingan, dorongan, dan bantuan baik material dan spiritual dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dekan fakultas MIPA bapak Yandi Syukri M.Si., Apt terima kasih atas dukungannya.
2. Kepala jurusan Farmasi Fakultas MIPA UII bapak M. Hatta Prabowo M.Si., Apt terima kasih atas dukungan dan semangatnya yang telah diberikan .
3. Ibu Susi Ari Kristina, S.Farm, M.Kes., Apt selaku pembimbing skripsi. Terima kasih segala ilmu, pemikiran, waktu, kesabaran dan keikhlasannya membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.
4. Ibu Endang Sulistyaningsih, S.Farm., Apt selaku pembimbing skripsi. Terima kasih atas segala ilmu, pemikiran, waktu, kesabaran dan keikhlasannya membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.

5. Umi terimakasih atas cinta, kasih sayang, doa dan dukungannya selama ini.
6. Kakak- kakak dan adik-adik ku, terimakasih atas dukungan dan semangat kalian selama ini.
7. Seluruh perangkat desa Kelurahan Wonokerto, Turi Sleman.
8. Seluruh dosen Program Studi Farmasi UII yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang berharga.
9. Seluruh staff dan karyawan Program Studi Farmasi UII atas segala bantuan dan kerjasamanya.
10. Semua pihak yang telah memberikan dukungan, bantuan dan dorongan kepada penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca dan semua pihak yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kemajuan dan kesempurnaan penulisa yang akan datang. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya serta perkembangan dan kemajuan Ilmu Pengetahuan pada khususnya. Amin.

*Wassalamuallaikum Wr. Wb*

Yogyakarta, 2 Agustus 2011

Penulis,

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGATAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
INTISARI.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II. STUDI PUSTAKA.....	4
A. Tinjauan Pustaka.....	4
1. Antibiotik.....	4
1.1. Definisi Antibiotik.....	4
1.2. Klasifikasi Antibiotik.....	4
1.3. Penggunaan Umum Secara Klinis.....	7
1.4. Penggunaan Klinis Beberapa Golongan Antibiotik.....	8
2. Pengetahuan.....	13
3. Pendidikan Kesehatan.....	13
4. Faktor Sosiodemografi.....	16
5. Leaflet.....	17
6. Profil Kelurahan.....	18
B. Hipotesis.....	19

BAB III. METODE PENELITIAN.....	20
A. Rancangan Penelitian.....	20
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	20
C. Populasi dan Sampel.....	20
a) Kriteria Sampel.....	20
b) Jumlah Sampel / Besaran Sampel.....	21
c) Metode sampling.....	22
D. Instrument Penelitian.....	23
E. Definisi Variabel Penelitian.....	24
F. Jalannya Penelitian.....	25
G. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	27
1) Uji Validitas.....	27
2) Uji Reliabilitas.....	31
H. Analisa Hasil.....	31
1) Analisa Deskriptif.....	31
2) Analisa <i>Paired sample T-Test</i> .....	32
3) Analisa <i>Independent T-Test</i> .....	32
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	33
A. Gambaran Faktor Sosiodemografi.....	33
1. Demografi Masyarakat.....	33
2. Deskripsi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol pada <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> berdasarkan Faktor Sosiodemografi.....	37
B. Evaluasi Perbedaan Tingkat Pengetahuan Masyarakat <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> .....	42
C. Evaluasi Perbedaan Tingkat Pengetahuan <i>Posttest</i> Antara Masyarakat Kelompok Perlakuan dengan Kelompok Kontrol.....	44



BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN..... 47

    A. Kesimpulan..... 47

    B. Saran ..... 47

DAFTAR PUSTAKA..... 49

LAMPIRAN..... 52



## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal</b>
Gambar 1. Bagan Pengambilan Sampel.....	22
Gambar 2. Skema Jalannya Penelitian.....	27



## DAFTAR TABEL

	<b>Hal</b>
Tabel I. Aspek-aspek Kuesioner.....	23
Tabel II. Distribusi Pertanyaan Hasil Uji Validitas Berdasarkan Aspek Penyusunan Kuesioner.....	29
Tabel III. Daftar Koefisien Korelasi Pertanyaan yang Dinyatakan Valid.....	29
Tabel IV. Daftar Pertanyaan yang Valid.....	30
Tabel V. Tabel Distribusi Masyarakat Kelompok dan Kontrol Perlakuan Berdasarkan Umur.....	33
Tabel VI. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	34
Tabel VII. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Pekerjaan .....	35
Tabel VIII. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Pendapatan.....	36
Tabel IX. Distribusi Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Jarak Tempat Tinggal dengan Fasilitas Kesehatan.....	37
Tabel X. Distribusi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Kontrol.....	38
Tabel XI. Distribusi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan Sebelum dan dan Sesudah Penyuluhan.....	38
Tabel XII. Tabel Frekuensi <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> dan Persentase Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Wonokerto, Turi .....	42
Tabel XIII. Distribusi Nilai <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	43
Tabel XIV. Perbandingan Tingkat Pengetahuan <i>Posttest</i> Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	45

# **PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK DI KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

## **INTISARI**

Antibiotik merupakan obat yang banyak diresepkan dalam pelayanan kesehatan. Penggunaan antibiotik yang kurang tepat dapat menimbulkan efek yang tidak diinginkan seperti alergi dan terjadinya resistensi terhadap antibiotik. Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penggunaan antibiotik secara tepat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat di Kelurahan Wonokerto tentang antibiotik dan pengaruh pemberian penyuluhan serta leaflet terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat. Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experimental* dengan rancangan *Pretest-Posttest Design with Control Group*. Dalam penelitian ini, subjek dipilih secara *purposive sampling*. Penyuluhan dilakukan dengan metode ceramah dan tanya jawab dengan alat bantu *leaflet*. Analisis data menggunakan analisis deskriptif, uji *t-pair sample* dan *independent t-test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan umur  $\leq 40$  tahun, berpendidikan tinggi, bekerja, dan berpendapatan tinggi, memiliki kecenderungan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Pengukuran *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan signifikan ( $P=0,000$ ) baik pada kelompok perlakuan maupun ( $P=0,002$ ) pada kelompok kontrol. Pengetahuan pada *posttest* antara kedua kelompok, mendapatkan hasil kelompok perlakuan mempunyai tingkat pengetahuan lebih tinggi dibanding kelompok kontrol ( $P=0,000$ ). Pemberian penyuluhan dengan metode ceramah dan tanya jawab disertai pemberian *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan tentang antibiotik.

Kata kunci: Antibiotik, pengetahuan, penyuluhan, *leaflet*, masyarakat.

## EFFECT OF COUNSELING ON THE LEVEL COMMUNITY KNOWLEDGE ABOUT ANTIBIOTIK AT WONOKERTO, TURI, SLEMAN

### ABSTRACT

Antibiotics are widely recipe drugs in health care. Inappropriate use of antibiotics may cause unwanted effects such as allergies and resistance to antibiotics. This happens due to lack of public knowledge about proper antibiotic use. This research was conducted to determine the influence of counseling on the level of public knowledge about the use of antibiotics and the effect of giving counseling and leaflets to increase public knowledge. This research design is *Quasi Experimental* with a *Pretest-Posttest Design with Control Group*. In this research, subjects selected by *purposive sampling*. Counseling is done by the method of speech, question and answer with the tools *leaflets*. Analysis method by the descriptive analysis, *paired sample t- test* and *independent sample t-test*. The results showed that respondents with age  $\leq 40$  years, highly educated, working, and high-income, have a tendency to a higher level of knowledge. Measuring *pretest* and *posttest* in the treatment group showed a significant increase in knowledge ( $P = 0.000$ ) whereas in the control group not different significant ( $P = 0.002$ ). Knowledge on the *posttest* between the two groups, getting the treatment group had higher knowledge levels than the control group ( $P = 0.000$ ). Education with lecture, question and answer method of application together with *leaflets* to enhance knowledge about antibiotics.

Key words: Antibiotics, knowledge, information, *leaflets*, community.

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tentang kesehatan di Indonesia berkembang cukup pesat yaitu ditandai dengan banyaknya Universitas yang membuka program studi ilmu kesehatan dan menghasilkan banyak tenaga praktisi yang kompeten dibidangnya. Namun, tenaga praktisi tersebut belum tersebar secara merata di pelosok daerah dan keterlibatan mereka dirasa masih kurang sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sangat minim, sebagai contoh dalam hal pengobatan. Dalam praktek pelayanan kesehatan, sering dijumpai persepsian yang tidak tepat. Hal ini dapat menimbulkan suatu dampak yang merugikan dalam pengobatan <sup>(1)</sup>.

Dalam pelayanan kesehatan, antibiotik banyak diresepkan untuk terapi pengobatan. Antibiotik merupakan golongan obat terbatas, obat yang harus diresepkan oleh dokter. Tetapi pada kenyataannya obat antibiotika tersebut mudah didapatkan di apotek atau di toko obat meskipun tanpa resep dokter <sup>(2)</sup>. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional, sering disebabkan adanya asumsi bahwa bila tidak memakai antibiotik pada saat sakit, maka sakitnya akan lama sembuh, sehingga masyarakat sering membeli sendiri antibiotik tanpa resep dokter, ataupun tanpa ada pemeriksaan sakitnya terlebih dahulu oleh dokter <sup>(3)</sup>.

Banyak kerugian yang ditimbulkan pada pemakaian antibiotik yang tidak rasional, misalnya: tidak tercapainya efek yang maksimal dalam terapi, menimbulkan pemborosan, menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan, resistensi, memperparah penyakit, dan bahkan dapat menimbulkan kematian. Resistensi merupakan efek yang sangat sering timbul dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional. Resistensi bisa bersifat relatif atau absolut. Pada kekebalan relatif yang didapat kadar hambat minimum (KHM) suatu organisme terhadap antibiotik tertentu perlahan-lahan meningkat, misalnya pada kekebalan gonokokus terhadap amoksisilin <sup>(4)</sup>.

Kelurahan Wonokerto merupakan kawasan rawan merapi, dimana erupsi merapi ini menimbulkan abu vulkanik. Abu vulkanik yang dihasilkan dapat menyebabkan banyak penyakit, diantaranya adalah ISPA dan diare. ISPA adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dan bakteri. Virus dan bakteri penyebab ISPA dimungkinkan didapat dari kurangnya kebersihan pada makanan dan lingkungan paska bencana merapi. Untuk mengatasi penyakit- penyakit tersebut, warga menggunakan terapi antibiotik yang didapat dari tenaga kesehatan ataupun membelinya sendiri di apotek maupun toko obat. Namun dari hasil observasi, ternyata warga masih memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penggunaan antibiotik yang mereka dapatkan. Oleh karena adanya faktor- faktor di atas maka peneliti merasa perlu melakukan penyuluhan tentang penggunaan antibiotik di Wonokerto Turi Sleman.

### **B. Perumusan Masalah**

1. Bagaimanakah gambaran tingkat pengetahuan tentang antibiotik berdasarkan faktor sosiodemografi pada masyarakat di Wonokerto Turi Sleman?
2. Apakah ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan tentang antibiotik pada masyarakat di Wonokerto Turi Sleman?
3. Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang antibiotik, antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pada masyarakat di Wonokerto Turi Sleman?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Untuk melihat gambaran tingkat pengetahuan tentang antibiotik berdasarkan faktor sosiodemografi pada masyarakat di Wonokerto Turi Sleman.
2. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan masyarakat sebelum dan sesudah penyuluhan tentang antibiotik di Wonokerto Turi Sleman.
3. Untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan tentang antibiotik antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pada masyarakat di Wonokerto Turi Sleman.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, diantaranya:

1. Bagi pemerintah dan dinas kesehatan, diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam peningkatan promosi kesehatan untuk memajukan pelayanan kesehatan dan demi peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.
2. Bagi masyarakat dapat bermanfaat sebagai informasi, masukan, wawasan dan sebagai dasar penggunaan antibiotik dalam proses pengobatan.
3. Bagi peneliti sebagai bahan acuan dan referensi peneliti selanjutnya untuk lebih mengembangkan dan memperdalam sasaran penelitian.





## BAB II

### STUDI PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Antibiotik

###### a. Definisi

Antibiotik adalah zat anti mikroba yang dihasilkan oleh berbagai jenis mikroorganisme (bakteri, fungi) yang dapat menekan pertumbuhan atau membasmi mikroba jenis lainnya<sup>(9)</sup>.

###### b. Klasifikasi Antibiotik

Antibiotik dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme aksi, struktur kimia, aktivitas dan luas aktivitasnya.

(1) Berdasarkan mekanisme aksinya, antibiotik dibedakan menjadi lima, yaitu :

(a) Antibiotik yang menghambat sintesis dinding sel

Antibiotik ini adalah antibiotik yang merusak lapisan peptidoglikan yang menyusun dinding sel bakteri gram positif maupun gram negatif. Mekanisme kerjanya adalah dengan mencegah ikatan silang peptidoglikan pada tahap akhir sintesis dinding sel, yaitu dengan cara menghambat protein pengikat penisil atau *penicilin binding protein*<sup>(5)</sup>. Protein ini adalah enzim dalam membran plasma sel bakteri yang secara normal terlibat dalam penambahan asam amino yang berikatan silang dengan peptidoglikan dinding sel bakteri dan menghambat aktivitas enzim transpeptidase yang membungkus ikatan silang polimer-polimer gula panjang yang membentuk dinding sel bakteri sehingga dinding sel menjadi lebih mudah lisis<sup>(6)</sup>.

Contoh: penisilin, sepalosporin, vankomisin.

(b) Antibiotik yang merusak membran plasma

Antibiotik yang merusak membran plasma umumnya terdapat pada antibiotik golongan polipeptida yang bekerja dengan mengubah permeabilitas membran plasma sel bakteri. Kerusakan membran sel menyebabkan keluarnya berbagai komponen penting dari dalam sel mikroba yaitu protein, asam nukleat, nukleotida dan lain-lain <sup>(7)</sup>. Contoh: nistatin, amforestin B.

(c) Antibiotik yang menghambat sintesis protein

Mekanisme kerja dari antibiotik yang menghambat sintesis protein yaitu dengan menghambat translokasi peptidil-tRNA dari situs A ke situs P dan menyebabkan kesalahan pembacaan mRNA dan mengakibatkan bakteri tidak mampu mensintesis protein yang dibutuhkan oleh bakteri untuk pertumbuhannya <sup>(6)</sup>.

(d) Antibiotik yang menghambat sintesis asam nukleat (DNA/RNA)

Penghambatan pada sintesis asam nukleat berupa penghambatan terhadap transkripsi dan replikasi mikroorganisme. Yang termasuk antibiotik penghambat sintesis asam nukleat adalah antibiotik golongan kuinolon dan rifampin. Rifampin menghambat sintesis mRNA dengan cara mengikat sub unit  $\beta$ -RNA polymerase bakteri sehingga menghambat transkripsi mRNA. Antibiotik golongan kuinolon bekerja dengan cara menghambat enzim DNA girase pada replikasi DNA, sehingga menghambat proses replikasi DNA dan transkripsi mRNA <sup>(6)</sup>. Contoh : rifampin, quinolon.

(e) Antibiotik yang menghambat sintesis metabolit esensial

Penghambatan terhadap sintesis metabolit esensial antara lain dengan adanya kompetitor berupa antimetabolit, yaitu substansi yang secara kompetitif menghambat metabolit mikroorganisme, karena

struktur yang mirip dengan struktur yang mirip dengan substrat normal bagi enzim metabolisme <sup>(6)</sup>.

(2) Berdasarkan struktur kimianya antibiotik dibagi menjadi 9 kelompok <sup>(8)</sup> yaitu :

- (a) Aminoglikosida
- (b) Sepalosporin
- (c) *Miscellaneous*  $\beta$ -laktam
- (d) Klorampenikol
- (e) Makrolida
- (f) Penisilin
- (g) Quinolon
- (h) Tetrasiklin
- (i) Sulfonamid

(3) Antibiotik Berdasarkan aktivitasnya dapat dibedakan menjadi antibiotik yang bersifat sebagai zat bakterisid dan bakteristatik.

(a) Zat-zat bakterisid (*L. cedere = mematikan*), yang pada dosis lazim berkhasiat mematikan kuman. Obat-obat ini dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu :

- 1) Zat-zat yang bekerja terhadap fase tumbuh, misalnya penisilin dan sefalosporin, polipeptida (polimiksin, basitrasin dan lain-lain), rifampisin, asam nalidiksat dan kuinolon.
- 2) Zat-zat yang bekerja pada fase istirahat, misalnya aminoglikosida, nitrofurantion, INH, kotrimoksazol dan juga polipeptida.

(b) Zat-zat bakteristatik (*L. statis = menghentikan*), yang pada dosis lazim berkhasiat menghentikan pertumbuhan dan proliferasi bakteri. Contohnya seperti sulfonamida, kloramfenikol, tetrasiklin, makrolida dan linkomisin <sup>(9)</sup>.

(4) Antibiotik berdasarkan luas aktivitasnya dapat dibedakan menjadi antibiotik dengan aktivitas sempit dan aktivitas luas.

(a) Antibiotik *narrow-spectrum* (aktivitas sempit)

Obat-obat ini terutama aktif terhadap beberapa jenis bakteri saja, misalnya penisilin-G dan penisilin-V, eritromisin, klindamisin, kanamisin dan fusidat hanya bekerja terhadap kuman gram positif. Sedangkan streptomisin, gentamisin, polimiksin B dan asam nalidiksat khusus aktif terhadap bakteri gram negatif.

(b) Antibiotik *broad-spectrum* (aktivitas luas)

Obat-obat bekerja terhadap lebih banyak bakteri baik jenis bakteri gram positif maupun Gram negatif. Obat-obatnya antara lain sulfonamida, ampicilin, sefalosporin, kloramfenikol, tetrasiklin dan rifampisin<sup>(9)</sup>.

### c. Penggunaan Umum Secara Klinis

Antibiotik digunakan dalam tiga cara umum yaitu sebagai terapi empiris, sebagai terapi definitif dan sebagai profilaksis atau preventif. Ketika digunakan sebagai terapi empiris atau terapi awal, antibiotik yang dipilih harus dapat mengatasi semua patogen yang mungkin timbul, karena organisme penginfeksi telah diketahui. Terapi kombinasi atau pengobatan dengan obat tunggal berspektrum luas sering digunakan. Namun, jika mikroorganisme penginfeksi telah diketahui, terapi antibiotik yang definitif harus dilakukan yaitu regimen berspektrum sempit dengan toksisitas yang rendah, untuk menyempurnakan rangkaian pengobatan. Ketika suatu senyawa antimikroba digunakan dengan tujuannya adalah secara selektif memilih obat yang aktif untuk mikroorganisme penginfeksi yang paling mungkin dan yang

memiliki potensi paling kecil dalam menyebabkan toksisitas atau reaksi alergi pada individu yang diobati tersebut <sup>(9)</sup>.

Antibiotik digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi akibat kuman atau juga untuk prevensi infeksi, misalnya pada pembedahan besar. Secara profilaksis juga diberikan pada pasien dengan sendi dan klep jantung buatan, juga sebelum cabut gigi <sup>(7)</sup>.

#### **d. Penggunaan Klinis Beberapa Golongan Antibiotik**

##### **1. Penisilin**

Penisilin G juga dapat digunakan untuk *Pneumonia Pneumokokus*, infeksi *Stafilokokus*, infeksi *meningokokus*, *sifilis*, difteri aktinimikosis, *antraks*, infeksi *klostridium*, infeksi listeria, erisipeloid. Penisilin juga dapat diberikan sebagai profilaksis untuk infeksi akibat *streptokokus*, demam rematik kambuhan, sifilis dan prosedur pembedahan pada pasien penyakit katup jantung <sup>(9)</sup>.

Amoksisilin dan ampicillin digunakan untuk pengobatan infeksi yang diduga disebabkan oleh bakteri gram negatif seperti *H influenza*, *E Coli*, *Proteus mirabilis*, *Salmonella*, juga dapat digunakan untuk pengobatan infeksi yang diduga disebabkan oleh bakteri gram positif seperti *Streptococcus pneumonia*, *enterococci*, *Listeria*. Amoksisilin dapat digunakan untuk mengobati otitis media akut yang disebabkan oleh *S Pneumoniae*, *H influenza* atau *M catharralis* <sup>(10)</sup>.

##### **2. Sefalosporin**

Antibiotik sefalosporin dapat digunakan untuk terapi meningitis, pneumonia dan septicemia. Sefalosporin mempunyai mekanisme kerja serta farmakologi yang sama dengan penisilin. Sefalosporin diekskresi di ginjal dan aksinya dapat diperpanjang dengan adanya probenesid <sup>(11)</sup>.

Sefalosporin dibagi menjadi beberapa generasi yaitu generasi pertama, kedua, ketiga dan keempat. Sefalosporin generasi pertama merupakan senyawa yang sangat baik untuk infeksi kulit dan jaringan

lunak akibat *S. aureus* dan *S. pyogenes*. Contoh dari sefalosporin generasi pertama adalah sefalotin, sefazolin, sefaleksin dan sefadroksil. Sefalosporin generasi kedua menunjukkan aktivitas terbesarnya terhadap tiga organisme gram negatif yaitu *Haemophilus influenzae*, beberapa *enterobacter aerogenes* dan beberapa spesies *neisseria*. Sedangkan aktivitasnya terhadap organisme gram positif lebih lemah. Contoh dari sefalosporin generasi kedua adalah sefamandol, sefoksitin, sefaklor, sefuroksim, lorakarbef, sefotetan. Sefalosporin generasi ketiga dapat dipertimbangkan sebagai pilihan terapi untuk infeksi berat yang disebabkan oleh spesies *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Serratia* dan *Haemophilus*. Contoh sefalosporin generasi ketiga yaitu sefotaksim, seftriakson, seftazidim dan seftizoksim. Sefalosporin generasi keempat diindikasikan untuk pengobatan empiris infeksi nosokomial. Contohnya adalah sefepim<sup>(9)</sup>.

### 3. Aminoglikosida

Aminoglikosida tidak diabsorpsi secara oral dan harus diberikan secara parenteral (injeksi). Aminoglikosida merupakan antibiotik yang bersifat bakterisida dan aktif melawan bakteri gram negatif. Aminoglikosida mempunyai indeks terapeutik yang sempit dan semuanya berpotensi menyebabkan toksisitas. Obat ini diekskresi oleh ginjal dan gangguan ginjal dapat menyebabkan akumulasi dan resiko efek samping toksik yang lebih besar<sup>(10)</sup>.

Gentamisin merupakan senyawa yang penting pengobatan berbagai infeksi basilus gram negatif yang berat. Senyawa ini adalah aminoglikosida pilihan pertama karena harganya murah dan aktivitasnya yang baik untuk semua infeksi kecuali terhadap bakteri aerob gram negatif yang paling resisten. Gentamisin dapat digunakan untuk pneumonia yang disebabkan oleh bakteri gram negatif. Tobramisin efektif terhadap *P. aeruginosa* yang bermanfaat untuk pengobatan

bakterimia, osteomielitis dan pneumonia yang disebabkan oleh spesies *pseudomonas*. Amikasin merupakan antibiotik golongan aminoglikosida yang aktivitas antimikrobanya terluas dan karena resistensinya yang unik terhadap enzim penginaktivasi aminoglikosida, antibiotik ini memiliki peran khusus di rumah sakit tempat menyebarnya resistensi mikroorganisme terhadap gentamisin dan tobramisin. Netilmisin adalah antibiotik yang bermanfaat untuk pengobatan infeksi serius terhadap *Enterobacteriaceae* yang rentan dan basil aerob lainnya. Neomisin telah digunakan secara luas untuk penggunaan topikal pada berbagai infeksi kulit dan membran mukus yang disebabkan oleh mikroorganisme yang rentan terhadap obat ini <sup>(9)</sup>.

#### 4. Tetrasiklin

Tetrasiklin biasanya diberikan secara oral, tetapi dapat diberikan secara parenteral. Absorpsi obat di usus bervariasi dan absorpsinya menurun dengan adanya ion kalsium (susu), ion magnesium (misalnya antasida), makanan dan sediaan besi <sup>(11)</sup>.

Senyawa tetrasiklin telah digunakan secara luas untuk pengobatan penyakit infeksi. Tetrasiklin terutama bermanfaat pada penyakit-penyakit yang disebabkan oleh *riketsia*, *mikoplasma*, dan *klamidia*. Tetrasiklin juga dapat digunakan untuk pengobatan jerawat. Obat-obat ini bekerja dengan menghambat propionibakteria, yang terdapat dalam folikel sebaceous dan metabolisme lipid menjadi asam lemak bebas yang mengiritasi <sup>(9)</sup>.

Tetrasiklin dapat terikat dengan kalsium dalam tulang dan gigi yang sedang tumbuh. Hal ini menyebabkan diskolorasi gigi pada anak muda dan tetrasiklin seharusnya dihindari pada anak-anak usia 8 tahun, wanita hamil, serta ibu menyusui <sup>(11)</sup>.

## 5. Kloramfenikol

Kloramfenikol adalah antibiotik yang dihasilkan oleh *Streptomyces venezuelae*. Kloramfenikol dapat digunakan untuk pengobatan demam tifoid, bakteri meningitis, infeksi anaerob dan penyakit riketsia. Terapi dengan kloramfenikol hanya boleh digunakan pada infeksi yang manfaat obat tersebut lebih besar dibandingkan resiko toksisitas potensialnya. Jika tersedia obat antimikroba lain yang sama-sama efektif dan secara potensial tidak begitu toksik dibandingkan kloramfenikol, maka sebaiknya obat tersebut digunakan <sup>(9)</sup>.

Kloramfenikol dapat digunakan untuk demam tifoid dan meningitis yang disebabkan oleh *Haemophilus influenza*. Sebagian besar kloramfenikol dimetabolisme di hati dan berpenetrasi dengan baik, termasuk ke otak. Efek samping yang dapat timbul pada neonatus adalah bayi abu-abu (*grey baby syndrome*) karena neonatus tidak dapat memetabolisme obat dengan cepat dan terakumulasi <sup>(11)</sup>.

## 6. Kuinolon dan fluorokuinolon

Semua fluorokuinolon bersifat *bakterisidal*. Secara umum, antibiotik golongan ini efektif terhadap mikroorganisme gram negatif seperti *enterobakteria*, *pseudomonas*, *Haemophilus influenza*, *moraxella catarrhalis*, *Legionella*, *klamidia* dan *mikobakterium* kecuali kompleks *M. Avium* intrasel. Semua efektif terhadap gonore tetapi tidak efektif terhadap sifilis. Fluorokuinolon tidak boleh digunakan dalam pengobatan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme pneumokokus dan enterokokus <sup>(12)</sup>.

Siprofloksasin digunakan untuk mengobati infeksi saluran kemih, prostatitis kronik, sinusitis akut, demam tifoid, infeksi saluran pencernaan yang diduga akibat bakteri. Gatifloksasin dapat digunakan untuk mengobati infeksi saluran respirasi seperti bronchitis akut dan kronik, sinusitis akut, pneumonia komunitas, infeksi kulit dan struktur



kulit tanpa komplikasi atau infeksi saluran kemih komplikasi, pyelonepritis. Gatifloksasin dapat digunakan sebagai alternatif terapi untuk tuberkolosis aktif. Levofloksasin dapat digunakan untuk menangani infeksi saluran pernapasan seperti bronchitis akut dan kronik, sinusitis akut, pneumonia komunitas, pneumonia nosokomial, infeksi kulit atau struktur kulit komplikasi maupun tanpa komplikasi, infeksi saluran kemih komplikasi maupun tanpa komplikasi, phylonephitis, prostatitis kronik. Levofloksasin direkomendasikan sebagai alternatif terapi untuk infeksi akibat gonorrhoe, uretritis non gonococcal, tuberkolosis aktif<sup>(10)</sup>.

#### 7. Sulfonamida

Obat-obat golongan sulfonamida merupakan senyawa kemoterapi pertama yang efektif digunakan secara sistemik untuk pencegahan dan pengobatan infeksi bakteri pada manusia. Sulfonamida digunakan terutama pada pengobatan infeksi saluran kemih, kombinasinya dengan trimetoprim sering pula digunakan untuk pengobatan otitis, bronchitis, sinusitis dan pneumonia *Pneumocystis carinii*. Sulfonamida bermanfaat untuk pengobatan infeksi yang disebabkan oleh spesies *Nocardia*. Selain itu, kombinasi antara pirimetamin dan sulfadiazine merupakan terapi pilihan untuk toksoplasmosis<sup>(9)</sup>.

#### 8. Makrolida (eritromisin, klaritromisin dan azitromisin)

Eritromisin bekerja secara bakteriostatik terhadap terutama bakteri gram positif dan spektrum kerjanya mirip penisilin G. Eritromisin merupakan pilihan pertama pada khususnya infeksi paru-paru dengan *Legionella pneumophila* (penyakit veteran) dan *mycoplasma pneumonia* (radang paru atipis-tidak khas), juga dengan infeksi usus dengan *Campylobacter jejuni*. Pada infeksi lain (saluran

napas, kulit dan lain-lain) khusus digunakan sebagai pilihan terapi kedua bilamana terdapat resistensi atau hipersensitivitas terhadap penisilin <sup>(7)</sup>. Klaritromisin dapat digunakan untuk infeksi akibat Pneumonia dan *H. influenza*. Azitromisin dapat digunakan untuk pasien terapi rawat jalan yang terjangkit pneumonia didapatkan dari lingkungan, faringitis atau infeksi kulit. Azitromisin juga dapat digunakan sebagai terapi pengobatan atau profilaksis infeksi *M. avium-intracelluler* pada pasien AIDS. Serta azitromisin dapat digunakan untuk pengobatan uretriti non-gonokokus tanpa komplikasi yang diduga disebabkan oleh *C. Trachomatis* <sup>(9)</sup>.

## **2. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep, dan pemahaman yang dimiliki manusia dan segala isinya, termasuk manusia dan kehidupannya. Pengetahuan mencakup penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu, serta mencakup praktek dan kemampuan teknis dalam memecahkan berbagai persoalan hidup yang belum dibakukan secara skematis <sup>(13)</sup>.

Pengetahuan merupakan proses kegiatan mental yang dikembangkan melalui proses belajar dan disimpan dalam ingatan yang akan digali pada saat dibutuhkan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan <sup>(14)</sup>.

## **3. Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

Akhirnya pengetahuan tersebut dapat mempengaruhi perilakunya. Dengan kata lain, adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran <sup>(15)</sup>.

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan sesuatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan <sup>(16)</sup>.

Metode pembelajaran dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan ada beberapa macam disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pesertanya.

a. Berdasarkan jumlah peserta, metode pendidikan dapat dibagi menjadi:

(1) Metode pendidikan individual (Perorangan)

(a) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

(b) Wawancara (*interview*)

(1) Metode pendidikan kelompok

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Setiap pendekatan dan metode, memiliki keunggulan dan kelemahan masing-masing, sehingga apabila akan menerapkannya, haruslah sesuai kondisi peserta yang akan terlibat di dalam proses pembelajaran tersebut.

a. Berdasarkan metode pembelajaran yang digunakan, dibagi menjadi:

(1) Metode Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Adapun keunggulan metode ceramah antara lain :

(a) Dapat menyampaikan informasi secara tepat,

(b) Menggunakan waktu yang relative singkat,

(c) Mampu menjangkau banyak audiens, dan

(d) Dapat diikuti oleh audiens yang belum atau tidak siap.

Adapun kelemahan metode ceramah antara lain :

(a) Jalinan komunikasi hanya satu arah,

(b) Sukar memenuhi kebutuhan individu,

(c) Proses pembelajaran berpusat pada pengajar <sup>(15)</sup>.

## (2) Metode Demonstrasi

Pada saat belajar adakalanya dijumpai peserta didik yang tidak mampu menerima dan menangkap isi materi pembelajaran yang dikemukakan secara lisan, oleh karena itu para pendidik masih dituntut untuk memvisualisasikan penjelasannya dengan cara mendemonstrasikan sesuatu yang diajarkannya dalam wujud yang lebih nyata, melalui peragaan konkrit <sup>(15)</sup>.

## (3) Metode Diskusi

Pada saat jumlah kelas memungkinkan, dan terlebih lagi jika para peserta memiliki kesiapan untuk berdiskusi, maka metode diskusi sangatlah baik untuk dilakukan, karena dengan metode ini, para peserta menjadi lebih kreatif dan bisa berlatih memupuk jiwa kepemimpinan, karena didalam diskusi karena harus selalu ada aturan main yang disepakati bersama, serta lebih dari itu para peserta dipacu untuk mampu merumuskan kesimpulan hasil diskusi, sehingga peserta menjadi tidak pasif <sup>(15)</sup>.

## (4) Metode Simulasi

Apabila peserta telah dilatih untuk berdiskusi, maka tahap berikutnya adalah mengembangkan metode simulasi, yang diharapkan bahwa pada akhir pembelajaran akan didapat beberapa hasil sebagai berikut :

- (a) Peserta mampu memahami perasaan orang lain (berempati),
- (b) Peserta mampu memecahkan masalah bersama,
- (c) Mampu mengambil keputusan secara cepat dan tepat,
- (d) Mampu mengembangkan kreatifitas <sup>(15)</sup>.

## (5) Metode Sumbang Saran

Setelah peserta terlatih dalam kegiatan diskusi dan simulasi, maka tahap berikutnya yang lebih memupuk jiwa kepemimpinan dan kreativitas adalah

metode sumbang saran, yaitu metode yang memacu peserta untuk berfikir bagaimana memberikan saran atau solusi terhadap permasalahan yang telah didiskusikan bersama <sup>(15)</sup>. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner yang berisi materi yang ingin diujikan pada responden <sup>(14)</sup>.

Metode ceramah dan tanya jawab digunakan pada penelitian ini dengan mempertimbangkan keunggulan dari metode dan faktor sosiodemografis yang ada pada masyarakat tersebut. Tingkat keberhasilan dari metode ini tidak bisa diukur dengan persentase karena metode ini dikatakan cukup baik dengan melihat seberapa jelas peneliti dalam berkomunikasi untuk menyampaikan materi atau menjawab pertanyaan dari responden sehingga responden dapat menerima materi dengan baik dan jelas.

#### **4. Sosiodemografi**

Faktor sosiodemografi pada penelitian mencakup umur, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, dan lokasi tempat tinggal, yang merupakan faktor yang berpengaruh terhadap tingkat pemahaman terhadap informasi, pengetahuan, sikap dan minat seseorang terhadap suatu hal. Perbedaan tingkat pendidikan bisa menimbulkan perbedaan tingkat pengetahuan. Umur juga dapat mempengaruhi kemampuan daya ingat sehingga akan mempengaruhi pada pengetahuan dan turut mempengaruhi proses penentuan sikap seseorang <sup>(17)</sup>.

Lingkungan pekerjaan dapat mempengaruhi kehidupan sosial seseorang. Hal ini secara tidak langsung juga dapat mempengaruhi pengetahuan dan cara pandangnya terhadap suatu hal. Orang yang mungkin hanya lulus SMA tetapi lingkungan pekerjaannya terkait dengan bidang kesehatan atau bekerja di rumah sakit akan lebih tahu tentang suatu penyakit dibanding dengan orang yang lulusan sarjana tetapi tidak terkait dalam bidang kesehatan. Sedangkan pendapatan seseorang dan kedekatan tempat tinggal dengan sarana kesehatan mempengaruhi perilaku masyarakat yang secara tidak langsung juga berkaitan dengan tingkat

pengetahuan seseorang mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya dalam penentuan tindakan kesehatan. Dengan adanya sarana kesehatan yang terletak dekat dengan tempat tinggal seseorang, maka ada kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat membutuhkan<sup>(15)</sup>.

Pendapatan erat kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun tindakan pencegahan penyakit oleh masyarakat. Seseorang akan kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak punya cukup uang untuk membeli obat, membayar biaya transport ke fasilitas kesehatan<sup>(15)</sup>.

## 5. Leaflet

Leaflet adalah bahan cetak tertulis berupa lembaran yang dilipat tapi tidak dimatikan atau dijahit. Isinya tentang informasi terkait penyuluhan yang disertai gambar dan bahasa yang lebih sederhana<sup>(16)</sup>.

Kisi- kisi membuat leaflet agar lebih menarik:

b. Mendapat perhatian melalui judul

*Headline* yang baik harus mampu menarik minat orang yang melihat untuk membaca. Hal ini juga membantu jika kita mencoba untuk melihat hal dari posisi pembaca tentang apa yang mungkin untuk membuat mereka berhenti dan berfikir.

c. Gunakan kartun, gambar atau grafik.

Gambar atau grafis dapat mengilustrasikan poin-poin kunci. Kebanyakan orang tidak mau membaca panjang, bertele-tele lembar informasi.

d. Menggunakan *Outline* judul sebagai subpos.

Subpos memungkinkan orang untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai masalah ini. Subpos juga membantu untuk membuat selebaran lebih mudah dibaca dan mencerminkan bahwa itu terorganisir.

e. Akhiri dengan kembali menekankan ide utama, mungkin juga mencakup himbauan untuk aksi.

- f. Pertimbangkan untuk menggunakan tata letak yang teratur atau gaya agar pembaca menjadi akrab dengan tujuan leaflet.

## **6. Profil Kelurahan Wonokerto**

Kelurahan Wonokerto Kecamatan Turi Kabupaten Sleman merupakan salah satu kelurahan dari empat kelurahan di Kecamatan Turi. Kelurahan Wonokerto adalah salah satu kelurahan yang berlokasi paling utara dari wilayah Yogyakarta dan berbatasan langsung dengan tanah Gunung Merapi. Wilayah Wonokerto untuk sebelah utara berbatasan langsung dengan tanah Gunung Merapi, sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Kaliurang Kulon, Magelang, batas selatan ialah Kelurahan Donokerto dan sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Girikerto. Wonokerto terdiri dari 10 padukuhan dan dihuni oleh 2.559 Kepala Keluarga, terdiri dari 8.943 jiwa, 4.393 laki-laki dan 4550 perempuan.

Kelurahan Wonokerto terdiri dari dua belas padukuhan diantaranya padukuhan Manggung Sari, Banjar Sari, dan Nganggrung. Dimana tiap padukuhan terdiri dari 3-4 dusun. Manggung Sari memiliki 535 penduduk, 153 kepala keluarga, 312 penduduk laki- laki dan 324 penduduk perempuan. Padukuhan Banjar Sari memiliki jumlah penduduk 584, 205 kepala keluarga, 354 penduduk laki- laki, 330 penduduk perempuan, dan 15 penduduk yang cacat. Jumlah penduduk di padukuhan Nganggrung yaitu 508 penduduk, 137 kepala keluarga, 314 penduduk laki- laki, 294 penduduk perempuan.

Turi adalah salah satu kecamatan di Kabupaten Sleman provinsi D.I.Yogyakarta. Kecamatan Turi dibagi menjadi empat kelurahan, yaitu Wonokerto, Donokerto, Girikerto dan Bangunkerto. Di kecamatan turi terdapat satu Puskesmas pusat dan empat puskesmas pembantu yang tersebar di setiap kelurahan. Jarak antara Wonokerto dengan Puskesmas pusat ialah 4 km. Terdapat satu apotek di Kecamatan turi, sedangkan Rumah Sakit terdekat ialah RSUD Murangan dengan jarak 7,5 km dari Turi, satu Praktek Dokter Gigi di kecamatan Turi, yang berada 4 km dari Wonokerto, satu klinik bersalin ,satu bidan dan satu

dokter umum di Kelurahan Wonokerto yang selalu dimanfaatkan oleh masyarakat sekitar untuk konsultasi atau berobat ketika sakit.

### **B. Hipotesis**

1. Terdapat perbedaan pengetahuan tentang antibiotik pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan tanya jawab yang disertai pembagian leaflet.
2. Terdapat perbedaan pengetahuan tentang antibiotik pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.





## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Eksperimental* dengan rancangan *pretest-posttest design with control group*.

#### B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di padukuhan Nganggrung, Manggungsari dan Banjarsari, Wonokerto, Turi, Sleman. Dimana waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Mei – Juni 2011.

#### C. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu PKK yang di Kelurahan Wonokerto, Turi, Sleman. Sampel diambil dari populasi menggunakan metode *purposive sampling* karena peneliti ingin mengetahui pengetahuan masyarakat tentang antibiotik, sehingga sampel yang diambil adalah masyarakat yang menggunakan antibiotik atau pernah menggunakan antibiotik, dimana pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya seperti usia, mata pencaharian, tingkat pengetahuan dan lain sebagainya<sup>(18)</sup>.

Kriteria sampel:

- (1) Kriteria inklusi :
  - (a) Masyarakat berjenis kelamin wanita
  - (b) Umur antara 19-55 tahun
  - (c) Bukan tenaga kesehatan
  - (d) Aktif mengikuti kegiatan PKK

(e) Merupakan warga padukuhan Nganggrung, Manggungsari dan Banjarsari, Wonokerto, Turi, Sleman.

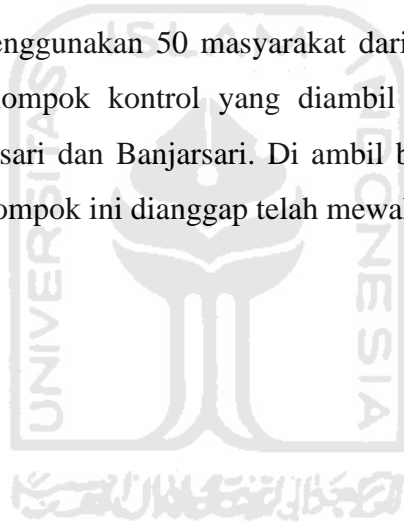
(2) Kriteria eksklusi :

(a) Masyarakat buta huruf

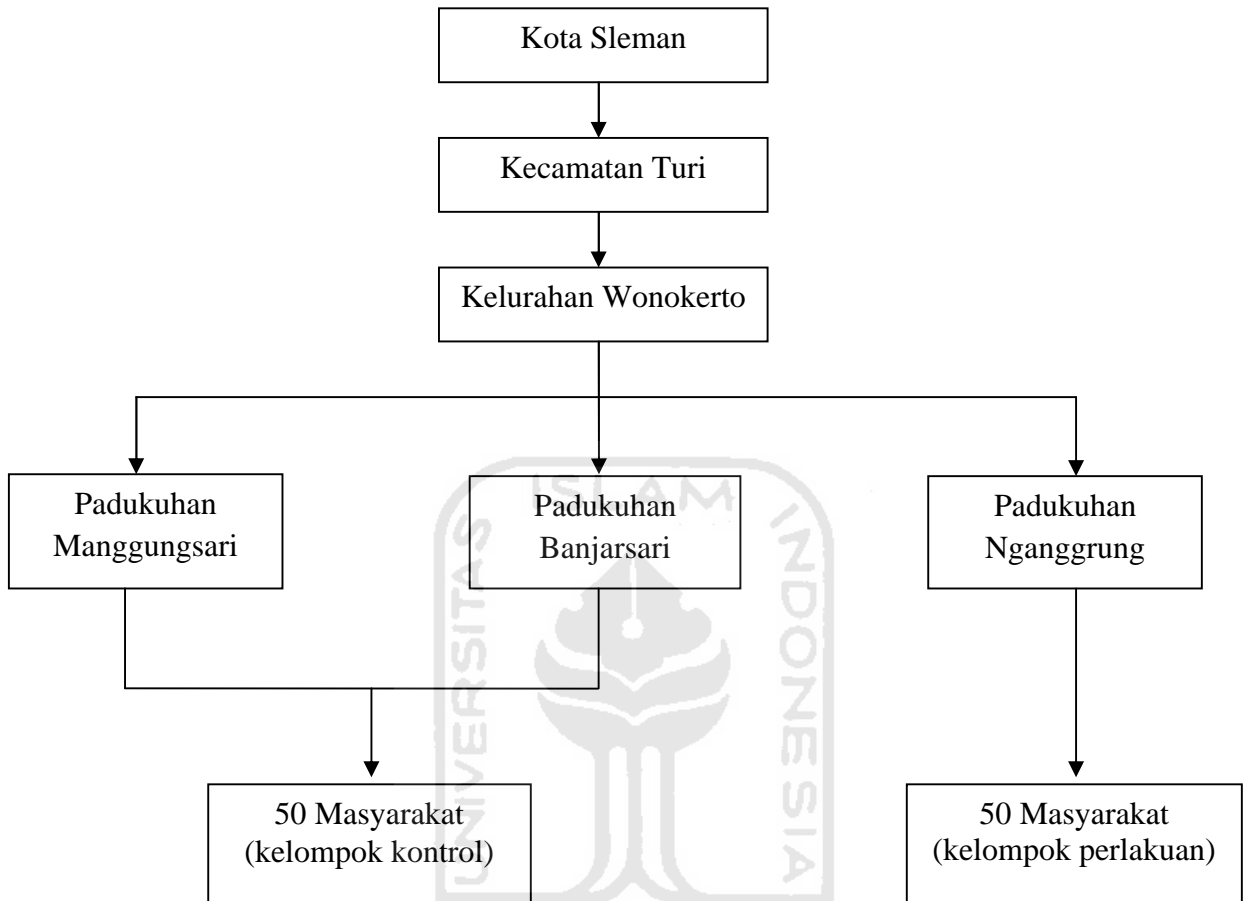
(b) Tidak mengikuti salah satu kegiatan penelitian yang dilakukan di padukuhan Nganggrung, Manggungsari dan Banjarsari, Wonokerto, Turi, Sleman.

a. Jumlah sampel/ Besaran sampel

Penelitian ini menggunakan 50 masyarakat dari kelompok perlakuan dan 50 masyarakat dari kelompok kontrol yang diambil dari warga di kelurahan Nganggrung, Manggungsari dan Banjarsari. Di ambil besaran sampel sebesar 50 pada masing-masing kelompok ini dianggap telah mewakili besar populasi.



b. Metode sampling



**Gambar 1. Bagan Pengambilan Sampel.**

**D. Instrumen Penelitian**

1. Kuisioner

Kuisioner yang dibagikan kepada masyarakat mencakup dalam aspek yang dapat dilihat pada tabel I.

**Tabel I. Aspek-aspek Kuesioner**

<b>Aspek-aspek yang Diukur</b>	<b>Jumlah Pertanyaan dan Penyebaran</b>
Definisi Antibiotik	6 (1, 2, 3, 4, 5, 6)
Indikasi	6 (7, 8, 9, 10, 11, 12)
Cara penggunaan antibiotik	8 (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20)
Efek samping	5 (21, 22, 23, 24, 25)
Interaksi obat	3 (26, 27, 28)
Total	28

2. *Leaflet* yang dibagi kepada masyarakat yang berisi mengenai definisi, cara pakai, efek samping.
3. Data primer hasil *pretest* dan *psottest* masyarakat serta data sekunder berupa data faktor sosiodemografi masyarakat merupakan bahan yang akan dianalisis.

#### **E. Definisi Variabel Penelitian**

1. Antibiotik yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua antibiotik yang umumnya pernah digunakan atau diketahui oleh masyarakat.
2. Populasi adalah masyarakat desa Wonokerto yang mengikuti PKK.
3. Penyuluhan adalah pemberian informasi dengan metode ceramah disertai dengan sesi tanya jawab.
4. *Pretest* adalah suatu penilaian atau pengukuran terhadap masyarakat yang dilakukan sebelum diberi sebuah perlakuan, dalam hal ini pengambilan kuesioner awal sebelum penyuluhan.
5. *Posttest* adalah suatu penilaian atau pengukuran terhadap masyarakat yang dilakukan setelah diberi sebuah perlakuan, dalam hal ini pembagian kuesioner setelah dilakukan penyuluhan.

6. Kelompok perlakuan adalah sejumlah masyarakat yang mendapatkan intervensi/penyuluhan dalam penelitian.
7. Kelompok kontrol adalah sejumlah masyarakat yang tidak mendapatkan intervensi/penyuluhan dalam penelitian.
8. Kuesioner adalah alat ukur menentukan tingkat pengetahuan yang terdiri dari beberapa pertanyaan.
9. Leaflet merupakan sarana pelengkap dalam penyuluhan. Isinya tentang informasi terkait penyuluhan yang disertai gambar.
10. Masyarakat adalah sekumpulan orang atau penduduk yang bertempat tinggal dimana penelitian ini dilakukan.
11. Tingkat pengetahuan adalah kemampuan masyarakat menjawab pertanyaan dengan benar meliputi pengertian antibiotik, manfaat utama dari pemakaian antibiotik, cara pemakaian, dan efek samping. Pengukuran tingkat pengetahuan dibagi menjadi dua kategori yaitu pengetahuan tinggi dan pengetahuan rendah baik pada hasil pretest dan posttest yang didasari dari nilai rata-rata dari hasil pretest pada tiap kelompok yaitu pada kelompok perlakuan dinyatakan pengetahuan tinggi bila nilai skor total sebesar  $>11,36$ , dan dinyatakan pengetahuan rendah bila nilai skor total sebesar  $\leq 11,36$ . Sedangkan pada kelompok kontrol dinyatakan pengetahuan tinggi bila nilai skor total sebesar  $> 11,16$  dan pengetahuan rendah bila nilai skor total sebesar  $\leq 11,16$ .
12. Variabel bebas yaitu mencakup pengetahuan sebelum penyuluhan dan faktor sosiodemografi
13. Variabel terikat yaitu pengetahuan masyarakat setelah penyuluhan tentang antibiotik.
14. Usia adalah lama kehidupan sampel dimulai dari kelahiran sampai dengan tahun sekarang. Digolongkan menjadi dua yaitu usia di bawah atau sama dengan 40 tahun dan diatas 40 tahun diambil dari gambaran sosiodemografi masyarakat di Kelurahan Wonokerto Turi Sleman.
15. Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan tertinggi yang secara formal ditamatkan masyarakat. Dikatakan berpendidikan tinggi apabila tamat SLTA dan

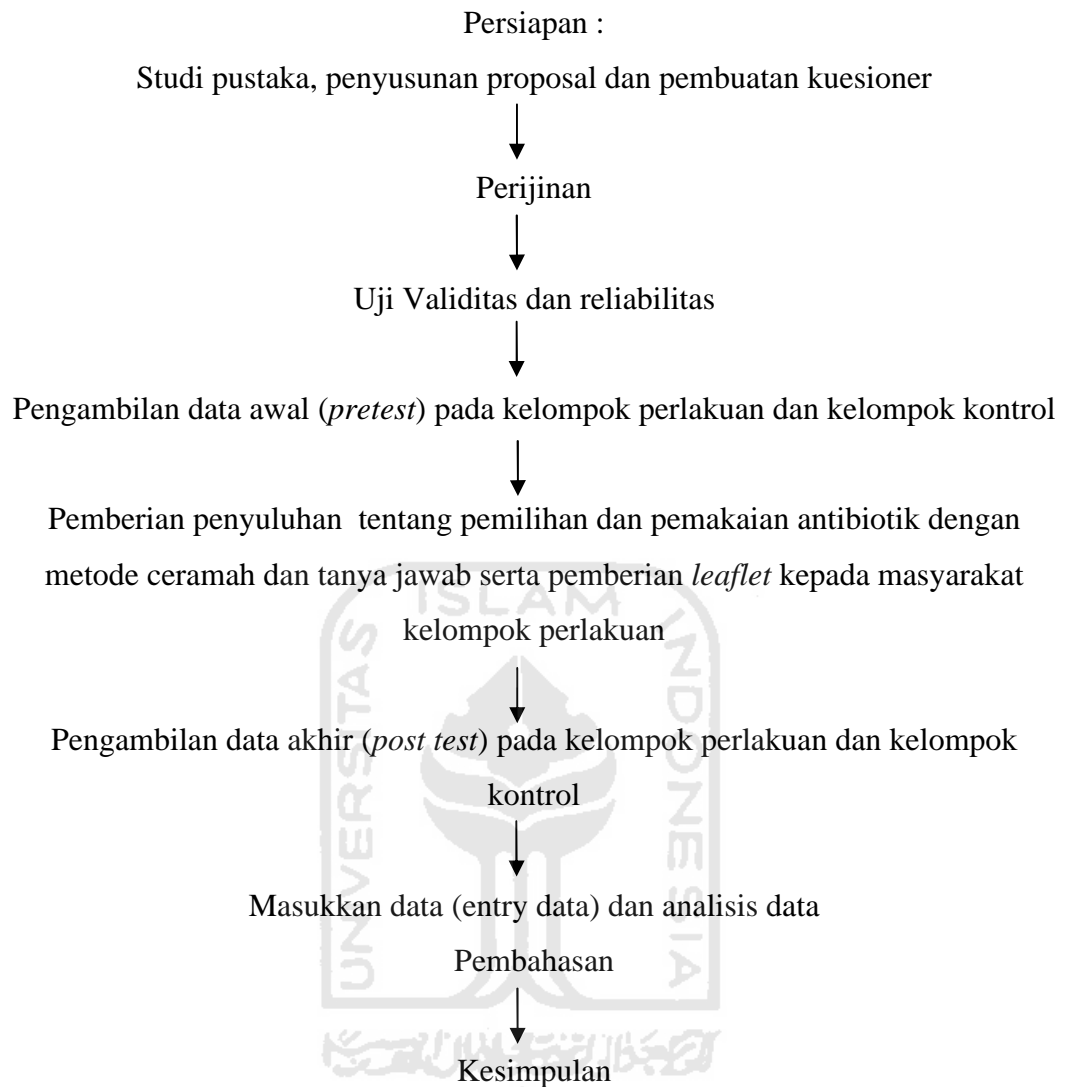
perguruan tinggi, dan dikatakan berpendidikan rendah jika hanya tamat SD, SLTP, atau tidak sekolah.

16. Pekerjaan adalah status kegiatan masyarakat yang menghasilkan pendapatan untuk pemenuhan kebutuhan.
17. Pendapatan adalah hasil yang diperoleh masyarakat untuk memenuhi kebutuhan hidup. Dikatakan pendapatan tinggi bila pendapatan yang diperoleh dalam kurun waktu sebulan yaitu mulai dari Rp. 1.000.000 sampai lebih dari Rp. 2.000.000
18. Jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan dikatakan dekat bila jaraknya sekitar 1-5 km, dan dikatakan jauh bila jarak tempuh dari rumah yaitu lebih dari 5 km.

#### **F. Jalannya Penelitian**

1. Tahap pertama adalah tahap persiapan penelitian yaitu studi pustaka yang berkaitan dengan penelitian serta pembuatan proposal serta alat ukur dalam penelitian yakni kuesioner berdasarkan studi pustaka.
2. Tahap kedua adalah tahap perijinan melakukan penelitian. Surat ijin penelitian diajukan kepada Bappeda Kota Sleman untuk kemudian ditembuskan lagi kepada pemerintah daerah setempat yaitu Camat Kecamatan Turi, dan kemudian ditembuskan lagi ke Kelurahan Wonokerto dimana penelitian ini dilaksanakan.
3. Tahap ketiga adalah uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang digunakan bisa dijadikan alat ukur yang valid dalam penelitian. Uji ini dilakukan terhadap 50 masyarakat sampel yang dipilih secara acak diluar masyarakat sampel yang akan diteliti, yaitu warga Kelurahan Wonokerto.
4. Tahap keempat adalah melakukan pendataan masyarakat.
5. Tahap kelima adalah pelaksanaan *pretest* sebagai alat ukur awal. Kegiatan ini dilakukan dengan pemberian *pretest* pada kelompok perlakuan dengan pembagian kuesioner yang telah diuji validitasnya. Pemberian *pretest* ini dilakukan 30 menit sebelum diberikan penyuluhan bertempat di rumah warga setempat disaat arisan ibu-ibu PKK. Pretes pada kelompok kontrol dilakukan seminggu setelahnya, bersamaan dengan kegiatan Arisan Ibu-ibu PKK dusun tersebut pada setiap padukuhan.

6. Tahap keenam adalah pemberian penyuluhan kepada masyarakat terkait cara penggunaan antibiotik. Penyuluhan untuk kelompok perlakuan dilakukan 30 menit setelah dilakukannya *pretest*. Metode yang digunakan adalah metode ceramah dan tanya jawab dan disertai dengan pemberian leaflet. leaflet yang diberikan berisikan informasi mengenai antibiotik yang meliputi definisi, indikasi, penggunaan, efek samping dan interaksi antibiotik. Peranan leaflet ini adalah sebagai alat bantu bagi peneliti dalam menyampaikan materi. Leaflet tersebut dapat dibawa oleh masyarakat sehingga diharapkan masyarakat dapat menyampaikan informasi kepada keluarga atau kerabat dan dapat dipelajari sendiri untuk meningkatkan pengetahuannya. Materi yang diberikan selama penyuluhan yaitu gambaran penggunaan antibiotik yang rasional yang meliputi definisi, indikasi, penggunaan, efek samping dan interaksi antibiotik.
7. Tahap ketujuh adalah tahap pelaksanaan *posttest* sebagai alat ukur akhir kepada ibu-ibu PKK berupa pengisian kuesioner yang sama dengan kuesioner saat *pretest* untuk mengetahui tingkat pengetahuan subjek penelitian setelah diberikan penyuluhan. *Posttest* kelompok perlakuan dilakukan ditempat yang sama dengan tempat diselenggarakannya *pretest* satu bulan setelahnya. Dari evaluasi ini dapat dinilai tingkat pemahaman dan daya ingat masyarakat serta efektivitas metode pendidikan kesehatan yang dilakukan.



**Gambar 2. Skema Jalannya Penelitian.**

## **G. Uji Validitas dan Reliabilitas**

### **1. Uji Validitas**

Uji validitas digunakan untuk mengetahui apakah instrumen pengukuran yang akan digunakan valid atau tidak. Validitas suatu pengukuran adalah indikator sejauh mana pengukuran itu dapat mengukur apa yang akan diukur. Apabila pengukuran tidak memberikan hasil yang sah atau absah, tidak dapat digunakan dengan baik dan justru dapat menyesatkan <sup>(19)</sup>. Valid tidaknya suatu instrumen dapat dilihat dari



nilai koefisien korelasi antara skor tiap-tiap item pertanyaan dengan skor totalnya pada taraf signifikan 5%, item-item yang tidak berkorelasi secara signifikan dinyatakan gugur. Dalam kaitannya dengan besarnya angka korelasi ini, koefisien validitas yang tidak begitu tinggi, berada di sekitar 0,50 sudah dapat diterima dan dianggap memuaskan. Namun apabila koefisien validitas kurang dari 0,30 maka dianggap tidak memuaskan. Jadi dapat disimpulkan bahwa item dari suatu variabel dikatakan valid jika mempunyai koefisien lebih dari 0,30<sup>(19)</sup>.

Hal-hal yang harus dimengerti tentang kuisioner (angket)<sup>(19)</sup>:

- a. Data yang diungkap oleh angket berupa data faktual atau yang dianggap fakta dan kebenaran yang diketahui oleh subyek.
- b. Pertanyaan dalam angket berupa pertanyaan langsung terarah kepada informasi mengenai data yang akan diungkap. Data termaksud berupa fakta atau opini yang menyangkut diri masyarakat. Hal ini berkaitan dengan asumsi dasar penggunaan angket yaitu bahwa masyarakat merupakan orang yang paling mengetahui tentang dirinya sendiri.
- c. Masyarakat terhadap angket tahu persis apa yang ditanyakan dalam angket dan informasi apa yang dikehendaki oleh pertanyaan yang bersangkutan.

Kuisioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang sudah dibuat diberikan kepada masyarakat sebagai sarana uji coba. Kemudian pertanyaan-pertanyaan (kuesioner) tersebut diberi skor atau nilai jawaban masing-masing sesuai dengan system penilaian yang ditetapkan. Selanjutnya menghitung korelasi antara skor masing-masing pertanyaan dengan skor total. Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi *product moment* yang akan dianalisis dengan SPSS 18.

Uji validitas yang telah dilakukan pada 30 masyarakat diluar masyarakat uji menunjukkan nilai koefisien korelasi yang selanjutnya dianalisis dengan uji korelasi *Product Moment Spearman*.

Kuesioner yang diuji validitasnya berjumlah 28 pertanyaan yang menyangkut beberapa aspek yang terkait antibiotik. Hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel II dimana hanya ada 21 pertanyaan yang valid sedangkan sisanya dinyatakan tidak

valid. Pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan dari kuesioner dan tidak digunakan lagi didalam penelitian. Eksklusi pertanyaan yang tidak valid menyebabkan salah satu aspek yaitu interaksi obat hanya mempunyai satu pernyataan saja yang valid untuk digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini. Hal ini merupakan salah satu keterbatasan penelitian ini, dimana tidak dilakukan uji validitas kembali. Adapun distribusi pertanyaan berdasarkan aspek- aspek pengetahuan dapat dilihat pada tabel II.

**Tabel II. Distribusi Pertanyaan Hasil Uji Validitas Berdasarkan Aspek Penyusunan Kuesioner**

No.	Aspek-aspek Pengetahuan	Jumlah Pertanyaan Sebelum Validasi	Jumlah Pertanyaan Sesudah Validasi
1.	Definisi Antibiotik	6	6
2.	Indikasi	6	4
3.	Cara Penggunaan Antibiotik	8	6
4.	Efek Samping	5	4
5.	Interaksi Obat	3	1
	Total	28	21

Adapun hasil nilai koefisien korelasi item pertanyaan yang dinyatakan valid dapat dilihat pada tabel III.

**Tabel III. Daftar Koefisien Korelasi Pertanyaan yang Dinyatakan Valid**

No. Pertanyaan	Koefisien Korelasi	Keterangan
1	0,743	Valid
2	0,301	Valid
3	0,384	Valid
4	0,804	Valid
5	0,617	Valid
6	0,457	Valid
7	0,574	Valid
8	0,363	Valid
9	0,495	Valid
12	0,334	Valid
13	0,447	Valid

**Tabel III. (lanjutan)**

No. Pertanyaan	Koefisien Korelasi	Keterangan
14	0,804	Valid
15	0,457	Valid
18	0,588	Valid
19	0,371	Valid
20	0,485	Valid
21	0,881	Valid
22	0,493	Valid
23	0,440	Valid
25	0,670	Valid
26	0,368	Valid

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 28 item pertanyaan yang diuji hanya 21 item pertanyaan yang valid. Adanya item yang tidak valid dapat dikarenakan soal yang dibuat terlalu mudah ataupun terlalu sulit sehingga masyarakat memiliki jawaban yang memusat atau tidak terdistribusi normal daftar pertanyaan yang dinyatakan valid disajikan dalam tabel IV.

**Tabel IV. Daftar Pertanyaan yang Valid**

No.	Pernyataan
1.	Obat yang digunakan untuk penyakit yang disebabkan bakteri disebut antibiotik
2.	Antibiotik dapat dibeli tanpa resep dokter
3.	Antibiotik merupakan obat keras yang harus di beli dengan resep dokter
4.	Antibiotik adalah termasuk golongan obat bebas yang ditandai dengan lingkaran berwarna hijau
5.	Antibiotik hanya tersedia dalam bentuk tablet saja
6.	Antibiotik dapat dibeli dimana saja selain apotek
7.	Antibiotik baru dapat diberikan bila telah mengalami demam selama 3 hari
8.	Antibiotik dapat digunakan saat kita flu yang disertai demam
9.	Semua antibiotik dapat mengobati flu
10.	Semua diare dapat diobati dengan antibiotik
11.	Semua antibiotik diminum setelah makan
12.	Penggunaan sebelum makan artinya, antibiotik dapat diminum satu jam sebelum makan
13.	Penggunaan antibiotik 3 kali dalam sehari berarti, antibiotik diminum pada waktu pagi, siang, dan malam
14.	Antibiotik harus diminum sampai habis

**Tabel IV. (lanjutan)**

No.	Pernyataan
15.	Apabila kita lupa meminum antibiotik, maka segerakan meminum dan terusi jadwal semula
16.	Sisa antibiotik dapat kita minum lagi bila kita mengalami sakit yang sama
17.	Alergi dan diare merupakan efek samping dari penggunaan antibiotik
18.	Keadaan dimana bakteri merasa kebal terhadap antibiotik disebut resistensi
19.	Resistensi dapat terjadi karena penggunaan antibiotik yang tidak teratur (tidak diminum sampai habis)
20.	Semua antibiotik aman digunakan pada ibu hamil dan usia lanjut
21.	Antibiotik tidak dapat diminum bersamaan dengan susu
15.	Apabila kita lupa meminum antibiotik, maka segerakan meminum dan terusi jadwal semula

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Untuk mengetahui apakah alat ukur reliable atau tidak, diuji dengan menggunakan metode *Alpha Cronbach* caranya adalah dengan memasukan nomor pertanyaan yang valid kedalam analisis *Alpha Cronbach*. Sebuah instrumen dianggap telah memiliki tingkat keandalan yang dapat diterima, jika nilai koefisien reliabilitas yang terukur adalah lebih besar atau sama dengan 0,6. Item pertanyaan yang tidak valid dan reliable tidak diikutsertakan dalam kuesioner<sup>(20)</sup>. Nilai kuesioner reliabilitas yang diuji dengan *Cronbach Alpha* adalah 0,904 yang berarti pertanyaan tersebut reliabel dan bisa digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini.

## H. Analisa Hasil

### 1. Analisa deskriptif

Data yang diperoleh dari jawaban kuisisioner *pretes postes* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol merupakan data primer yang selanjutnya dianalisis secara deskriptif dengan bantuan SPSS 18. Analisis ini bertujuan untuk

mengetahui gambaran distribusi data yang diperoleh menyangkut distribusi faktor sosiodemografi maupun distribusi hasil pengujian tingkat pengetahuan masyarakat.

2. *Analisa Paired sample T-Test*

Analisis uji *t- pair sample* digunakan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan antara hasil pengukuran berulang, yakni pengukuran tingkat pengetahuan masyarakat sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan baik dari kelompok perlakuan maupun dari kelompok kontrol. Penelitian ini menggunakan pengukuran data berulang karena kelompok sampel yang diambil datanya hanya satu kelompok namun mengalami dua kali pengukuran. Pedoman interpretasi hasil analisis uji t yang digunakan adalah nilai signifikansi (*P value*). Nilai kurang dari 0,05 dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dan lebih dari 0,05 tidak terdapat perbedaan yang bermakna.

3. *Analisis independent t-test*

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan antara suatu kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Nilai kurang dari 0,05 dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dan lebih dari 0,05 tidak terdapat perbedaan yang bermakna.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh penyuluhan tentang antibiotik terhadap tingkat pengetahuan masyarakat di Kelurahan Wonokerto, dengan jumlah masyarakat yang memenuhi kriteria inklusi sebesar 50 sampel pada kelompok perlakuan dan 50 sampel pada kelompok kontrol.

#### A. Gambaran Faktor Sosiodemografi

##### 1. Demografi Masyarakat

###### a. Umur

Umur merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang ada dalam penelitian ini. Adapun hasil distribusi masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan umur disajikan pada tabel V.

**Tabel V. Tabel Distribusi Masyarakat Kelompok Kontrol dan Perlakuan Berdasarkan Umur**

Kelompok Umur	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
19-30 Tahun	12	24	10	20
31 - 40 Tahun	24	48	22	44
41-50 Tahun	8	16	10	20
>50 Tahun	6	12	8	16
Total	50	100	50	100

Pada hasil penelitian kelompok perlakuan berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel diatas bahwa masyarakat terbanyak berusia pada kisaran 31-40 tahun sebanyak 24 atau 48% masyarakat. Pada hasil penelitian kelompok kontrol berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel diatas bahwa masyarakat terbanyak berusia pada kisaran 31-40 tahun sebanyak 22 atau 44% masyarakat. Hasil diatas menggambarkan sebagian besar masyarakat di Kelurahan Wonokerto adalah kelompok umur dewasa atau produktif.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang termasuk dalam penelitian ini. Perbedaan tingkat pendidikan masyarakat bisa menimbulkan perbedaan tingkat pengetahuan. Gambaran distribusi masyarakat berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel VI.

**Tabel VI. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Pendidikan	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Tamat SD	7	14	10	20
Lulus SMP	9	18	10	20
Lulus SMA	21	42	25	50
Lulus Perguruan Tinggi	13	26	5	10
Total	50	100	50	100

Berdasarkan tabel VI dapat dilihat frekuensi atau jumlah masyarakat pada setiap tingkat pendidikan tidak berbeda jauh. Masyarakat paling banyak adalah masyarakat dengan tingkat pendidikan lulus SMA baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol yaitu sebanyak 21 atau 42% masyarakat dan sebanyak 25 atau 50% masyarakat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar masyarakat di Kelurahan Wonokerto berpendidikan tinggi yaitu sebagian besar lulusan SMA.

c. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang ada dalam penelitian untuk melihat gambaran masyarakat di Kelurahan Wonokerto. Adapun gambaran masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel VII.

**Tabel VII. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Pekerjaan**

Pekerjaan	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Pelajar	8	16	7	14
Buruh / Petani	14	28	16	32
Wiraswasta	10	20	9	18
PNS / Polri	5	10	4	8
Pensiunan	4	8	3	6
Ibu Rumah Tangga	9	18	11	22
Total	50	100	50	100

Berdasarkan tabel VII dapat dilihat bahwa masyarakat paling banyak bekerja sebagai buruh atau petani sebanyak 14 atau 28% masyarakat. Pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol juga didapatkan hasil bahwa masyarakat paling banyak bekerja sebagai buruh atau petani sebanyak 16 atau 32% masyarakat. Ini menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat di Kelurahan Wonokerto bermata pencaharian sebagai petani atau buruh.

d. Pendapatan

Pendapatan merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang ada dalam penelitian. Pendapatan ini berpengaruh terhadap status sosial seseorang. Semakin tinggi pendapatan diharapkan kesempatan seseorang untuk mengembangkan diri dan memperoleh informasi akan lebih besar<sup>(23)</sup>. Adapun gambaran masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel VIII.



**Tabel VIII. Distribusi Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Pendapatan**

Pendapatan	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang dari Rp 1.000.000	12	24	18	36
Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	25	50	16	32
lebih dari Rp 2.000.000	13	26	16	32
Total	50	100	50	100

Berdasarkan tabel VIII diketahui bahwa masyarakat paling banyak adalah masyarakat yang berpendapatan antara Rp. 1.000.000 sampai Rp. 2.000.000 per bulan yaitu sebanyak 25 atau 50% masyarakat. Hasil ini menggambarkan pada kelompok perlakuan tingkat pendapatan masyarakat tergolong tinggi.

Berdasarkan hasil penelitian kelompok kontrol diperoleh data bahwa masyarakat paling banyak adalah masyarakat yang berpendapatan tinggi antara Rp. 1.000.000 sampai lebih dari Rp. 2.000.000 yaitu sebanyak 32 masyarakat dari 50 masyarakat yang mengikuti penelitian.

e. Jarak Tempat Tinggal dengan Fasilitas Kesehatan.

Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang ada dalam penelitian. Diharapkan semakin dekat jarak tempat tinggal seseorang dengan fasilitas kesehatan maka dimungkinkan pelayanan kesehatan yang diterima lebih baik, begitu pula dengan penerimaan informasi tentang kesehatan juga semakin luas. Adapun gambaran masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan dapat dilihat pada tabel IX.

**Tabel IX. Distribusi Kelompok Perlakuan dan Kontrol Berdasarkan Jarak Tempat Tinggal dengan Fasilitas Kesehatan**

Jarak	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1 - 5 km	33	66	28	56
6 -9 km	14	28	20	40
> 9 km	3	6	2	4
Total	50	100	50	100

Berdasarkan tabel IX diatas diketahui bahwa jarak tempat tinggal masyarakat dengan pelayanan kesehatan paling banyak berjarak 1-5 km yaitu sebanyak 33 atau 66% masyarakat pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol sebanyak 28 atau 56% masyarakat. Hasil ini memberikan informasi bahwa sebagian besar jarak tempat tinggal masyarakat di Kelurahan Wonokerto dengan pelayanan kesehatan sangat dekat.

## **2. Deskripsi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol pada *Pretest* dan *Posttest* berdasarkan Faktor Sosiodemografi**

Tujuan dari penelitian ini untuk melihat gambaran tingkat pengetahuan masyarakat tentang antibiotik berdasarkan faktor-faktor sosiodemografi. Hasil dapat dilihat dari skor masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol baik pada hasil *pretest* maupun *posttest*. Tiap faktor dikelompokkan dalam dua tingkat pengetahuan yaitu pengetahuan rendah dan pengetahuan tinggi. Pembagian kelompok tersebut didapatkan dari nilai mean hasil *pretest* kedua kelompok. Gambaran tingkat pengetahuan masyarakat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan faktor sosiodemografi dapat dilihat pada tabel X.

**Tabel X. Distribusi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Kontrol Mengenai Antibiotik**

Faktor Sosiodemografi		<i>Pretest</i>				<i>Postest</i>			
		Rendah		Tinggi		Rendah		Tinggi	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Umur	≤40 Tahun	21	42	11	22	14	28	18	36
	>40 Tahun	7	14	11	22	8	16	10	20
Pendidikan	Rendah	14	28	6	12	13	26	7	14
	Tinggi	15	30	15	30	9	18	21	42
Pekerjaan	Bekerja	14	28	15	30	11	22	18	36
	Tidak Bekerja	15	30	6	12	11	22	10	20
Pendapatan	Tinggi	16	32	16	32	11	22	21	42
	Rendah	13	26	5	10	10	20	8	16
Jarak	Jauh	12	24	10	20	10	20	12	24
	Dekat	17	34	11	22	12	24	16	32

Tabel X diatas menggambarkan tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat kelompok kontrol mengenai antibiotik. Idealnya antara *pretest* dan *postest* pada kelompok kontrol tidak berbeda karena masyarakat tidak mendapatkan informasi terkait pengetahuan antibiotik dari peneliti. Akan tetapi hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil *postest* sebagian besar cenderung meningkat di berbagai faktor sosiodemografi. Peningkatan pengetahuan ini dimungkinkan pada rentang waktu antara *pretest* dan *postest* masyarakat mendapatkan informasi selain dari peneliti.

**Tabel XI. Distribusi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Mengenai Antibiotik**

Faktor Sosiodemografi		<i>Pretest</i>				<i>Postest</i>			
		Rendah		Tinggi		Rendah		Tinggi	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Umur	≤40 Tahun	18	36	18	36	5	10	31	62
	>40 Tahun	9	18	5	10	6	12	8	16
Pendidikan	Rendah	8	16	8	16	4	8	12	24
	Tinggi	18	36	16	32	7	14	27	54

**Tabel XI. (lanjutan)**

Faktor Sosiodemografi		<i>Pretest</i>				<i>Postest</i>			
		Rendah		Tinggi		Rendah		Tinggi	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Pekerjaan	Bekerja	10	20	11	22	5	10	24	48
	Tidak Bekerja	9	18	14	28	5	10	16	32
Pendapatan	Tinggi	24	48	14	28	8	16	30	60
	Rendah	4	8	12	24	3	6	9	18
Jarak	Jauh	10	20	7	14	6	12	11	22
	Dekat	16	32	17	34	5	10	28	56

Pada tabel XI diatas menggambarkan tingkat pengetahuan masyarakat kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan mengenai antibiotik. Setelah penyuluhan diharapkan masyarakat akan memiliki pengetahuan yang meningkat mengenai antibiotik. Hasil gambaran distribusi faktor sosiodemografi diatas menunjukkan rata-rata tingkat pengetahuan sebelum penyuluhan cukup tinggi dan menjadi lebih tinggi setelah penyuluhan pada beberapa faktor sosiodemografi.

Umur dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang karena terkait dengan daya tangkap dan daya ingat seseorang terhadap informasi tertentu <sup>(22)</sup>. Dari hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa pada usia  $\leq 40$  tahun pengetahuan sebelum penyuluhan cukup tinggi dan menjadi lebih tinggi setelah penyuluhan, sedangkan pada kelompok usia  $>40$  tahun persentase pengetahuan meningkat namun tidak terlalu jauh berbeda antara sebelum dan sesudah penyuluhan. Dari hasil tersebut, menggambarkan pada usia  $\leq 40$  tahun lebih dapat menerima informasi terkait antibiotik yang diberikan dibandingkan dengan kelompok usia  $>40$  tahun. Hal ini dimungkinkan karena pada usia  $>40$  tahun daya ingat dan konsentrasi untuk menerima informasi yang baru lebih kecil dibanding dengan usia  $\leq 40$

tahun. Selain itu juga masyarakat di Kelurahan Wonokerto mayoritas berumur  $\leq 40$ .

Pendidikan dapat berpengaruh terhadap pola pikir dan tingkat pemahaman terhadap informasi. Pendidikan yang lebih tinggi diharapkan mendapatkan informasi yang lebih banyak, lebih memahami dan mengelola informasi dengan lebih baik <sup>(22)</sup>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok yang berpendidikan tinggi terdapat pengetahuan sebelum penyuluhan cukup tinggi dan menjadi lebih tinggi setelah penyuluhan dibandingkan dengan pendidikan rendah. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa pendidikan yang semakin tinggi maka akan semakin baik tingkat pengetahuannya <sup>(24)</sup>. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang dalam menerima masukan untuk menciptakan hidup sehat <sup>(25)</sup>. Pendidikan juga dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang yang nantinya akan mempengaruhi cara berfikir dan dalam mengambil keputusan maupun membuat kebijakan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan masyarakat.

Lingkungan pekerjaan dapat mempengaruhi kehidupan sosial seseorang. Faktor lingkungan pekerjaan dapat mempengaruhi banyaknya paparan informasi yang diterima dari berbagai pihak. Selain itu lingkungan kerja dapat mempengaruhi atau memberikan cara pandang yang berbeda mengenai suatu hal <sup>(27)</sup>. Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok masyarakat yang bekerja ada perbedaan nilai pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan yang cukup besar, sedangkan pada kelompok tidak bekerja pengetahuan sebelum penyuluhan cukup tinggi dan menjadi lebih tinggi setelah penyuluhan. Dapat disimpulkan bahwa pekerjaan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang antibiotik.

Faktor pendapatan persentase tingkat pengetahuan *pretest* dan *posttest* yaitu pada masyarakat yang berpendapatan tinggi masing-masing 28% dan 60% sedangkan yang berpendapatan rendah masing-masing 24% dan 18%. Seseorang yang berpendapatan tinggi memiliki kesempatan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dan kebutuhan sekunder lainnya. Hasil penelitian diatas,

pada kelompok berpendapatan tinggi pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan lebih tinggi, dibandingkan pada kelompok berpendapatan rendah. Hasil ini menunjukkan bahwa pendapatan yang tinggi mempengaruhi seseorang dalam memilih jenis pelayanan kesehatan yang diinginkan. Oleh sebab itu ada kecenderungan masyarakat yang berpenghasilan tinggi untuk berinteraksi dengan tenaga kesehatan seperti farmasis atau pun dokter sehingga mendapatkan informasi yang lebih banyak <sup>(23)</sup>. Selain itu, masyarakat pada kelompok perlakuan mayoritas berpendapatan tinggi, sehingga wajar bila hasil *posttes* meningkat. Sedangkan pada kelompok berpenghasilan rendah akan lebih sedikit pengetahuan tentang antibiotik karena tidak mempunyai banyak kesempatan dalam mengakses layanan kesehatan yang diinginkan. Adapun adanya penurunan tingkat pengetahuan pada kelompok berpenghasilan rendah dimungkinkan karena adanya ketidakpedulian masyarakat akan pentingnya masalah kesehatan <sup>(26)</sup>. Dapat disimpulkan bahwa pendapatan dapat mempengaruhi pendidikan di Kelurahan Wonokerto.

Jarak tempat tinggal mempunyai peran cukup penting dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, karena secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap informasi kesehatan yang diperoleh seseorang. Semakin besar pemanfaatan akan fasilitas kesehatan tersebut kemungkinan untuk memperoleh informasi kesehatan menjadi semakin besar pula. Hal ini terkait dengan pemberian informasi oleh petugas kesehatan kepada seseorang <sup>(25)</sup>. Hasil penelitian menunjukkan kelompok yang bertempat tinggal dekat dengan fasilitas kesehatan pengetahuan sebelum penyuluhan cukup tinggi dan menjadi lebih tinggi setelah penyuluhan. Hal ini dikarenakan mayoritas jarak tempat tinggal masyarakat dengan sarana kesehatan cukup dekat. Pada masyarakat yang jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan cukup jauh juga mengalami peningkatan pengetahuan, karena masyarakat yang bertempat tinggal jauh dapat mendapatkan informasi melalui penyuluhan mengenai antibiotik.

## B. Evaluasi Perbedaan Tingkat Pengetahuan Masyarakat *Pretest* dan *Posttest*

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peningkatan pengetahuan tentang antibiotik setelah diberikan penyuluhan disertai dengan leaflet. Analisis dilakukan dengan menggunakan SPSS 18 dengan analisis *Paired t- test* terhadap data *pretest* dan *posttest* baik untuk kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil uji tersebut untuk melihat apakah ada peningkatan pengetahuan masyarakat yang ditunjukkan oleh peningkatan nilai *mean* pada masing-masing kelompok *pretest* dan *posttest*. Gambaran pengetahuan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel XII.

**Tabel XII. Tabel Frekuensi *Pretest* dan *Posttest* dan Persentase Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Wonokerto, Turi**

kelompok	Frekuensi				Persentase (%)			
	<i>pretest</i>		<i>posttest</i>		<i>pretest</i>		<i>posttest</i>	
	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi
Perlakuan	27	23	11	39	54	46	22	78
Kontrol	29	21	14	36	58	42	28	72

Tabel XII diatas menggambarkan tingkat pengetahuan masyarakat baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Distribusi kelompok perlakuan baik nilai *pretest* maupun nilai *posttest* setelah diberikan penyuluhan menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat mengalami peningkatan, walaupun sebelum dilakukan penyuluhan nilai *pretest* pada kelompok perlakuan sudah tergolong cukup tinggi. Persentase nilai *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan masing-masing adalah 46% dan 78%. Hasil diatas menunjukkan dengan metode ceramah serta tanya jawab sudah dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai antibiotik. Sedangkan pada kelompok kontrol masing-masing adalah 42% dan 72%. Ini menjadi kekurangan dari penelitian ini, karena idealnya pada kelompok kontrol yang tidak diberi penyuluhan dan *leaflet* tidak mengalami peningkatan pengetahuan seperti pada kelompok perlakuan.

Peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat dari nilai signifikansinya.

Gambaran distribusi nilai *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan dan kontrol tersebut dapat dilihat pada tabel XIII.

**Tabel XIII. Distribusi Nilai *Pretest* dan *Posttest* Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol**

kelompok	Variabel pengukuran	Rata-rata	Tingkat Signifikansi
Perlakuan	Pretes	11,3600	0,000
	Postes	15,2800	
Kontrol	Pretes	11,1600	0,002
	Postes	12,2400	

Berdasarkan tabel XIII diatas, rata-rata tingkat pengetahuan *pretest* dan *posttest* masyarakat kelompok perlakuan yaitu 11,36 dan 15,28. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan pengetahuan. Nilai signifikansi peningkatan pengetahuan ini adalah 0,000 yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara hasil *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan. Hasil penelitian sebelumnya dengan metode yang sama ditemukan adanya perbedaan secara nyata antara *pretes* dengan *postes* pada kelompok perlakuan, dimana ada penurunan ADR pada atritis setelah diberikan pengetahuan <sup>(27)</sup>. Pada penelitian lain yang menggunakan penyuluhan dalam bagian promosi kesehatan menyebutkan bahwa penyuluhan dapat digunakan sebagai upaya perubahan ataupun perbaikan perilaku kesehatan <sup>(25)</sup>. Tingkat keberhasilan penyampaian dari suatu pesan sangat dipengaruhi oleh metode yang tepat serta kemasan yang menarik dalam penyampaian pesan tersebut <sup>(23)</sup>. Keadaan ini menggambarkan bahwa penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan tanya jawab serta pemberian leaflet merupakan suatu kegiatan yang dapat mempengaruhi perubahan tingkat pengetahuan. Dengan diberikannya penyuluhan maka masyarakat mendapat pembelajaran yang menghasilkan suatu perubahan dari yang semula belum diketahui menjadi diketahui, yang dahulu belum dimengerti sekarang menjadi dimengerti. Dari data diatas dapat



disimpulkan bahwa metode penyuluhan dan pemberian *leaflet* dapat mempengaruhi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang antibiotik. Hal ini sesuai dengan tujuan akhir penyuluhan agar masyarakat dapat lebih mengetahui mengenai antibiotik dan dapat menggunakan antibiotik secara tepat untuk dirinya sendiri maupun keluarga.

Pada kelompok kontrol, rata-rata tingkat pengetahuan hasil *pretest* dan *posttest* masyarakat yaitu 11,16 dan 12,24 yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan. Nilai signifikansi peningkatan pengetahuan ini adalah 0,002 yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara hasil *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol juga terdapat perbedaan yang bermakna seperti pada kelompok perlakuan. Hal tersebut dimungkinkan karena selama jeda waktu pengambilan data, peneliti tidak dapat memonitor apa saja yang terjadi pada masyarakat sehingga ada kemungkinan masyarakat mendapat intervensi/informasi mengenai antibiotik dari pihak lain selain dari peneliti. Informasi yang didapat bisa dari media massa, televisi, internet ataupun dari tenaga kesehatan yang mereka temui <sup>(25)</sup>.

### **C. Evaluasi Perbedaan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Antara Kelompok Perlakuan dengan Kelompok Kontrol**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Data ini diambil dari selisih nilai *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kemudian hasil selisih yang didapat dilakukan analisis dengan SPSS 18 dengan menggunakan *independent t-test*. Dari hasil penelitian ini diharapkan hasil selisih rata-rata kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Gambaran perbandingan tingkat pengetahuan *posttest* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tabel XIV.

**Tabel XIV. Perbandingan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol**

Kelompok	Selisih Rata-rata Pretest dan Posttest	Tingkat Signifikansi
Perlakuan	3,78	0,015
Kontrol	1,06	

Tabel XIV menggambarkan tingkat pengetahuan masyarakat baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil selisih rata-rata kelompok kontrol lebih rendah dibandingkan dengan kelompok perlakuan, dapat dilihat dari nilai *mean* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing adalah 3,78 dan 1,06. Hasil pada kelompok kontrol lebih kecil dikarenakan kelompok kontrol tidak mendapatkan penyuluhan sedangkan kelompok perlakuan mendapatkan penyuluhan. Hal ini menjelaskan bahwa metode pendidikan kesehatan yang digunakan yaitu metode ceramah dan tanya jawab yang disertai dengan pemberian *leaflet* terbukti dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat. Ini dikarenakan kelompok perlakuan mendapatkan intervensi berupa penyuluhan dan *leaflet* yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat, pernyataan ini diperkuat dengan adanya penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa ada peran *leaflet* yang cukup besar dalam memberikan pengetahuan kepada masyarakat, dimana pengetahuan masyarakat meningkat setelah ada pemberian *leaflet* <sup>(28)</sup>. Pada penelitian lain yang menggunakan booklet dalam memberikan informasi tentang hipertensi menyatakan bahwa booklet dapat diterima dengan baik dalam memberikan pengetahuan, namun penggunaan *leaflet* akan lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan <sup>(29)</sup>. Pada hasil pengukuran nilai *posttest* kedua kelompok juga terlihat perbedaan yang bermakna ditunjukkan dengan nilai signifikansi 0,015 (<0,05).

#### D. Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

1. Tidak semua item dalam kuesioner memenuhi kriteria sehingga menyebabkan beberapa pertanyaan tidak terpenuhi dan dapat mempengaruhi hasil penelitian ini.
2. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini hanya diukur dengan nilai benar dan salah sehingga memungkinkan timbulnya bias karena ada faktor *guessing* (menebak) sehingga masyarakat yang menjawab benar belum tentu paham/mengetahui jawaban sebenarnya.
3. Peneliti tidak mengontrol interaksi antara masyarakat kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan setelah diberikan *pretest*.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Masyarakat Kelurahan Wonokerto apabila ditinjau dari faktor sosiodemografi memiliki kecenderungan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi yaitu pada masyarakat dengan umur  $\leq 40$  tahun, berpendidikan tinggi, bekerja, berpendapatan tinggi, serta mempunyai jarak yang cukup dekat dengan fasilitas kesehatan.
2. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan tentang antibiotik pada masyarakat kelompok perlakuan yang dapat dilihat dari hasil nilai *pretes* dan *posttest* dengan tingkat perbedaan yang signifikan ( $P=0,000$ ).
3. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan tentang antibiotik apabila dibandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang dapat dilihat dari hasil selisih antara nilai *pretest* dan *posttest* dengan tingkat perbedaan yang signifikan ( $P=0,015$ ).

#### B. Saran

1. Bagi pemerintah dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta disarankan lebih meningkatkan pelayanan tentang antibiotik di lingkungan masyarakat dengan cara meningkatkan program penyuluhan tentang obat terutama antibiotik atau pun dengan metode pendidikan lain.
2. Diharapkan kepada seluruh masyarakat khususnya di kelurahan Wonokerto Turi agar selalu aktif mencari informasi tentang berbagai penggunaan obat, khususnya antibiotik, agar dapat menggunakan antibiotik dengan aman.
3. Diharapkan kepada petugas kesehatan untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat, baik melalui konseling maupun penyuluhan-penyuluhan tentang antibiotik.

## DAFTAR PUSTAKA

- (1) Anonim, 2009, *Masalah Penggunaan Obat di Institusi Pelayanan kesehatan*, UGM, Yogyakarta.
- (2) Anonim, 2009, Resistensi dan Dampaknya, *Ethical Digest*, 64, 58-62
- (3) Nelwan, R., 2006, Pemakaian antimikroba Secara Rasional di Klinik, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* Jilid II, Edisi Keempat, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI Jakarta, 1722-1723
- (4) Juwono, R., dan Prayitno, A., 2003, *Terapi Antibiotik, dalam Aslam, dkk.*, Farmasi Klinis, Penerbit PT Elex Media Komputindo Gramedia, Jakarta, 321-333
- (5) Jawets., Melnick and Adelberg's., 2001, *Mikrobiologi Kedokteran*, Salemba Medika, Jakarta, 246-270
- (6) Pratiwi, S.T., 2008, *Mikrobiologi Farmasi*, Erlangga ; Jakarta, 154-166
- (7) Tatro, D., 2001, *Drug Interaction Facts*, 6th edition, Facts and Comparison A Wolter Kluwer Company, Missouri
- (8) Goodman and Gilman, 2006, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 11th Ed, The McGraw-Hill Companies, USA
- (9) Petri, W. A., 2008, *Dasar Farmakologi Terapi* Edisi 10 Vol 2, diterjemahkan oleh tim alih bahasa sekolah farmasi ITB, penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta 1152-1159
- (10) Anonim., 2005, *AHFS Drug Information 2005*, Book I, American Society of Helath System Pharmacisth, Bethesda, Wisconsin
- (11) Neal, M. J., 2006, *At a Glance Farmakologi Medis*, edisi 5, Erlangga, Jakarta. 80-85
- (12) Mycek, J. M., Harvey, R. A., Champe, P. C., 2001, *Farmakologi Ulasan Bergambar*, Jakarta, 283-328
- (13) Sarwono, 1993, *Sosial Kesehatan Beberapa Konsep Dan Aplikasinya*, UGM Press, Yogyakarta. hlm 41-53.
- (14) Azwar, S., 2005, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Edisi ke 3, 35-46, Pustaka Belajar Offset, Yogyakarta.

- (15) Notoatmodjo, S., 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan ke-2, Rineka Cipta, Jakarta. hlm 95, 127-130
- (16) Yulaelawati, E., 2003, *Penyusun Bahan Ajar*, <http://jip.pdkjateng.go.id> (diakses 12 April 2011)
- (17) Machfoedz, Ircham, 2009, *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*, 7-15, Fitramaya, Yogyakarta.
- (18) Murti, B., 2006, *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*, UGM Press, Yogyakarta. hlm67,73.
- (19) Iskandar, 2008, *Metodologi Penelitian Pendidikan dan Sosial (Kuantitatif dan Kualitatif)*, 94-95, Gaung Persada Press, Jakarta
- (20) Azwar, S., 2008, *Penyusun Skala Psikologi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 5-7.
- (21) Notoatmodjo, S., 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta. 88-89, 131-132.
- (22) Ismiyati, 2000, Penggunaan Obat Secara Bebas Oleh Masyarakat di Beberapa Daerah Kota Madya Yogyakarta Dan Kabupaten Sleman, *Skripsi*, Fakultas Farmasi Universita Gadjah Mada, Yogyakarta, 39-43
- (23) Mulyana, D., 2005. *Ilmu Komunikasi*. Cetakan ketujuh. Bandung: Rosdakarya.
- (24) Yasin, M., Nanang, 2004, Pengaruh Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Pengobatan Sendiri (Self Medication) di Wilayah Kabupaten Sleman Jogjakarta, *Jurnal Ilmiah Farmasi*,79-86
- (25) Sulandjari, S., dan Immajadi, 2001, The Allocation Of Houshold Income and Pregnancy Care, *Health Social Science Action and Partnership*, 213-231
- (26) Wijaya, M., 2009, kemiskinan, Penguat Kelompok Usaha dan Promosi Kesehatan, *Jurnal Dialog Kebijakan Publik*, Edisi. 7, 1-8
- (27) Petkova, VB., 2009, Education For Arthritis Patients, *Pharmacy Practice*, 88-93
- (28) Rahmawaty, S., Haman, Rizka, 2006, Pengaruh Leaflet Diabetes Melitus Modifikasi Terhadap Pengendalian Kadar Glukosa Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2, *Sains Kesehatan*, 291-305
- (29) Dawes, M, G., Kaczorowski, J., et al, 2010, The Effect Of a Patient Education Booklet and BP 'Tracker' on Knowledge about Hypertension. A Randomized Controlled Trial, *Family Practice*, 27; 472-478

## LAMPIRAN

### HASIL VALIDITAS

Item Statistic

	Mean	Std. Deviation	N
A1	.37	.490	30
A2	.43	.504	30
A3	.43	.504	30
A4	.40	.498	30
A5	.40	.498	30
A6	.37	.490	30
B1	.43	.504	30
B2	.43	.504	30
B3	.33	.479	30
B4	.43	.504	30
B5	.40	.498	30
B6	.50	.509	30
C1	.43	.504	30
C2	.40	.498	30
C3	.37	.490	30
C4	.40	.498	30
C5	.30	.466	30
C6	.47	.507	30
C7	.40	.498	30
C8	.33	.479	30
D1	.37	.490	30
D2	.30	.466	30
D3	.33	.479	30
D4	.37	.490	30
D5	.43	.504	30
E1	.47	.507	30
E2	.50	.509	30
E3	.40	.498	30

### REABILITAS

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.904	.904	21

## INDEPENDEN T-TEST

### Group Statistics

	GROUP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C	CONTROL	50	1.0600	2.30713	.32628
	PERLAKUAN	50	3.7800	3.11212	.44012

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
C	Equal variances assumed	6.133	.015	-4.965	98	.000	-2.72000	.54787	-3.80723	-1.63277
	Equal variances not assumed			-4.965	90.365	.000	-2.72000	.54787	-3.80838	-1.63162

## PAIRED T-TEST

### a. PERLAKUAN

### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PRETEST	11.3600	50	2.03801	.28822
	POSTEST	15.2800	50	3.01046	.42574

### 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	PRETEST - POSTEST	-3.92000	3.08280	.43597	-4.79612	-3.04388	-8.991	49	.000



b. KONTROL

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PRETESTC	11.1600	50	2.10306	.29742
	POSTESTC	12.2400	50	1.75616	.24836

**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	PRETESTC - POSTESTC	-1.08000	2.32853	.32930	-1.74176	-.41824	-3.280	49	.002

**FREKUENSI SOSIODEMOGRAFI**

a. Umur

1. Kelompok Kontrol

**UMURC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-30	10	9.9	20.0	20.0
	31-40	22	21.8	44.0	64.0
	41-50	10	9.9	20.0	84.0
	> 50	8	7.9	16.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

2. Kelompok Perlakuan

**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-30	12	11.9	24.0	24.0
	31-40	24	23.8	48.0	72.0
	41-50	8	7.9	16.0	88.0
	>50	6	5.9	12.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

b. Pendidikan  
1. Kontrol

**PENDIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK TAMAT SD	10	9.9	20.0	20.0
	LULUS SMP	10	9.9	20.0	40.0
	LULUS SMA	25	24.8	50.0	90.0
	LULUS PERGURUAN TINGGI	5	5.0	10.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

2. Perlakuan

**PENDIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK TAMAT SD	7	6.9	14.0	14.0
	LULUS SMP	9	8.9	18.0	32.0
	LULUS SMA	21	20.8	42.0	74.0
	LULUS PERGURUAN TINGGI	13	12.9	26.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

c. Pekerjaan  
1. Kontrol

**PEKERJAANC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PELAJAR	7	6.9	14.0	14.0
	BURUH/PETANI	16	15.8	32.0	46.0
	WIRASWASTA	9	8.9	18.0	64.0
	PNS/POLRI	4	4.0	8.0	72.0
	PENSIUNAN	3	3.0	6.0	78.0
	IRT	11	10.9	22.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

2. Perlakuan

**PEKERJAAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PELAJAR	8	7.9	16.0	16.0
	BURUH/PETANI	14	13.9	28.0	44.0
	WIRASWASTA	10	9.9	20.0	64.0
	PNS/POLRI	5	5.0	10.0	74.0
	PENSIUNAN	4	4.0	8.0	82.0
	IRT	9	8.9	18.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

d. Pendapatan

1. Kontrol

**PENDAPATANC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1000000	18	17.8	36.0	36.0
	1000000 - 2000000	16	15.8	32.0	68.0
	> 2000000	16	15.8	32.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

2. Perlakuan

**PENDAPATAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1000000	12	11.9	24.0	24.0
	1000000 - 2000000	25	24.8	50.0	74.0
	> 2000000	13	12.9	26.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

- e. Jarak dari layanan kesehatan  
 1. Kontrol

**JARAKC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 KM	28	27.7	56.0	56.0
	6-9 KM	20	19.8	40.0	96.0
	> 9 KM	2	2.0	4.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

2. Perlakuan

**JARAK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 KM	33	32.7	66.0	66.0
	6-9 KM	14	13.9	28.0	94.0
	> 9 KM	3	3.0	6.0	100.0
	Total	50	49.5	100.0	
Missing	System	51	50.5		
Total		101	100.0		

**KOESIONER TERBUKA**

URUSAN FARMASI

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2011

Diisi peneliti

No. Responden:

Tanggal :

**KUESIONER PENELITIAN**

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK DI  
KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

**Pengantar**

Dalam rangka penelitian, dengan ini peneliti memohon kerelaan Ibu-ibu dan partisipasinya untuk memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Kerahasiaan penelitian ini dijamin dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan sumbangan pemikiran bagi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam hal pemilihan dan penggunaan antibiotik, oleh masyarakat.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

**Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan prosedur dari penelitian yang berjudul *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Antibiotik di Kelurahan Wonokerto, Turi, Sleman.***

Saya dengan ikhlas dan sukarela menyatakan ikut serta sebagai responden dalam penelitian ini, dan saya berhak untuk mengundurkan diri apabila terdapat suatu hal yang dapat merugikan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Yogyakarta,

2011

Peneliti

Responden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DATA PRIBADI

Nama Responden :

1. Umur :
  - a. 19-30 tahun
  - b. 31-40 tahun
  - c. 41-50 tahun
  - d. 51 tahun ke atas
  
2. Pekerjaan :
  - a. Pelajar
  - b. Buruh/Petani
  - c. Wiraswaata
  - d. PNS
  - e. Karyawan Swasta
  - f. Ibu Rumah Tangga
  
3. Pendidikan :
  - a. Tidak sekolah/tamat SD
  - b. Lulus SMP
  - c. Lulus SMA
  - d. Lulus Perguruan tinggi
  
4. Alamat :

Dusun :.....

Desa :.....
  
5. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan :
  - a. kurang dari 1 km
  - b. 1-5 km
  - c. 6-9 km
  - d. lebih dari 9 km
  
6. Pendapatan tiap bulan :
  - a. Kurang dari Rp. 1.000.000,-
  - b. Rp.1.000.000,- - Rp. 2.000.000,-
  - c. Lebih dari Rp. 2.000.000,-

1. Apakah anda pernah menggunakan antibiotik?
  - a. Pernah
  - b. Tidak pernah
  - c. Tidak tahu apa itu antibiotik
  
2. Apa yang anda ketahui tentang antibiotik?
  - a. Antibakteri
  - b. Obat demam
  - c. tidak tahu
  - d. ....
  
3. Bagaimana anda mendapatkan antibiotik?
  - a. Dari resep dokter
  - b. Beli sendiri
  - c. Diberi oleh kerabat
  - d. ....
  
4. Dimana anda bisa memperoleh antibiotik?
  - a. Took abat
  - b. Warung dekat rumah
  - c. Apotek
  - d. ....
  
5. Apakah anda mendapat penjelasan tentang pemakaian antibiotik?
  - a. Tidak pernah
  - b. Ya, saya selalu diberi penjelasan
  - c. Saya tidak pernah memperhatikan apa yang diberitahu
  - d. ....



6. Apakah anda mengetahui cara penggunaan antibiotik?
  - a. Ya, harus dihabiskan
  - b. Ya, diminum bila sakit saja
  - c. Tidak tahu
  - d. ....
  
7. Apakah anda mengetahui fungsi dari setiap antibiotik yang anda minum?
  - a. Ya, saya tahu fungsi dari beberapa antibiotik
  - b. Tidak tahu
  - c. ....
  
8. Dan dari mana anda mengetahui tentang penggunaan dan fungsi dari tiap antibiotik?
  - a. Ya, dari media informasi (majalah, internet, televisi)
  - b. Ya, dari tetangga saya
  - c. Ya, dari dokter atau apoteker
  - d. ....
  
9. Seberapa sering anda menggunakan antibiotik dalam setahun?
  - a. Jarang
  - b. Sering
  - c. Sangat sering
  - d. ....
  
10. Apakah anda selalu menyarankan kepada orang lain (keluarga) untuk menggunakan antibiotik?
  - a. Ya, antibiotik sangat ampuh untuk penyakit apa saja
  - b. Ya, bila penyakit yang diderita sama
  - c. Tidak, karena belum tentu cocok dengan penyakitnya
  - d. ....

11. Apakah anda tahu efek samping dari penggunaan antibiotik?

- a. Ya, alergi
- b. Tidak tahu
- c. ....

12. Apakah anda meminum semua antibiotik dengan susu atau makanan lain?

- a. Iya, untuk semua antibiotik
- b. Tidak
- c. ....



**Koesioner Sebelum Validasi**

JURUSAN FARMASI

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2011

Diisi peneliti

No. Responden:

Tanggal :

KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK DI  
KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

**Pengantar**

Dalam rangka penelitian, dengan ini peneliti memohon kerelaan Ibu-ibu dan partisipasinya untuk memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Kerahasiaan penelitian ini dijamin dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan sumbangan pemikiran bagi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam hal pemilihan dan penggunaan antibiotik, oleh masyarakat.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

**Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan prosedur dari penelitian yang berjudul *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Antibiotik di Kelurahan Wonokerto, Turi, Sleman.***

Saya dengan ikhlas dan sukarela menyatakan ikut serta sebagai responden dalam penelitian ini, dan saya berhak untuk mengundurkan diri apabila terdapat suatu hal yang dapat merugikan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Yogyakarta,

2011

Peneliti

Responden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DATA PRIBADI

Nama Responden :

1. Umur :
  - a. 19-30 tahun
  - b. 31-40 tahun
  - c. 41-50 tahun
  - d. 51 tahun ke atas
  
2. Pekerjaan :
  - a. Pelajar
  - b. Buruh/Petani
  - c. Wiraswaata
  - d. PNS
  - e. Karyawan Swasta
  - f. Ibu Rumah Tangga
  
3. Pendidikan :
  - a. Tidak sekolah/tamat SD
  - b. Lulus SMP
  - c. Lulus SMA
  - d. Lulus Perguruan tinggi
  
4. Alamat :

Dusun :.....

Desa :.....
  
5. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan :
  - a. kurang dari 1 km
  - b. 1-5 km
  - c. 6-9 km
  - d. lebih dari 9 km
  
6. Pendapatan tiap bulan :
  - a. Kurang dari Rp. 1.000.000,-
  - b. Rp.1.000.000,- - Rp. 2.000.000,-
  - c. Lebih dari Rp. 2.000.000,-

## DAFTAR PERTANYAAN PENELITIAN

**Petunjuk pengisian jawaban :**

**Tuliskan jawaban anda pada kolom titik-titik, dan beri tanda silang (X) pada salah satu huruf yang tersedia sesuai dengan pendapat Anda yang dianggap paling tepat atau paling sesuai**

No.	Pernyataan	B	S
1.	Obat yang digunakan untuk penyakit yang disebabkan bakteri disebut antibiotik		
2.	Antibiotik dapat dibeli tanpa resep dokter		
3.	Antibiotik merupakan obat keras yang harus di beli dengan resep dokter		
4.	Antibiotik adalah termasuk golongan obat bebas yang ditandai dengan lingkaran berwarna hijau		
5.	Antibiotik hanya tersedia dalam bentuk tablet saja		
6.	Antibiotik dapat dibeli dimana saja selain apotek		
7.	Antibiotik baru dapat diberikan bila telah mengalami demam selama 3 hari		
8.	Antibiotik dapat digunakan saat kita flu yang disertai demam		
9.	Semua antibiotik dapat mengobati flu		
10.	Semua antibiotik dapat digunakan pada saat kita mengalami batuk kering		
11.	Antibiotik digunakan bila kita mengalami batuk dengan dahak berwarna keruh		
12.	Semua diare dapat diobati dengan antibiotik		
13.	Semua antibiotik diminum setelah makan		
14.	Penggunaan sebelum makan artinya, antibiotik dapat diminum satu jam sebelum makan		
15.	Penggunaan antibiotik 3 kali dalam sehari berarti, antibiotik diminum pada waktu pagi, siang, dan malam		
16.	Antibiotik diminum sebanyak 5ml sama dengan diminum sebanyak 1 sendok makan		
17.	Antibiotik dalam bentuk dry sirup (sirup kering) yang telah diberi air harus segera diminum		
18.	Antibiotik harus diminum sampai habis		
19.	Apabila kita lupa meminum antibiotik, maka segerakan meminum dan terusi jadwal semula		
20.	Sisa antibiotik dapat kita minum lagi bila kita mengalami sakit yang sama		

21.	Alergi dan diare merupakan efek samping dari penggunaan antibiotik		
22.	Keadaan dimana bakteri merasa kebal terhadap antibiotik disebut resistensi		
23.	Resistensi dapat terjadi karena penggunaan antibiotik yang tidak teratur (tidak diminum sampai habis)		
24.	Semua antibiotik aman digunakan untuk anak- anak		
25.	Semua antibiotik aman digunakan pada ibu hamil dan usia lanjut		
26.	Antibiotik tidak dapat diminum bersamaan dengan susu		
27.	Semua antibiotik dapat diminum bersamaan dengan makanan		
28.	Semua antibiotik dapat diminum bersamaan dengan obat lain		



**Kesisioner Setelah Validasi**

JURUSAN FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
2011

Diisi peneliti

No. Responden:

Tanggal :

KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG ANTIBIOTIK DI  
KELURAHAN WONOKERTO, TURI, SLEMAN**

Pengantar

Dalam rangka penelitian, dengan ini peneliti memohon kerelaan Ibu-ibu dan partisipasinya untuk memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Kerahasiaan penelitian ini dijamin dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan sumbangan pemikiran bagi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam hal pemilihan dan penggunaan antibiotik, oleh masyarakat.



Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

**Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan prosedur dari penelitian yang berjudul *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Antibiotik di Kelurahan Wonokerto, Turi, Sleman.***

Saya dengan ikhlas dan sukarela menyatakan ikut serta sebagai responden dalam penelitian ini, dan saya berhak untuk mengundurkan diri apabila terdapat suatu hal yang dapat merugikan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Yogyakarta,

2011

Peneliti

Responden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DATA PRIBADI

Nama Responden :

1. Umur :
  - a. 19-30 tahun
  - b. 31-40 tahun
  - c. 41-50 tahun
  - d. 51 tahun ke atas
  
2. Pekerjaan :
  - a. Pelajar
  - b. Buruh/Petani
  - c. Wiraswaata
  - d. PNS
  - e. Karyawan Swasta
  - f. Ibu Rumah Tangga
  
3. Pendidikan :
  - a. Tidak sekolah/tamat SD
  - b. Lulus SMP
  - c. Lulus SMA
  - d. Lulus Perguruan tinggi
  
4. Alamat :

Dusun :.....

Desa :.....
  
5. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan :
  - a. kurang dari 1 km
  - b. 1-5 km
  - c. 6-9 km
  - d. lebih dari 9 km
  
6. Pendapatan tiap bulan :
  - a. Kurang dari Rp. 1.000.000
  - b. Rp.1.000.000 - Rp. 2.000.000
  - c. Lebih dari Rp. 2.000.000

### DAFTAR PERTANYAAN PENELITIAN

**Petunjuk pengisian jawaban :**

**Tulislah jawaban anda pada kolom titik-titik, dan beri tanda silang (X) pada salah satu huruf yang tersedia sesuai dengan pendapat Anda yang dianggap paling tepat atau paling sesuai**

No.	Pernyataan	B	S
1.	Obat yang digunakan untuk penyakit yang disebabkan bakteri disebut antibiotik		
2.	Antibiotik dapat dibeli tanpa resep dokter		
3.	Antibiotik merupakan obat keras yang harus di beli dengan resep dokter		
4.	Antibiotik adalah termasuk golongan obat bebas yang ditandai dengan lingkaran berwarna hijau		
5.	Antibiotik hanya tersedia dalam bentuk tablet saja		
6.	Antibiotik dapat dibeli dimana saja selain apotek		
7.	Antibiotik baru dapat diberikan bila telah mengalami demam selama 3 hari		
8.	Antibiotik dapat digunakan saat kita flu yang disertai demam		
9.	Semua antibiotik dapat mengobati flu		
10.	Semua diare dapat diobati dengan antibiotik		
11.	Semua antibiotik diminum setelah makan		
12.	Penggunaan sebelum makan artinya, antibiotik dapat diminum satu jam sebelum makan		
13.	Penggunaan antibiotik 3 kali dalam sehari berarti, antibiotik diminum pada waktu pagi, siang, dan malam		
14.	Antibiotik harus diminum sampai habis		
15.	Apabila kita lupa meminum antibiotik, maka segerakan meminum dan terusi jadwal semula		
16.	Sisa antibiotik dapat kita minum lagi bila kita mengalami sakit yang sama		
17.	Alergi dan diare merupakan efek samping dari penggunaan antibiotik		
18.	Keadaan dimana bakteri merasa kebal terhadap antibiotik disebut resistensi		
19.	Resistensi dapat terjadi karena penggunaan antibiotik yang tidak teratur (tidak diminum sampai habis)		
20.	Semua antibiotik aman digunakan pada ibu hamil dan usia lanjut		
21.	Antibiotik tidak dapat diminum bersamaan dengan susu		





**PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN  
KECAMATAN TURI  
KELURAHAN WONOKERTO**

Alamat : Imorejo, Wonokerto, Turi, Sleman, Yogyakarta 55551

SURAT KETERANGAN

Nomor : 169/WK/TU/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kasidi  
Jabatan : Ka. Desa Wonokerto

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Anna Indria Suryani  
NIM : 06613215  
Jurusan : Farmasi  
Universitas : Universitas Islam Indonesia

Adalah benar-benar telah melakukan penelitian di Desa Wonokerto sejak tanggal 1 Mei 2011 sampai dengan 12 Juni 2011.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

