



**PENGARUH KONSELING DENGAN BANTUAN MEDIA *LEAFLET*  
TERHADAP PENGETAHUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA  
MASYARAKAT PATRANG KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh :

**Putri Larasari**

**NIM 102210101072**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**



**PENGARUH KONSELING DENGAN BANTUAN MEDIA *LEAFLET*  
TERHADAP PENGETAHUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA  
MASYARAKAT PATRANG KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan program Sarjana Farmasi (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Farmasi

Oleh :

**Putri Larasari**

**NIM 102210101072**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Papa Ir. H. Sentot Djarwanto dan Mama H. Sri Agustina sebagai motivasi terbesar penulis dalam pengerjaan skripsi ini. Terimakasih atas segala dukungan, doa, dan kasih sayang yang tak pernah putus untuk penulis.
2. Mbak Puput dan Mbak Rere yang telah mendukung dan memotivasi penulis. Terimakasih atas omelan, canda, kritik dan nasihatnya selama penulis menuntut ilmu di Universitas Jember.
3. Para guru sejak Taman Kanak-kanak sampai Sekolah Menengah dan para dosen di Perguruan Tinggi.
4. Almamater tercinta, Fakultas Farmasi Universitas Jember.

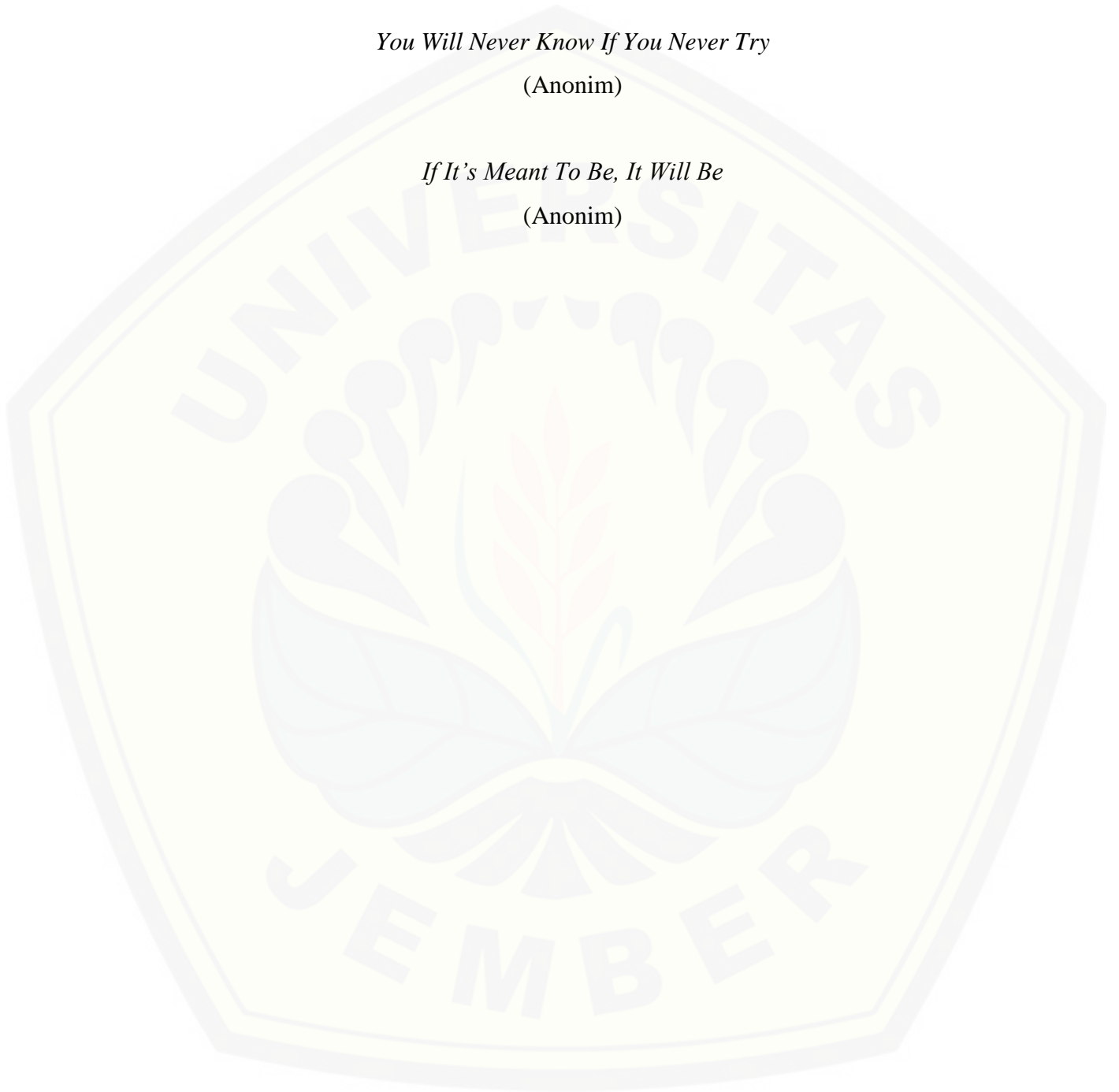
**MOTTO**

*You Will Never Know If You Never Try*

(Anonim)

*If It's Meant To Be, It Will Be*

(Anonim)



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Larasari

NIM : 102210101072

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat Patrang Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jilpakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, 30 April 2015

Yang menyatakan,



Putri Larasari

NIM 102210101072

**SKRIPSI**

**PENGARUH KONSELING DENGAN BANTUAN MEDIA *LEAFLET*  
TERHADAP PENGETAHUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA  
MASYARAKAT PATRANG KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Putri Larasari

NIM 102210101072

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt.

Dosen Pembimbing Anggota : Afifah Machlaurin, M.Sc., Apt.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat Patrang Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Farmasi Universitas Jember pada :

Hari : Kamis  
Tanggal : 30 April 2015  
Tempat : Fakultas Farmasi Universitas Jember

Dosen Pembimbing Utama,



Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt.

NIP 198403082008012003

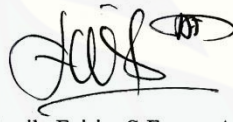
Dosen Pembimbing Anggota,



Afifah Machlaurin., M.Sc., Apt.

NIP 198501262008012003

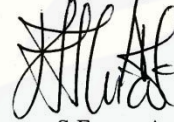
Dosen Penguji I,



Fifteen Aprila Fajrin, S.Farm., Apt., M.Farm.

NIP 198204152006042002

Dosen Penguji II,



Nia Kristiningrum, S.Farm., Apt., M.Farm.

NIP 198204062006042001

Mengesahkan



Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember,



Lestyo Wulandari, S.Si., Apt., M.Farm

NIP 197604142002122001

## RINGKASAN

**Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat Patrang Kabupaten Jember;** Putri Larasari, 102210101072, 2015; 111 halaman; Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Pemakaian antibiotik mulai mengalami pergeseran dari tahun ke tahun. Akibat efek terapi antibiotik yang diberikan cukup cepat dalam mengobati infeksi, tidak jarang masyarakat menggunakannya dengan tidak tepat. Menurut WHO dalam dokumen *Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance* tahun 2001, edukasi penting untuk dilakukan dalam penggunaan antimikroba agar penggunaannya tepat dan dapat mencegah terjadinya infeksi dengan baik. Edukasi juga berfungsi untuk meluruskan kesalahan persepsi tentang penggunaan antibiotik di masyarakat. Salah satu bentuk edukasi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya farmasis adalah konseling mengenai antibiotik dengan bantuan media *leaflet*.

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental dengan desain studi *one group pre-test/post-test*. Penelitian dilakukan dengan mengukur perbedaan pengetahuan sebelum dengan sesudah pemberian intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap 100 orang responden. Penentuan Kecamatan Patrang sebagai lokasi pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non-random sampling* dan untuk pengambilan subjek penelitian untuk sampel dilakukan secara *stratified random sampling* berdasarkan jumlah kelurahan di Kecamatan Patrang. Pengukuran perbedaan pengetahuan dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang sudah divalidasi. Hasil penelitian di uji dengan beberapa uji statistik, yaitu uji Wilcoxon, uji korelasi Spearman, dan uji korelasi koefisien kontingensi.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan (66%) dengan usia kisaran 38-47 tahun (29%) dan 47 tahun keatas (29%). Pendidikan terakhir yang dimiliki oleh mayoritas responden adalah perguruan tinggi (33%). Amoksisilin adalah obat antibiotik yang paling sering



digunakan. Sedangkan Cefixime dan Kotrimoksazol adalah obat antibiotik yang paling jarang digunakan. Amoksisilin adalah obat antibiotik yang paling sering dikonsumsi tanpa resep dan Cefadroxil adalah obat antibiotik yang paling sering dikonsumsi dengan resep.

Berdasarkan hasil analisis statistik, konseling dengan bantuan media *leaflet* mempengaruhi pengetahuan penggunaan antibiotik masyarakat dilihat dari *p value* (0,000) yang lebih kecil dibanding nilai  $\alpha$  (0,05). Konseling dengan bantuan media *leaflet* juga mempengaruhi rasionalitas perilaku masyarakat akan penggunaan antibiotik dilihat dari *p value* (0,000) yang lebih kecil dibanding nilai  $\alpha$  (0,05). Analisis pengaruh pengetahuan terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik saat *pre-test* menunjukkan *p value* (0,269) dan saat *post-test* menunjukkan *p value* (0,163) yang lebih besar dari  $\alpha$  (0,05) dimana artinya pada saat sebelum maupun sesudah konseling dengan bantuan media *leaflet* pengetahuan tidak berpengaruh terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik.

## PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media *Leaflet* Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat Patrang Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi di Fakultas Farmasi (S1) dan mencapai gelar Sarjana Farmasi.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Allah SWT, atas izin-Nya penulis akhirnya dapat menyelesaikan skripsi untuk mencapai gelar sarjana;
2. Ibu Lestyo Wulandari, S.Si., Apt., M.Farm. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember atas persetujuannya untuk memulai skripsi ini;
3. Ibu Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ibu Afifah Machlaurin, M.Sc., Apt. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan, perhatian, dan waktunya dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. Ibu Fifteen Aprila Fajrin, S.Farm., Apt., M.Farm. selaku Dosen Penguji I dan Ibu Nia Kristiningrum, S.Farm., Apt., M.Farm. selaku Dosen Penguji II yang telah memberi saran dan kritik dalam skripsi ini;
5. Bapak Vidi Agustian R., S.Farm., Apt. dan Ibu Nia Kristiningrum, S.Farm., Apt., M.Farm. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama masa perkuliahan;
6. Para sahabat yaitu Harkina Dian, Shinta, Putri, Lia, Denise, Ajeng, Mbak Tata, Septian, Aan, dan Ridah. Terimakasih atas ratusan cangkir kopi yang memberikan manis dan pahit pada penulis selama menjadi mahasiswa rantau;
7. Dian Pitaloka, Fadilah, Wimala, Bina, Mbak Santy, dan Mbak Dhani yang telah bersama-sama meraih gelar juara dan memberikan pengalaman berkompetisi;

8. Teman-teman Fakultas Farmasi angkatan 2010 atas kebersamaannya selama empat tahun lebih;
9. Teman-teman ISMAFARSI Universitas Jember, ISMAFARSI Wilayah Jatim-Bali, dan BEM Fakultas Farmasi yang telah memberikan sahabat, pelajaran, dan pengalaman yang tidak penulis dapatkan di ruang kuliah;
10. Teman-teman UKM Pers Lingkar dan Tim Basket Putri Fakultas Farmasi atas ilmu dan pengalamannya;
11. Teman-teman KKN 108 Desa Kemiri Kecamatan Panti atas kebersamaannya selama 45 hari dan pertemanannya. Semoga tetap terjalin silaturahmi yang baik.

Penulis sadar tidak ada satu hal pun yang sempurna. Saran dan kritik yang berkaitan dengan skripsi ini, penulis sangat tunggu dan penulis ucapkan terimakasih. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi banyak orang dan tentunya dunia kefarmasian Indonesia. Amiin.

Jember, 30 April 2015

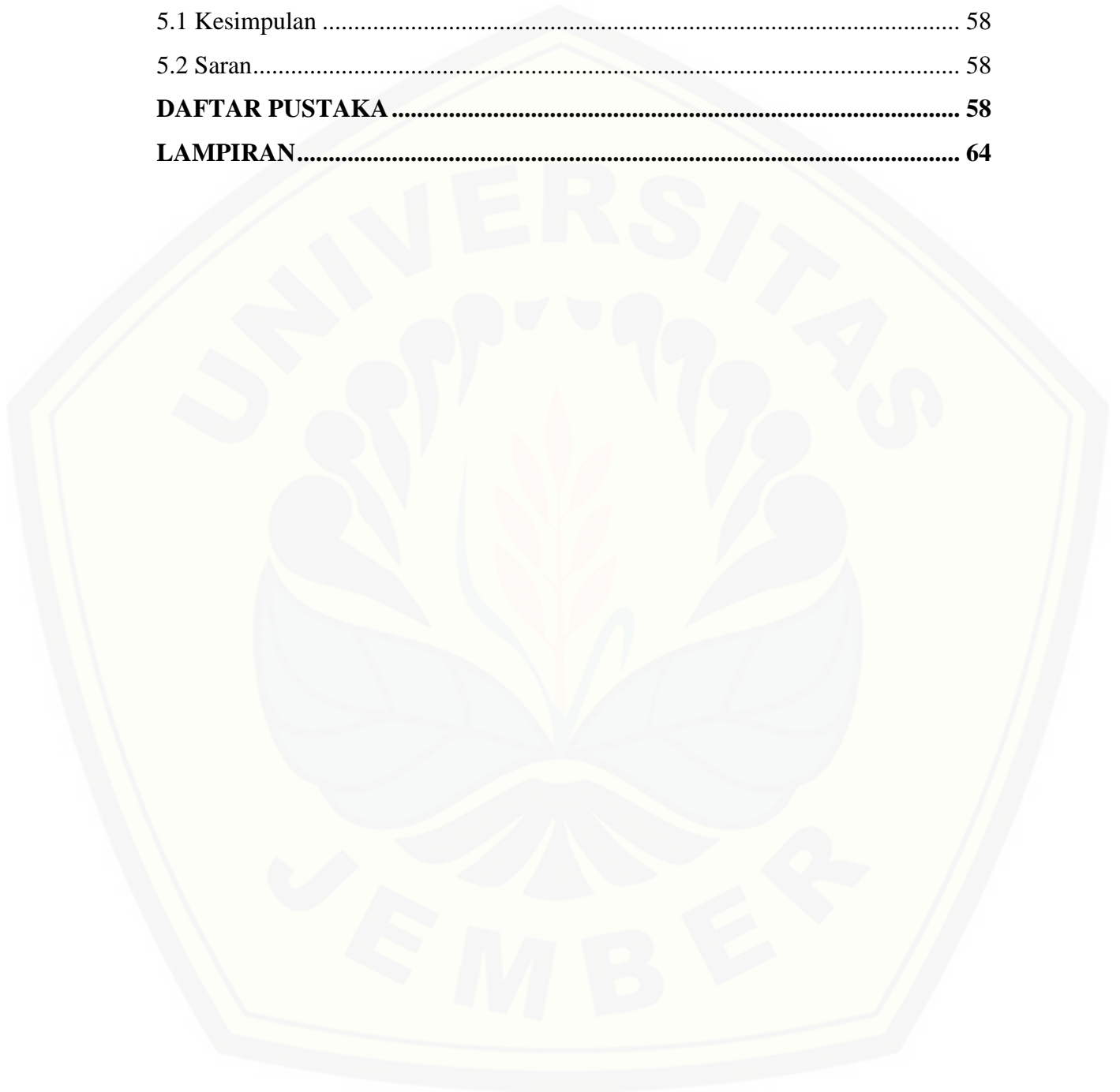
Penulis

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
2.1 Antibiotika .....	6
2.1.1 Definisi Antibiotik .....	6
2.1.2 Penggolongan Antibiotik .....	6
2.1.2 Aktivitas dan Spektrum Antibiotika .....	9
2.1.3 Mekanisme Kerja Antibiotik .....	10
2.1.4 Resistensi Antibiotik.....	13
2.1.5 Penerapan Penggunaan Antibiotika Secara Rasional .....	15
2.1.6 Indikator Rasionalitas Penggunaan Obat.....	16
2.1.7 Perilaku Penggunaan Antibiotika .....	16
2.2 Pengetahuan dan Edukasi Kesehatan.....	17
2.2.1 Metode Pendidikan .....	18
2.3 Konseling .....	20
2.3.1 Tipe-tipe Konseling .....	20
2.3.2 Keterampilan-Keterampilan yang Dibutuhkan Oleh Konselor .....	21

2.4	Media Edukasi Kesehatan.....	22
2.4.1	Leaflet.....	23
2.5	Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember.....	24
2.6	Kerangka Konsep.....	25
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>27</b>
2.1	Jenis Penelitian.....	27
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian .....	27
3.2.1	Tempat Penelitian .....	27
3.2.2	Waktu Penelitian.....	27
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	27
3.4	Besar Sampel.....	28
3.5	Variabel Penelitian.....	30
3.6	Definisi Operasional, Skala, dan Skor .....	30
3.6.1	Definisi Operasional .....	30
3.6.2	Skala.....	31
3.6.3	Skor.....	31
3.6.4	Metode Penilaian Kuesioner .....	31
3.7	Alur Penelitian .....	35
3.8	Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	37
3.8.1	Uji Validitas Instrumen.....	37
3.8.2	Uji Reliabilitas Instrumen.....	37
3.9	Teknik Analisis Data.....	39
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>41</b>
4.1	Karakteristik Responden .....	41
4.2	Profil Penggunaan Antibiotik Oleh Responden .....	454
4.3	Perkembangan Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden.....	46
4.4	Pengaruh Faktor Sosiodemografi Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik .....	48
4.5	Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat .....	51

4.6 Pengaruh Pengetahuan Antibiotik Dengan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik .....	54
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>58</b>
5.1 Kesimpulan .....	58
5.2 Saran.....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>58</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>64</b>



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Konsep .....	26
Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian.....	37
Gambar 4.1 Diagram Distribusi Obat Antibiotik yang Digunakan Responden Selama 1-3 Bulan Terakhir .....	45



**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hubungan Jumlah Butir Pertanyaan Dengan Reliabilitas Instrumen....	37
Tabel 3.2 Uji Validitas Kuesioner Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik .....	39
Tabel 3.3 Hasil Uji Realiabilitas Kuesioner Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik .....	39
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	41
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	43
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir .....	44
Tabel 4.4 Perkembangan Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden .....	47
Tabel 4.5 Hasil Uji Statistik Pengaruh Karakteristik Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik .....	50
Tabel 4.6 Hasil Uji Statistik Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik .....	51
Tabel 4.7 Hasil Uji Statistik Wilcoxon Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media <i>Leaflet</i> Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat.....	52



**LAMPIRAN**

A. Kuesioner Pre-test/Post-test Yang Sudah Divalidasi .....	62
B. Hasil Uji Validasi dan Reliabilitas Kuesioner .....	66
C. Leaflet .....	69
D. Rekapitulasi Data Keseluruhan Kuesioner Pre-test dan Post-test.....	71
E. Hasil Uji Wilcoxon Untuk Melihat Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik.....	73
F. Hasil Uji Wilcoxon Untuk Melihat Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik .....	75
G. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden.....	77
H. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden .....	79
I. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menyatakan Pengaruh Usia Terhadap Pengetahuan Antibiotik Responden .....	81
J. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menyatakan Pengaruh Usia Terhadap Rasionalitas Perilaku Antibiotik Responden .....	83
K. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Pendidikan Terakhir Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden.....	85
L. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Pendidikan Terakhir Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden.....	88
M. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menunjukkan Pengaruh Pengetahuan Terhadap Rasionalitas Perilaku.....	91
N. Dokumentasi .....	93

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sejak pertama kali ditemukannya antibiotika oleh Paul Ehrlich pada awal tahun 1900, antibiotika dianggap menjadi obat dewa dalam menangani berbagai macam penyakit pada masa itu. Penggunaannya sebagai antimikroba selama 70 tahun terakhir sangat membantu dalam terapi penyakit infeksi (CDC, 2014). Pemakaiannya selama satu dekade terakhir juga mengalami peningkatan yang sangat signifikan (Pratiwi, 2013). Hal ini tidak hanya terjadi di Indonesia tetapi di seluruh negara di dunia.

Pemakaian antibiotik dirasakan selama ini sangat menguntungkan. Peresepan yang benar dan penggunaannya yang tepat membuat terapi antibiotik berefek sangat besar. Seperti yang sudah disampaikan sebelumnya bahwa sudah sejak lama antibiotik menjadi obat andalan bagi penyakit infeksi bakteri. Namun penggunaan antibiotik mulai mengalami pergeseran dari tahun ke tahun. Akibat efek terapi antibiotik yang diberikan cukup cepat dalam mengobati infeksi, tidak jarang masyarakat menggunakannya dengan tidak tepat. Perilaku menggunakan antibiotik yang tidak tepat adalah tidak menghabiskan obat antibiotik sesuai aturannya, menggunakan antibiotik secara berlebihan, menggunakan antibiotik yang tidak dibutuhkan, dan membeli dan menggunakan antibiotik tanpa resep (Abdulah, 2012). Masyarakat kerap membeli antibiotika dengan resep yang pernah didapat sebelumnya tanpa penjelasan, tanpa resep, dan mengonsumsi antibiotik untuk batuk, pilek, demam, dan diare akut akibat virus (IAI, 2011).

Perilaku penggunaan antibiotika yang tidak rasional lebih marak terjadi di negara-negara berkembang, Dimana prevalensi penyakit infeksi diperburuk dengan penggunaan antibiotik yang bebas dan pembeliannya yang tidak terkontrol (Abdulah, 2012). Dari penelitian yang telah dilakukan di Trinidad dan Cina, 44-97% pasien di Rumah Sakit diberi resep antibiotik yang kebanyakan tidak dibutuhkan. Di Jakarta 94% resep antibiotik yang diberikan dokter ditujukan untuk anak-anak (Abdulah, 2012). Di Indonesia, 110 rumah sakit umum dengan kelas A dan B menghabiskan dana operasional tiga puluh juta rupiah dari dua ratus juta rupiah untuk terapi antibiotik. Rumah Sakit di Indonesia menghabiskan 3,3 triliun rupiah hanya untuk antibiotik setiap tahunnya. Bila para dokter mengetahui persebaran antibiotik yang baik, pemerintah Indonesia dapat menghemat satu triliun rupiah tiap tahunnya (Verbrugh, 2007). Data-data tersebut membuktikan bahwa penggunaan antibiotik yang tidak tepat atau tidak rasional juga akan mempengaruhi *treatment cost* dari rumah sakit dan tentunya dampak negatif paling bahaya adalah munculnya dan berkembangnya kuman-kuman yang kebal akan antibiotik atau biasa dikenal dengan resistensi antibiotik (Lestari, 2011).

Resistensi antibiotik merupakan salah satu ancaman kesehatan yang paling besar di dunia. Infeksi dari bakteri yang resisten dan beberapa patogen yang menjadi resisten sudah semakin luas. Penyebabnya juga dari berbagai faktor dan saling berhubungan. Menurunnya keefektifan antibiotik akan mempengaruhi kemampuan proses penyembuhan. Saat ini obat-obat antibiotik *first-line* dan *second-line* semakin terbatas akibat terjadinya resistensi. Walaupun obat-obat alternatif sudah ada, namun penelitian yang dilakukan mengatakan bahwa pasien infeksi yang mengalami resistensi kebanyakan meninggal. Pasien yang bertahanpun semakin lama dirawat di rumah sakit, dan sebagainya (CDC, 2013).

Resistensi antibiotika terjadi ketika bakteri berubah dalam satu atau dua hal yang menyebabkan turun dan hilangnya efektivitas obat, senyawa kimia, atau bahan lainnya yang digunakan untuk mencegah atau mengobati infeksi (Wowiling C. L., 2013). Berbagai penelitian telah menunjukkan munculnya mikroba yang resisten

antara lain *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), resistensi multi obat pada penyakit *tuberculosis* (MDR TB) (Binfar, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan *Antimicrobial Resistant in Indonesia* (AMRIN-Study) pada 2.494 individu masyarakat Indonesia, terbukti bahwa 43% sampel *Escherichia coli* dari ribuan individu tersebut resisten terhadap berbagai jenis antibiotik antara lain ampisilin (34%), kotrimiksazol (29%), dan kloramfenikol (25%) (Kementerian Kesehatan, 2011). Tidak hanya itu, resistensi *Escherichia coli* di Indonesia juga terjadi terhadap trimethoprim-sulphamethoxazole (56%) dan ciprofloxacin (22%) (Abdulah, 2012).

Penerapan regulasi obat yang mempengaruhi ketersediaan antibiotik di tiap negara berbeda-beda. Peraturan dan penegakan mengenai persepan antibiotik di tiap negara juga berbeda. Misalnya, penegakan dan pengontrolan mengenai pengobatan sendiri dengan antibiotik di Spanyol masih lemah. Survei lain menunjukkan perbedaan yang signifikan pada masyarakat di Eropa dalam perilaku, kepercayaan, dan tingkat pengetahuan tentang penggunaan antibiotik. Secara keseluruhan, hanya setengah dari responden yang menyadari akan resistensi antibiotik di Eropa (Abasaed, 2009). Regulasi antibiotik yang ada di Indonesia dalam pedoman pelayanan kefarmasian untuk terapi antibiotik yang dibuat oleh Bina Pelayanan Kefarmasian Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 hanya mengatur regulasi antibiotik di rumah sakit. Regulasi yang berbeda di tiap negara dapat menjadi faktor utama pemicu terjadinya salah persepsi masyarakat akan penggunaan antibiotik (Abasaed, 2009). Maka dibutuhkan cara untuk meningkatkan pengetahuan dan meluruskan persepsi masyarakat mengenai penggunaan antibiotik.

Menurut WHO dalam dokumen *Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance* tahun 2001, edukasi penting untuk dilakukan dalam penggunaan antimikroba agar penggunaannya tepat dan dapat mencegah terjadinya infeksi dengan baik. Sehingga perlu dilakukan edukasi atau pemberian informasi tentang penggunaan antibiotik kepada pasien atau masyarakat untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan dalam penggunaan antibiotik (Wowiling, 2013). Edukasi juga berfungsi untuk meluruskan kesalahan persepsi tentang penggunaan antibiotik di

masyarakat. Salah satu bentuk edukasi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya farmasis adalah konseling. Dalam konseling terdapat beberapa peralatan atau instrumen penunjang untuk membantu klien menerima dan menyerap informasi yang diberikan saat konseling dan salah satunya adalah *leaflet* (Nugroho, 2014). *Leaflet* merupakan salah satu media edukasi paling sederhana dan mudah dibuat (Notoatmodjo, 2012).

Kecamatan Patrang merupakan salah satu Kecamatan kota selain Kecamatan Sumbersari dan Kaliwates di Jember dimana terdapat beberapa fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, PUSKESMAS, klinik kesehatan, dan apotek. Selain itu, di kecamatan Patrang terdapat banyak fasilitas pendidikan sehingga dianggap tingkat pendidikan masyarakat Patrang lebih baik dibanding yang kecamatan lain. Kecamatan Patrang dipilih sebagai lokasi penelitian karena penduduk yang berdomisili di Kecamatan Patrang dianggap lebih mudah dan cepat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan memiliki tingkat pendidikan yang baik dibanding penduduk di Kecamatan lain. Namun, hal tersebut tidak bisa dipakai menjadi acuan apakah masyarakat Kecamatan Patrang memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan dan obat-obatan. Sehingga dibutuhkan penelitian mengenai hal tersebut yang salah satu caranya dapat dilihat dari sejauh mana pengetahuan masyarakat dalam penggunaan antibiotik.

Berdasarkan pemaparan permasalahan diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap pengetahuan masyarakat dalam penggunaan antibiotik pada masyarakat khususnya masyarakat Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana profil penggunaan obat antibiotik oleh masyarakat di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember?
2. Bagaimana pengaruh konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik kepada masyarakat?
3. Bagaimana pengaruh pengetahuan terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada masyarakat?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini meliputi tujuan umum dan tujuan khusus.

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap pengetahuan penggunaan antibiotik masyarakat khususnya di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

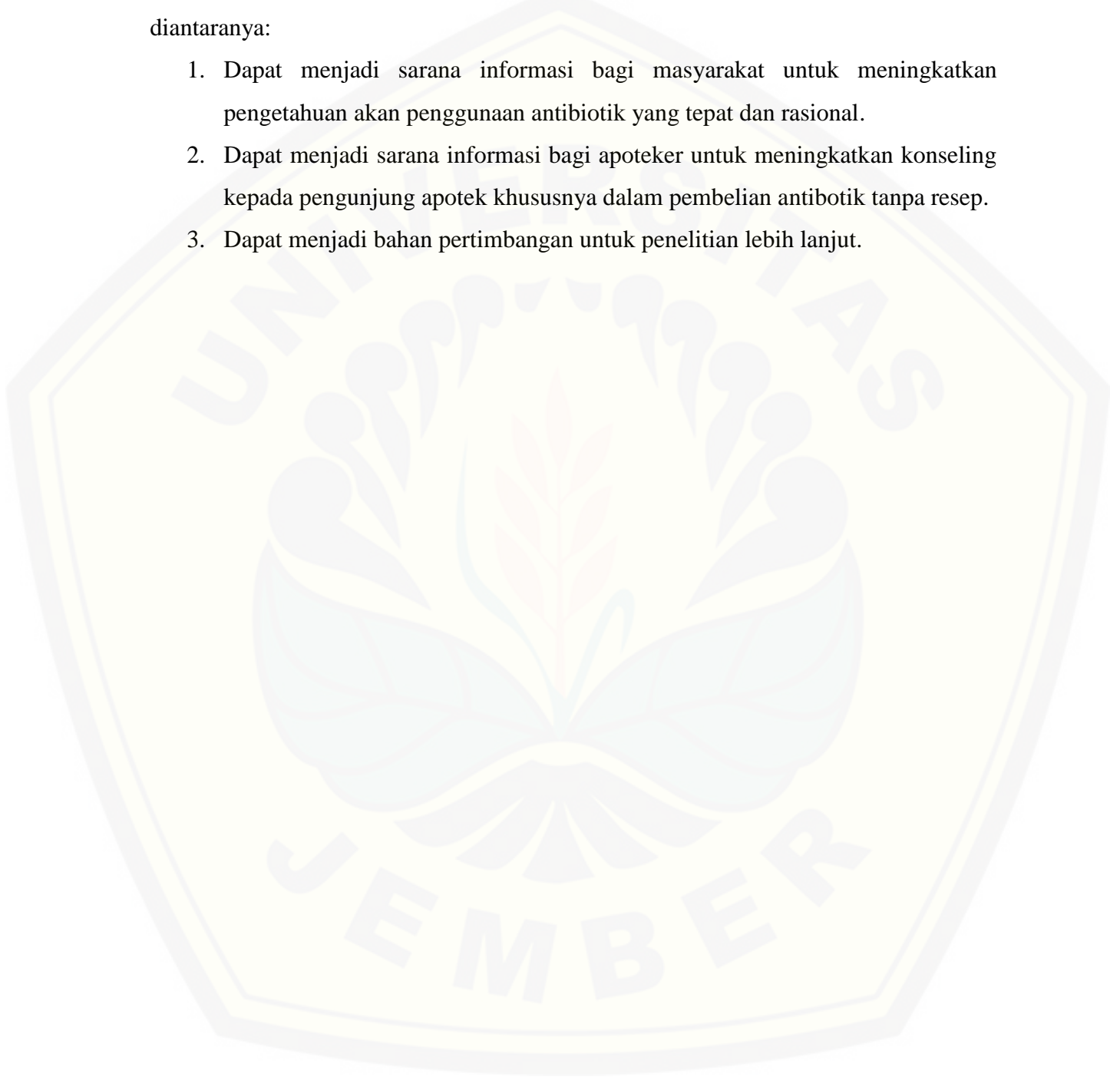
#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui antibiotik apa saja yang digunakan tanpa resep oleh masyarakat khususnya di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.
2. Mengetahui pengaruh konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik kepada masyarakat
3. Mengetahui pengaruh pengetahuan terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada masyarakat.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian diharapkan nantinya dapat memberikan manfaat, diantaranya:

1. Dapat menjadi sarana informasi bagi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan akan penggunaan antibiotik yang tepat dan rasional.
2. Dapat menjadi sarana informasi bagi apoteker untuk meningkatkan konseling kepada pengunjung apotek khususnya dalam pembelian antibiotik tanpa resep.
3. Dapat menjadi bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Antibiotika

#### 2.1.1 Definisi Antibiotik

Antibiotik (L. *anti* = lawan, *bios* = hidup) adalah zat-zat kimia yang dihasilkan oleh fungi dan bakteri, yang memiliki khasiat mematikan atau menghambat pertumbuhan kuman, sedangkan toksisitasnya bagi manusia relatif kecil. Zat turunan, zat yang termasuk kelompok ini, dan semua senyawa sintesis yang berkhasiat sebagai antibakteri dibuat secara semisintetis (Tjay, 2007).

#### 2.1.2 Penggolongan Antibiotik

##### 2.1.2.1 Penicilin

Penicilin merupakan antibakterial pertama yang digunakan untuk terapi (Sweetman, 2009) dan termasuk dalam kelas beta-laktam. Semua obat golongan Penicillin memiliki struktur cincin kimia yang sama dan asam mono-basic yang terbentuk dari garam dan ester. Contoh antibiotik golongan Penicilin adalah Mericillin, Ampicillin, Amoksisilin, Carbenicillin, Temocillin, dan Mecillinam (Sweetman, 2009).

##### 2.1.2.2 Sefalosporin

Sefalosporin adalah antibakterial semisintetis yang berasal dari antibakterial alami yaitu *Cephalosporium acremonium*. Golongan ini bersifat bakterisida dan menghambat sintesis dari dinding sel, sama seperti penicillin. Sefalosporin terbagi menjadi empat generasi. Generasi pertama adalah cefalotin; generasi kedua adalah cefamandole, cefonicid, ceforanide, dan ceftiam; generasi



ketiga adalah cefotaxime, cefixime, ceftazidime, cefoperazone, dan cefpiramide; dan generasi keempat adalah cefepime, ceftazidime, ceftazidime, ceftazidime, dan ceftazidime. Selain itu juga.



Terdapat golongan semisintesis dari sefalosporin yaitu cephamycin (Sweetman, 2009).

### 2.1.2.3 Tetrasiklin

Antibakterial ini merupakan turunan dari *Streptomyces* spp. Tetrasiklin memiliki spektrum yang luas sehingga bisa menyerang bakteri gram positif maupun gram negatif. Tidak hanya itu tapi juga bisa menyerang *Chlamudias*, *Chlamudophilas*, *Rickettsias*, *Mycoplasmas*, *Spirochaetes*, beberapa mikobakteria, dan protozoa. Namun tetrasiklin tidak biasa digunakan untuk menyerang bakteri gram positif dan gram negatif karena dapat menyebabkan resisten dan banyaknya obat antimikroba yang spektrumnya lebih sempit dibanding tetrasiklin (Sweetman, 2009). Contoh obat golongan tetrasiklin adalah tetrasiklin, doxycycline, dan minocycline (Frank, 2012).

### 2.1.2.4 Quinolon

Quinolon merupakan antibakteri sintesis yang digunakan untuk menyaingi penggunaan antibakteri golongan beta-laktam dan makrolida dalam terapi. Quinolon memiliki sifat spektrum antibakteri untuk melawan bakteri gram positif, gram negatif, dan patogen mikobakterial anaerob. Quinolon mengalami perkembangan dan perubahan sehingga saat ini sudah banyak agen quinolon yang baru seperti asam nalidiksat (NA) dan norfloxacin (NFLX) (Takahasi, 2003). Terdapat empat golongan obat didalam kelompok Quinolon. Kelompok I adalah norloxacin, kelompok II adalah enoxacin, ofloxacin, dan ciprofloxacin; kelompok III adalah levofloxacin, dan kelompok IV adalah moxifloxacin (Frank, 2012).

### 2.1.2.5 Makrolida

Makrolida merupakan salah satu golongan dari antibakteri yang merupakan turunan dari *Streptomyces* spp. Makrolida memiliki karakteristik kimia yaitu merupakan basa lemah dan sedikit larut dalam air. Selain itu juga memiliki toksisitas yang rendah. Obat yang masuk dalam golongan makrolida ada yang

bersifat bakteriostatik atau bakterisida. Hal itu tergantung pada konsentrasi dan tipe mikroorganisme yang akan diserang dan bagaimana mikroorganisme tersebut diganggu sintesis proteinnya. Contoh obat antibiotik yang masuk dalam golongan ini adalah erythromycin, flurithromycin, azithromycin, clarithromycin, dirithromycin, roxithromycin, spiramycin dan oleandomycin (Sweetman, 2009; Frank, 2012).

#### **2.1.2.6 Aminoglikosida**

Aminoglikosida merupakan antibakteri turunan genus *Streptomyces* dan *Micromonospora*. Spektrum aminoglikosida mirip dengan antimikroba lainnya. Golongan ini bekerja dengan menyerang sintesis protein dari bakteri. Aminoglikosida diabsorpsi sedikit di dalam *gastrointestinal tract* namun didistribusikan secara baik lewat parenteral. Contoh aminoglikosida adalah streptomycin, gentamycin, apramycin, arbekacin, astromicin, bekanamycin, dibekacin, etimicin, isepamicin, dan mikronomicin (Sweetman, 2009).

#### **2.1.2.7 Antimikobakterial**

Antimikobakterial adalah kelompok lain dari antibakteri dimana selain untuk antibakteri tapi juga untuk *Mycobacterium* spp. Biasanya golongan ini digunakan untuk terapi tuberculosis, leprosy, dan infeksi mikobakteri yang lain. Contoh obat golongan ini adalah rifampicin, isoniazid, pyrazinamide, clofazimine, dan masih banyak lagi (Sweetman, 2009).

#### **2.1.2.8 Kloramfenikol**

Golongan antibiotik ini merupakan isolat pertama dari *Streptomyces venezuelae*. Namun dengan berkembangnya jaman, kloramfenikol sudah berbentuk sintesis. Kloramfenikol juga merupakan antibakteri yang pertama kali spektrumnya ditemukan yaitu dengan mekanisme menyerang sintesis protein pada bakteri dan kloramfenikol memiliki sifat sebagai bakteriostatik. Kloramfenikol biasa dipakai untuk demam tifoid. Contoh obat golongan kloramfenikol adalah

azidamfenicol, chloramphenicol, florfenicol, dan thiamphenicol (Sweetman, 2009).

#### **2.1.2.9 Glikopeptida**

Vankomicin yang merupakan contoh obat golongan glikopeptida memiliki aktivitas menyerang pada sintesis dinding sel dari bakteri dan sangat aktif menyerang bakteri gram positif. Obat ini biasanya digunakan dalam terapi infeksi yang disebabkan oleh *Staphylococcus* dan profilaksis dari endocarditis. Contoh obat dari golongan glikopeptida adalah avoparcin, dalbavancin, norvancomycin, oritavancin, ramoplamin, dan teicoplanin (Sweetman, 2009).

#### **2.1.2.10 Linkosamida**

Linkosamida memiliki aktivitas yang sama dengan eritromisin dan antibakteri golongan makrolida lainnya yaitu menyerang pada sintesis proteinnya terutama pada ribosom bakteri tersebut. Linkosamida bisa bersifat bakteriostatik atau bakterisida tergantung pada kemampuannya melawan bakteri gram positif dan *Bacteroides* spp. Contoh obat dari golongan ini adalah clindamycin, lincomycin, dan pirlimycin (Sweetman, 2009).

### **2.1.2 Aktivitas dan Spektrum Antibiotika**

Aktivitas antibiotika mikroba ada dua, yaitu aktivitas bakteriostatik yang artinya bersifat menghambat pertumbuhan mikroba, dan aktivitas bakterisid yang artinya bersifat membunuh mikroba. Antibiotik yang bersifat bakteriostatik, pembasmian kumannya bergantung sekali dengan daya tubuh penderita. Sedangkan antibiotik bakterisid akan secara aktif membunuh kuman (Pulungan, 2010).

Antibiotika juga dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan spektrumnya, yaitu spektrum sempit dan spektrum luas (Pulungan, 2010). Antibiotik berspektrum sempit adalah antibiotik yang bersifat aktif hanya terhadap bakteri gram negatif saja, contohnya adalah penisilin dan streptomisin. Antibiotik

berspektrum luas adalah antibiotik yang bersifat aktif terhadap bakteri gram positif dan negatif. Antibiotik ini juga dapat membunuh semua jenis bakteri didalam tubuh. Sehingga penggunaannya harus lebih diperhatikan. Contoh dari antibiotik kelompok spektrum luas adalah kloramfenikol dan tetrasiklin (Pulungan, 2010).

### **2.1.3 Mekanisme Kerja Antibiotik**

Terdapat beberapa cara kerja dari antibiotik. Cara yang paling penting adalah penghalangan sintesis protein, sehingga kuman musnah atau tidak dapat berkembang. Ada juga antibiotik yang bekerja pada dinding sel atau pada membran sel seperti polimiksin, zat-zat polyen dan imidazon. Zat antibiotika kebanyakan tidak aktif pada virus kecil karena virus tidak memiliki proses metabolisme sesungguhnya, melainkan tergantung pada metabolisme *host*-nya (Tjay, 2007). Berikut adalah klasifikasi golongan antibiotik berdasarkan mekanisme kerjanya.

#### **2.1.3.1 Kerja Antimikroba Melalui Penghambatan Sintesis Dinding Sel**

##### **a. Penghambatan pada Transpeptidasi**

Tahap pertama dari kerja obat yang tergolong pada bagian ini adalah pengikatan obat terhadap reseptor sel. Reseptor tersebut adalah protein pengikat penisilin atau PBPs (*penicillin-binding proteins*) yang berjumlah 3-6 di kebanyakan bakteri. Reseptor yang berbeda (PBPs) dapat mempunyai afinitas yang berbeda untuk suatu obat, dan masing-masing dapat menghasilkan mekanisme yang berbeda. Contohnya adalah pelekatan penisilin ke satu PBP dapat menyebabkan abnormal sel, namun pelekatan di sel lain dapat menyebabkan dinding sel perifer rusak sehingga terjadi lisis.

Selanjutnya adalah penghambatan enzim transpeptidase yang diakibatkan struktur obat tertetnu serupa dengan asil-D-alanil-D-alanin. Reaksi transpeptidase melibatkan hilangnya suatu D-alanin dari pentapeptida. Perbedaan kepekaan jenis bakteri gram positif dengan gram negatif adalah perbedaan struktur dinding

selnya, misalnya jumlah peptidoglikan. Contoh antibiotik yang memiliki kerja menghambat proses transpeptidase adalah penisilin dan sefalosporin (Katzung, 1997).

b. Penghambatan Sintesis Prekursor Peptidoglikan

Tahap awal proses ini terjadi didalam membrane sitoplasma. Sehingga obat-obat yang memiliki cara kerja ini harus mampu menembus membrane agar efektif. Obat-obat yang memiliki aktivitas seperti ini adalah basitrasin, vankomisin, dan ristosetin. Adapula suatu analog D-alanin yaitu sikloserin bekerja menghambat kerja alanin rasemase. Alanin rasemase adalah enzim penting dalam penggabungan D-alanin dalam pentapeptida peptidoglikan. Fosfonopeptida juga menghambat enzim yang dibutuhkan dalam sintesis peptidoglikan (Katzung, 1997).

### **2.1.3.2 Kerja Antimikroba Melalui Penghambatan Sintesis Protein**

Kerja antimikroba dengan mekanisme menghambat sintesis protein merupakan cara kerja yang dimiliki sebagian besar golongan antibiotik. Golongan tersebut adalah aminoglikosida, tetrasiklin, makrolida, kloramfenikol, dan linkomisin. Berikut diuraikan mekanisme kerja antimikroba dari masing-masing golongan tersebut.

a. Aminoglikosida

Tahap pertama mekanisme kerja antimikroba dari aminoglikosida adalah pelekatan aminoglikosida ke protein reseptor spesifik pada subunit 30S dan ribosom 70S mikroba. Selanjutnya aminoglikosida menghambat aktivitas normal permulaan pembentukan kompleks peptida yaitu mRNA dengan formil metionin dan tRNA. Lalu pesan mRNA salah dibaca pada daerah pengenalan ribosom, dan sebagai hasilnya, asam amino yang salah dimasukkan dalam peptida ini menghasilkan protein yang tidak fungsional. Terakhir adalah pelekatan aminoglikosida yang berakibat polisom (beberapa ribosom yang memanjang sepanjang pita mRNA untuk membaca pesan mRNA secara bersamaan) dan pecahannya menjadi monosom yang tidak dapat mensintesis protein. Keseluruhan proses ini mengakibatkan pembunuhan sel tersebut (Katzung, 1997).

b. Tetrasiklin

Tetrasiklin menghambat sintesis protein dengan menghambat pelekatan aminoasil-tRNA yang bermuatan. Sehingga mencegah muatan asam amino baru ke dalam rantai peptida yang baru. Mekanisme kerja seperti ini bersifat bakteriostatik (Katzung, 1997).

c. Kloramfenikol

Kloramfenikol menghambat dengan mengganggu pengikatan asam amino baru pada rantai peptide yang mulai timbul, sebagian besar karena kloramfenikol menghambat peptidil transferase. Mekanisme kerja kloramfenikol bersifat bakteriostatik. Mikroorganisme akan tumbuh lagi bila pemberian obat kloramfenikol dihentikan (Katzung, 1997).

d. Makrolida

Obat golongan makrolida yang bekerja dengan mekanisme penghambatan sintesis protein adalah eritromisin. Golongan makrolida dapat mengganggu pembentukan kompleks pemula untuk sintesis rantai peptida atau mengganggu reaksi translokasi aminoasil (Katzung, 1997).

e. Klindamisin (Linkomisin)

Aktivitas antibakteri golongan klindamisin sama seperti golongan makrolida dalam tempat pengikatan, aktivitas antibakteri, dan cara kerjanya. Diantara kedua obat ini terdapat sifat mempengaruhi yang disebabkan keduanya memiliki reseptor yang sama (Katzung, 1997).

### **2.3.1.3 Kerja Antimikroba Melalui Penghambatan Sintesis Asam Nukleat**

a. Rifampin (antimikobakterial)

Rifampin menghambat pertumbuhan bakteri dengan mengikat kuat pada RNA polimerase yang bergantung pada DNA bakteri. Sehingga bisa dikatakan bahwa rifampin menghambat sintesis RNA bakteri (Katzung, 1997).

b. Kuinolon dan Fluorokuinolon

Proses menghambat kuinolon dan fluorokuinolon adalah dengan menghambat kerja DNA girase (topoisomerase II) yang merupakan enzim untuk membuka dan menutup lilitan DNA (Katzung, 1997).

c. Sulfonamid

Sulfonamid masuk ke dalam reaksi sebagai pengganti PABA pada bakteri yang rentan dan berkompetisi untuk pusat aktif enzim. Akibatnya terbentuk asam folat yang tidak fungsional dan mencegah pertumbuhan sel bakteri lebih lanjut (Katzung, 1997).

d. Trimetropim (turunan sulfonamid)

Trimetropim menghambat asam dihidrofolat reduktase pada bakteri dengan efisiensi 50.000 kali lebih besar dibanding enzim yang sama pada sel mamalia. Enzim tersebut mereduksi asam dihidrofolat menjadi asam tetrahidrofolat, yaitu suatu tahap dalam sintesis purin dan akhirnya menjadi DNA. Kombinasi antara sulfonamide dan trimetropim menghasilkan penghambatan sekunsial pada jalur ini, yang berakibat peningkatan aktivitas yang sinergis (Katzung, 1997).

#### 2.1.4 Resistensi Antibiotik

Resistensi antibiotik adalah kemampuan bakteri untuk menetralkan dan melemahkan daya kerja antibiotik (Kemenkes, 2011). Resistensi akan mikroorganisme ini dapat menahan serangan dari obat-obat antimikroba yaitu antibiotik itu sendiri, antifungal, antiviral, dan antimalaria. Hal tersebut menjadikan terapi standar tidak efektif lagi dan infeksiya bisa menyebar dan meningkatkan resiko penyakit yang lain (WHO, 2013).

Resistensi antibiotik memiliki satuan yang dinyatakan dalam KHM (Kadar Hambar Minimal) atau MIC (*Minimum Inhibitory Concentration*). KHM adalah kadar terkecil dari antibiotik ( $\mu\text{g/mL}$ ) yang mampu menghambat tumbuh dan berkembangnya bakteri. Meningkatnya nilai KHM menggambarkan tahap awal menuju resistensi (Kemenkes, 2011).

##### 2.1.4.1 Mekanisme Resistensi

Timbulnya resistensi terhadap suatu antibiotik terjadi berdasarkan mekanisme biologis sebagai berikut (Katzung, 1997):



- a. Mikroba menghasilkan enzim penghancur obat antibiotik. Contohnya adalah *Staphylococcus* yang resisten dengan penisilin G menghasilkan beta-laktamase untuk menghancurkan penisilin G.
- b. Mikroba mengubah permeabilitasnya terhadap obat. Contohnya adalah *Streptococcus* mempunyai sawar permeabilitas alamiah terhadap aminoglikosida.
- c. Mikroba mengembangkan suatu perubahan struktur sasaran bagi obat. Contohnya adalah organisme yang resisten eritromisin mempunyai tempat reseptor yang telah berubah pada subunit 50S ribosom bakteri akibat metilasi RNA ribosom 23S.
- d. Mikroba mengembangkan perubahan jalur metaboliknya yang langsung dihambat oleh obat antibiotik. Contohnya adalah beberapa bakteri yang resisten terhadap sulfonamida tidak membutuhkan PABA ekstraselular tapi seperti sel mamalia, dapat menggunakan asam folat yang telah dibentuk sebelumnya.
- e. Mikroba mengembangkan perubahan enzim yang tetap dapat melakukan fungsi metabolismenya tetapi lebih sedikit dipengaruhi oleh obat daripada enzim pada kuman yang rentan. Contohnya adalah beberapa bakteri yang terhadap sulfonamida, dihidropteroat sintetase mempunyai afinitas yang jauh lebih tinggi terhadap sulfonamida daripada PABA.

#### **2.1.4.2 Faktor-faktor Penyebab Berkembangnya Resistensi Antibiotik**

Fenomena resistensi antibiotik yang terjadi secara alamiah dan berkembang dengan sendirinya. Perilaku manusia sedikit banyak membantu proses peningkatan dan penyebaran resistensi antibiotik. Tahun 2013 WHO (*World Health Organization*) mengeluarkan faktor-faktor apa saja yang menyebabkan berkembangnya resistensi antibiotik. Faktor-faktornya adalah sebagai berikut:

- a. Kurangnya respon yang komprehensif dan terkoordinasi.

- b. Lemah atau tidak adanya sistem pengawasan akan resistensi antimikroba.
- c. Sistem yang tidak memadai untuk memastikan kualitas dan gangguan pasokan obat-obatan.
- d. Penggunaan yang tidak tepat akan penggunaan antimikroba.
- e. Miskinnya praktik pencegahan dan pengendalian infeksi.
- f. Kurangnya peralatan untuk diagnosa, pencegahan, dan terapi.

### **2.1.5 Penerapan Penggunaan Antibiotika Secara Rasional**

Penggunaan obat dapat dikatakan rasional apabila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan, untuk periode waktu yang adekuat, dan dengan harga obat paling murah untuk pasien dan juga masyarakat (WHO dalam Binfar, 2011). Penerapan penggunaan antibiotika secara rasional oleh tenaga kesehatan dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut (Kemenkes, 2011):

- a. Meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan terhadap penggunaan antibiotik yang bijak dan rasional.
- b. Meningkatkan ketersediaan dan mutu fasilitas penunjang, dengan penguatan pada laboratorium hematologi, imunologi, dan mikrobiologi, atau laboratorium lain yang berkaitan dengan penyakit infeksi.
- c. Menjamin ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten di bidang infeksi.
- d. Mengembangkan sistem penanganan penyakit infeksi secara tim.
- e. Membentuk tim pengendali dan pemantau penggunaan antibiotik secara bijak yang bersifat multidisiplin.
- f. Memantau penggunaan antibiotik secara intensif dan berkesinambungan.
- g. Menetapkan kebijakan dan pedoman penggunaan antibiotik secara lebih rinci di tingkat nasional, rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dan masyarakat.

### 2.1.6 Indikator Rasionalitas Penggunaan Obat

Obat begitu pula antibiotik didalamnya memiliki suatu parameter dan indikator bagaimana suatu obat bisa dikatakan rasional dalam penggunaannya atau tidak. Penggunaan Obat secara Rasional atau *Rational Use of Medicine* terbagi menjadi 5 indikator yang biasa disingkat dengan 4T + 1W (4 Tepat dan 1 Waspada) (Aslam dalam Siregar, 2011). Lima indikator tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Tepat indikasi
- b. Tepat obat
- c. Tepat pasien
- d. Tepat dosis
- e. Waspada efek samping

### 2.1.7 Perilaku Penggunaan Antibiotika

Perilaku penggunaan antibiotik merupakan suatu tindakan dalam upaya mencari pengobatan dengan menggunakan antibiotik yang diperoleh dengan bermacam cara dengan orang yang berkompeten (Tahir dalam Rizal, 2011). Perilaku penggunaan antibiotik berkaitan dengan pemahaman dan pengetahuan tentang penyakit yang diderita dan antibiotik yang sesuai untuk penyakitnya tersebut. Acuan yang biasa digunakan untuk menilai perilaku penggunaan antibiotik adalah seperti (Sutama dalam Rizal, 2011) :

- a. Tempat mendapatkan antibiotik
- b. Penggunaan terakhir antibiotik
- c. Intensitas pemakaian antibiotik
- d. Pengetahuan tentang aturan pakai
- e. Tindakan mengganti antibiotik
- f. Efek samping antibiotik
- g. Pengetahuan tentang resistensi antibiotik

## 2.2 Pengetahuan dan Edukasi Kesehatan

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan dalam penggunaan antibiotik dikalangan masyarakat, perlu diberikannya edukasi mengenai penggunaan antibiotika agar tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat meningkat dan dapat mengurangi penggunaan antibiotik yang tidak tepat.

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan hal yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (Pulungan, 2010). Terdapat enam tingkat pengetahuan yang dicakup dalam kognitif. Tingkatan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Tahu (*know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dan mampu mengingat kembali secara spesifik keseluruhan materi yang dipelajari atau diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan yang menjelaskan secara benar suatu objek dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar pula. Seseorang yang sudah paham akan dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya apa yang ia ketahui.

c. Menerapkan (*application*)

Menerapkan adalah kemauan seseorang untuk menggunakan materi yang dipelajari di kondisi sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tapi masih dalam struktur organisasi, dan masih saling berkaitan.

e. Sintesa (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun suatu formula baru ataupun yang sudah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan suatu penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu criteria yang ditentukan sendiri atau dengan menggunakan yang telah ada.

Sedangkan edukasi kesehatan atau pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau upaya yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan perorangan atau massal mengenai pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan juga sehat dalam meningkatkan kualitas hidup, mencegah timbulnya kembali penyakit, dan memulihkan penyakit (BPJS, 2014). Pesan tersebut bertujuan agar mereka memperoleh pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan (Notoadmodjo, 2002). Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor dibawah ini (Notoadmodjo, 2002):

- a. Pengalaman
- b. Umur
- c. Keyakinan
- d. Fasilitas
- e. Penghasilan
- f. Sosial budaya

Pengukuran pengetahuan ataupun edukasi yang telah diberikan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket mengenai isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman-kedalaman yang ingin diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat pengetahuan (Notoadmodjo, 2002).

### **2.2.1 Metode Pendidikan**

Menurut Notoatmodjo (2002), metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi beberapa jenis metode, yaitu:

- a. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Metode ini digunakan untuk membina pembentukan perilaku individu yang baru. Penggunaan metode ini berdasarkan setiap individu memiliki masalah atau alasan yang berbeda-beda dalam penerimaan perilaku yang baru tersebut. Bentuk metode pendidikan individual ini adalah bimbingan dan penyuluhan, dan wawancara.

b. Metode Pendidikan Kelompok

Metode ini digunakan atas dasar besarnya kelompok sasaran dan tingkat pendidikan formal dari sasaran. Efektivitas suatu metode bergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Metode Pendidikan Kelompok Besar

Metode ini dilakukan apabila peserta pendidikan lebih dari lima belas orang. Metode yang cocok digunakan pada kelompok besar ini adalah seminar dan ceramah.

b. Metode Pendidikan Kelompok Kecil

Metode ini dilakukan apabila peserta pendidikan kurang dari lima belas orang. Metode yang cocok untuk kelompok kecil adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju (*snow balling*), kelompok kecil-kecil (*buzz group*), memainkan peranan (*role play*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

c. Metode Pendidikan Massa (publik)

Metode ini bertujuan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan mengenai ilmu kesehatan umum kepada masyarakat. Arti umum dalam konteks ini adalah tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Bentuk pendekatan ini digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, bukan perubahan perilaku. Bentuk metode pendidikan massa biasanya dilakukan secara tidak langsung. Contoh metode ini adalah ceramah umum (*public speaking*), pidato-pidato kesehatan melalui media elektronik, tulisan-tulisan di majalah atau koran, *billboard*, spanduk, atau poster yang dipasang di pinggir jalan.

### 2.3 **Konseling**

Dalam pelaksanaan praktik *pharmaceutical care*, dibutuhkan keterampilan seorang farmasis untuk memberikan konseling dengan baik kepada pasien. Konseling adalah suatu hubungan profesional antara konselor dengan klien untuk membantu klien memahami dan memperjelas pandangan hidupnya, belajar mencapai tujuan yang ditentukan sendiri melalui pilihan-pilihan yang bermakna. Konseling merupakan cara pendekatan yang bisa digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk menolong individu dan keluarga (Pamungkasari, 2012).

Konseling memiliki tujuan untuk memberikan pengertian yang lebih baik terhadap penyebab masalah dan klien dapat memikirkan masalahnya sendiri. Peran konselor dapat menjadi pengarah dalam pengambilan keputusan klien. Dengan konseling, seseorang dengan sendirinya akan memutuskan apa yang akan dilakukannya sehingga pemecahan masalah yang diambil diharap lebih tepat dan mendapatkan hasil yang diinginkan (Pamungkasari, 2012).

#### 2.3.1 **Tipe-tipe Konseling**

Konseling memiliki beberapa tipe diantaranya sebagai berikut (Pamungkasari, 2012).

##### a. **Konseling Krisis**

Konseling krisis adalah konseling yang dilakukan untuk membantu seseorang yang sedang berada dalam situasi krisis. Krisis sendiri merupakan suatu keadaan disorganisasi saat seseorang mengalami frustrasi karena mengalami gangguan dalam hidupnya. Pada tipe ini konselor menerima situasi dan menciptakan keseimbangan pribadi serta penguasaan diri sehingga kecemasan klien mereda dan klien merasa mendapat dukungan dari konselor. Pada tipe ini klien perlu sesegera mungkin mendapatkan bantuan.

##### b. **Konseling Fasilitatif**

Konseling fasilitatif adalah konseling yang membantu klien memahami permasalahan lalu selanjutnya klien lebih banyak berperan dalam rencana tindakan yang akan dilakukan. Contohnya adalah konseling dalam pemilihan metode kontrasepsi.

c. **Konseling Preventif**

Konseling preventif adalah konseling yang bersifat mendukung suatu program. Seperti program pendidikan seks di sekolah untuk mencegah pelecehan seksual pada anak-anak.

d. **Konseling Developmental**

Konseling developmental adalah konseling yang bersifat kontinu atau berkelanjutan yang bertujuan membantu klien mencapai pertumbuhan pribadi yang positif.

### **2.3.2 Keterampilan-Keterampilan yang Dibutuhkan Oleh Konselor**

Adapun keterampilan yang dibutuhkan oleh konselor menurut Pamungkasari (2012) adalah sebagai berikut.

- a. Perilaku *Attending*
- b. Empati
- c. Refleksi
- d. Eksplorasi
- e. Menangkap Pesan (*Paraphrasing*)
- f. Pertanyaan Terbuka
- g. Pertanyaan Tertutup
- h. Dorongan Minimal
- i. Interpretasi
- j. Mengarahkan
- k. Menyimpulkan Sementara
- l. Memimpin
- m. Fokus
- n. Konfrontasi
- o. Menjernihkan
- p. Memudahkan
- q. Mengambil Inisiatif
- r. Pemberian Informasi



- s. Merencanakan Tindakan
- t. Menyimpulkan

## 2.4 Media Edukasi Kesehatan

Media edukasi kesehatan merupakan alat bantu yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan. Alat bantu edukasi kesehatan disusun berdasar prinsip bahwa pengetahuan yang ingin disampaikan dapat diterima dengan baik melalui panca indera oleh sasaran. Berdasarkan penelitian para ahli, indera yang paling banyak menyerap informasi dan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Lebih kurang antara 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diserap dan diterima oleh mata. Sehingga dapat disimpulkan bahwa alat bantu edukasi visual lebih mempermudah penyampaian informasi atau pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut panduan praktis edukasi kesehatan yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, bentuk edukasi kesehatan ada dua yaitu edukasi langsung dan edukasi melalui media. Edukasi langsung dapat berupa olahraga sehat dan promosi kesehatan keliling. Sedangkan edukasi melalui media dapat berupa media cetak dan media elektronik.

### a. Media cetak

Media yang termasuk dalam media cetak sangat bervariasi, antara lain *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, dan poster (Notoatmodjo, 2003).

Penggunaan media cetak sebagai media edukasi kesehatan memiliki beberapa manfaat, antara lain (WHO, 1988):

1. Mampu mengingatkan target edukasi mengenai pesan-pesan kesehatan yang pernah diperoleh sebelumnya.
2. Mampu menyediakan informasi tentang masalah atau praktik dalam kesehatan.

3. Mampu menunjukkan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu.
4. Mampu memberikan informasi kepada masyarakat yang tidak menerima informasi kesehatan melalui cara lain.

Menurut Ewles (1994), terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan suatu media tertulis, yaitu:

1. Selalu menguji terlebih dahulu materi kepada sampel responden.
2. Perhatikan penggunaan warna, tata letak, dan ukuran cetak dari media, sehingga memungkinkan responden untuk membaca media dengan jelas.
3. Gunakan bahasa yang sederhana dan singkat.

#### b. Media Elektronik

Media yang termasuk dalam media elektronik adalah televisi, radio, video, dan *slide* (Notoatmodjo, 2003). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merancang media edukasi adalah sebagai berikut (BPJS, 2014):

1. Mengidentifikasi kebutuhan edukasi yang berkaitan dengan jenis pengetahuan yang ingin diberikan.
2. Menetapkan strategi edukasi, salah satunya seperti membuat kerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan primer, instansi atau kantor dinas, dan badan usaha lainnya.
3. Mengumpulkan konten edukasi yang ingin diberikan. Merancang media edukasi agar dapat diterima dengan baik dan tentunya mendidik target edukasi, kita perlu membuat *tag line* atau kata-kata yang sifatnya persuasif dan model serta desain media yang memikat.
4. Pendistribusian media edukasi dilakukan dengan pertama-tama mengidentifikasi sasaran distribusi, menentukan jumlah media edukasi persasaran, dan mendistribusikan media edukasi.

#### 2.4.1 Leaflet

*Leaflet* adalah bentuk penyampaian pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi dari pesan-pesan tersebut dapat dalam bentuk kalimat,

gambar, atau kombinasi dari keduanya. *Leaflet* termasuk dalam salah satu media edukasi paling sederhana dan mudah dibuat (Notoatmodjo, 2003). Penggunaan *leaflet* sebagai media edukasi kesehatan memiliki keunggulan sebagai berikut (Ewles, 1994):

- a. Responden dapat menggunakan *leaflet* untuk belajar tentang informasi kesehatan secara mandiri.
- b. Responden dapat melihat isinya dengan santai.
- c. Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman.
- d. Dapat memberikan detail yang tidak memungkinkan disampaikan secara lisan.
- e. Sederhana dan dapat sangat murah.
- f. Responden dan pedidik dapat menggunakannya untuk mempelajari informasi yang rumit bersama-sama.

Namun, menurut Ewles (1994) penggunaan *leaflet* juga memiliki beberapa kekurangan yaitu:

- a. *Leaflet* profesional sangat mahal.
- b. Materi yang diproduksi massal dirancang untuk sasaran yang bersifat umum sehingga kemungkinan tidak cocok untuk setiap orang.
- c. *Leaflet* tidak tahan lama dan mudah hilang.
- d. Uji coba kepada sasaran sangat dianjurkan.
- e. Dapat diabaikan jika tidak didukung dengan keaktifan dari pendidik untuk melibatkan responden dalam membaca dan menggunakan materi dari *leaflet*.

## **2.5 Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember**

Berdasarkan letak geografisnya, Kecamatan Patrang mempunyai luas wilayah 35,28 Km<sup>2</sup>. Kecamatan Patrang terdiri dari delapan kelurahan yaitu Gebang, Jember Lor, Patrang, Baratan, Bintoro, Slawu, Jumerto, dan Banjarsengon. Berdasarkan data dari Data Agregat Kependudukan per Kecamatan

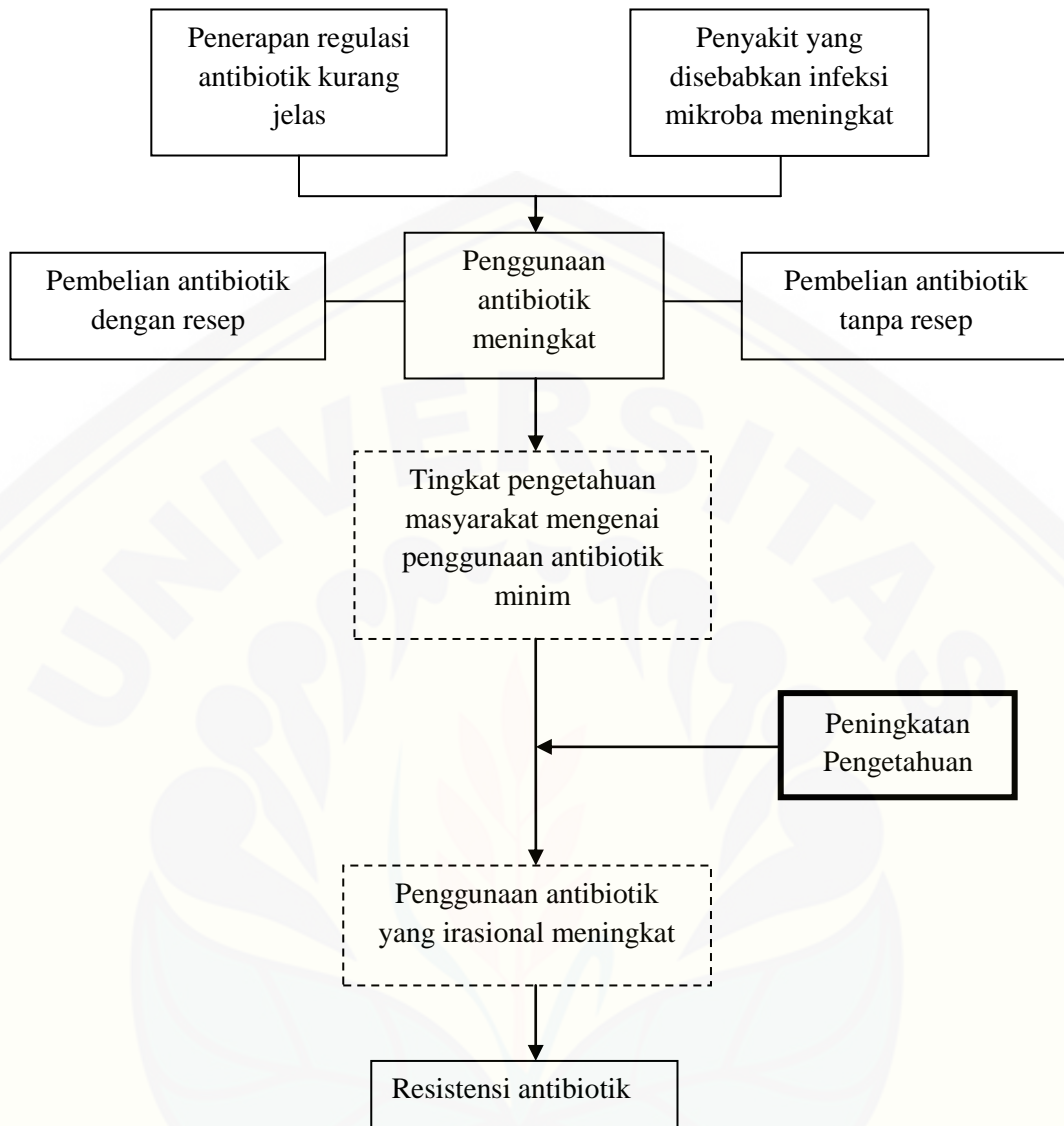
Komisi Pemilihan Umum, jumlah penduduk Kecamatan Patrang pada tahun 2012 sebanyak 94.457 jiwa terdiri dari 47.801 jiwa laki-laki dan 46.656 jiwa perempuan. Adapun jumlah RT (Rukun Tetangga) diketahui sebanyak 414 RT dan RW (Rukun Warga) diketahui sebanyak 123 RW (KPU, 2012).

Fasilitas kesehatan yang terdapat di kecamatan Patrang antara lain, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Daerah Soebandi, Rumah Sakit Jember Klinik, Rumah Sakit Baladhika Husada, Rumah Sakit Citra Husada, PUSKESMAS Patrang dengan jumlah SDM sebanyak lima puluh orang. Kecamatan Patrang juga memiliki Pustu berjumlah lima, Polindes berjumlah tiga, Posyandu berjumlah seratus delapan, dan Pusling berjumlah satu (Dinkes, 2015).

Fasilitas pendidikan yang terdapat di kecamatan Patrang terdiri dari SD Negeri maupun Swasta, SLB (Sekolah Luar Biasa), SMP Negeri maupun Swasta, SMA Negeri maupun Swasta, dan SMK. Total fasilitas pendidikan yang ada di kecamatan Patrang sebanyak 66 unit yang tersebar diseluruh kelurahan di kecamatan Patrang (Kemdikbud, 2015).

## **2.6 Kerangka Konsep**

Penelitian ini menganalisis pengaruh antara variable bebas yang dalam penelitian ini adalah pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet* tentang penggunaan antibiotik yang rasional, terhadap variabel terikat yaitu tingkat pengetahuan masyarakat khususnya di Kecamatan Patrang tentang penggunaan antibiotik yang rasional.



Keterangan:

----- Variabel dalam penelitian

———— Materi konseling (Intervensi)

Gambar 2 1 Kerangka Konsep

## **BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental dengan desain studi *one group pre-test/post-test*. Penelitian dilakukan dengan mengukur perbedaan pengetahuan sebelum dengan sesudah pemberian intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap satu kelompok responden. Pengukuran perbedaan pengetahuan dilakukan dengan menggunakan instrumen penelitian yaitu kuesioner yang sudah divalidasi.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di delapan kelurahan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, yaitu Gebang, Jember Lor, Patrang, Baratan, Bintoro, Slawu, Jumerto, dan Banjarsengon.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan dari bulan Maret 2014 hingga tanggal 7 Desember 2014 terhitung dari penyusunan proposal sampai publikasi penelitian.

### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat berumur 18 tahun keatas di delapan kelurahan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember yang masuk kedalam kriteria inklusi. Penentuan lokasi pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non-random sampling* dan untuk pengambilan subjek penelitian untuk

sampel dilakukan secara *stratified random sampling*, yaitu *random sampling* yang anggota populasinya terbagi menjadi beberapa strata lalu dalam strata tersebut dipilih secara acak sampelnya sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian ini akan mewakili gambaran populasi. Strata yang dibuat pada penelitian ini adalah berdasarkan letak geografis, yaitu seluruh kelurahan yang ada di Kecamatan Patrang.

Sebelum dilakukan sampling, peneliti memberikan beberapa batasan atau kriteria inklusi dan eksklusi bagi subyek penelitian. Adapun kriterianya sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1. Berusia dewasa 18-50 tahun keatas.
2. Pernah menggunakan obat antibiotik dengan resep atau tanpa resep dalam satu sampai tiga bulan sebelum *pretest*.
3. Dapat membaca dan menulis.
4. Berdomisili di kecamatan Patrang kabupaten Jember.
5. Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

1. Merupakan masyarakat yang berlatarbelakang pendidikan kesehatan.
2. Tidak dapat dihubungi kembali setelah dua minggu pemberian konseling.

### 3.4 Besar Sampel

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kategorik. Dalam penentuan besar sampel, digunakan rumus sebagai berikut (Dahlan, 2010) :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{P \times Q \times Z_{\alpha}^2}{d^2} \\
 &= \frac{0,05 \times 0,95 \times 1,96^2}{0,1^2} \\
 &= 96
 \end{aligned}$$

P = Proporsi kategori variable yang diteliti 0,05

Q = 1 - P = 0,95

$Z_{\alpha}$  = Deviat baku alfa 5% dengan nilai 1,96

D = Presisi yang diinginkan 10%

Berdasarkan rumus diatas, jumlah responden minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 96 responden.

Rumus yang digunakan untuk menghitung proporsi responden pada *stratified random sampling* adalah :

$$\text{Sampel} = \frac{\text{Populasi 1}}{\text{Total Populasi}} \times \text{Total Sampel}$$

Jumlah sampel tiap strata :

Gebang :  $\frac{25141}{94471} \times 100 = 26,6 \approx 27$  Responden

Jember Lor :  $\frac{19017}{94471} \times 100 = 20,1 \approx 20$  Responden

Patrang :  $\frac{17411}{94471} \times 100 = 18,4 \approx 18$  Responden

Baratan :  $\frac{9940}{94471} \times 100 = 10,5 \approx 10$  Responden

Bintoro :  $\frac{10166}{94471} \times 100 = 10,7 \approx 11$  Responden

Slawu :  $\frac{6174}{94471} \times 100 = 6,5 \approx 7$  Responden

Jumerto :  $\frac{2762}{94471} \times 100 = 2,9 \approx 3$  Responden

Banjarsengon :  $\frac{3860}{94471} \times 100 = 4$  Responden

Total responden : 100 Responden



### 3.5 Parameter Penelitian

Parameter-parameter yang terdapat dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Konseling dengan bantuan media *leaflet* tentang pengetahuan penggunaan antibiotik.
- b. Tingkat pengetahuan masyarakat dalam penggunaan antibiotik
- c. Kerasionalan perilaku masyarakat dalam penggunaan antibiotik.

### 3.6 Definisi Operasional, Skala, dan Skor

#### 3.6.1 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Pengetahuan penggunaan antibiotik merupakan berbagai informasi yang perlu diketahui oleh responden mengenai penggunaan antibiotik dan antibiotik itu sendiri.
- b. Rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik dilihat berdasarkan indikator penggunaan antibiotik yang rasional yaitu tepat indikasi (dilihat berdasarkan diagnosis klinik atau bakteriologik), tepat obat (dilihat dengan memperhatikan efektivitas antibiotik terhadap penyakit), tepat dosis (dilihat berdasarkan diagnosis penyakit, beratnya infeksi, efek, dan kerja antibiotik), tepat penderita (dilihat dengan memperhatikan kondisi pasien dengan derajat infeksi, tempat infeksi, faktor sosial ekonomi, dan kontra indikasi pasien), dan waspada efek samping (Pemberian obat antibiotik dapat menimbulkan efek yang tidak diinginkan seperti mual, muntah, dll).
- c. Skor *pre-test* merupakan skor kuesioner yang didapat saat pertama kali bertemu responden atau sebelum pemberian intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet*.
- d. Skor *post-test* merupakan skor kuesioner yang didapat pada pertemuan kedua dengan responden atau dua minggu setelah pemberian intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet*.

### 3.6.2 Skala

Skala yang digunakan pada kedua variabel tergantung di penelitian ini adalah skala ordinal. Skala ordinal digunakan untuk mengurutkan objek dari yang paling tinggi ke rendah, atau sebaliknya.

### 3.6.3 Skor

Tingkat pengetahuan masyarakat dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari empat belas pertanyaan dengan dua pilihan jawaban. Tujuh pertanyaan mengenai pengetahuan penggunaan antibiotik yaitu nomor 1, 2, 3, 10, 11, 12, dan 13, dan tujuh pertanyaan mengenai rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik yaitu nomor 4, 5, 6, 7, 8, 9, dan 14. Penilaian untuk soal pilihan ganda:

- a. Jawab benar bernilai 1
- b. Jawab salah bernilai 0
- c. Skor total seluruh pertanyaan kuesioner:  
Maksimal :  $14 \times 1 = 14$   
Minimal :  $14 \times 0 = 0$
- d. Ketentuan skor total pertanyaan kuesioner tentang pengetahuan penggunaan antibiotik:  
0 – 3, dianggap pengetahuan rendah  
4 – 7, dianggap pengetahuan tinggi
- e. Ketentuan skor total pertanyaan kuesioner tentang rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik:  
0 - 3, dianggap perilaku tidak rasional  
4 - 7, dianggap perilaku rasional

### 3.6.4 Metode Penilaian Kuesioner

#### 3.6.4.1 Kuesioner Tentang Pengetahuan Penggunaan Antibiotik

Penilaian untuk masing-masing pertanyaan tentang pengetahuan antibiotik adalah sebagai berikut:

a. Pertanyaan nomor 1

Pertanyaan nomor 1 bertujuan mengidentifikasi pengetahuan responden berdasarkan definisi antibiotik yang diberikan saat konseling. Antibiotik adalah golongan obat yang berfungsi untuk menyerang bakteri penyebab penyakit infeksi. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

b. Pertanyaan nomor 2

Pertanyaan nomor 2 bertujuan mengidentifikasi pengetahuan responden berdasarkan target kerja antibiotik yaitu bakteri. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

c. Pertanyaan nomor 3

Pertanyaan nomor 3 bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan responden akan target kerja antibiotik terkait dengan pertanyaan nomor 2. Antibiotik tidak boleh digunakan sembarangan untuk mengatasi penyakit sehari-hari yang disebabkan virus seperti batuk, pilek, dan diare akut non infeksi. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

d. Pertanyaan nomor 10

Pertanyaan nomor 10 bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan responden mengenai pengertian resistensi antibiotik. Resistensi antibiotik adalah melemahnya aktivitas antibiotik untuk menyerang bakteri yang sudah resisten. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

e. Pertanyaan nomor 11

Pertanyaan nomor 11 bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan responden mengenai dampak yang akan terjadi akibat resistensi antibiotik. Salah satu dampaknya adalah pengobatan dengan antibiotik menjadi lebih lama karena bakteri makin sulit untuk dibunuh sehingga diperlukan obat antibiotik lain yang lebih tinggi dosisnya. Penilaian dilakukan berdasarkan

jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

f. Pertanyaan nomor 12

Pertanyaan nomor 12 bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan responden mengenai cara mencegah terjadinya resistensi antibiotik. Cara yang dapat dilakukan untuk mencegah resistensi antibiotik adalah dengan selalu menggunakan resep untuk mendapatkan antibiotik, tidak menggunakan antibiotik untuk penyakit yang tidak disebabkan infeksi bakteri, dan mematuhi instruksi peresepan dari dokter. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

g. Pertanyaan nomor 13

Pertanyaan nomor 13 bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan responden akan efek samping antibiotik. Semua obat tidak terkecuali antibiotik pasti memiliki efek samping yang dapat ditolerir maupun tidak bisa ditolerir oleh tubuh. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

#### **3.6.4.2 Kuesioner Tentang Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik**

Penilaian untuk masing-masing pertanyaan tentang rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik adalah sebagai berikut:

a. Pertanyaan nomor 4

Pertanyaan nomor 4 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan responden mendapatkan antibiotik. Antibiotik sudah seharusnya didapat hanya dengan resep dokter berdasarkan diagnosa dan indikasi pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

b. Pertanyaan nomor 5

Pertanyaan nomor 5 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan indikasi dan obat yang diberikan dokter pada responden. Bila suatu penyakit lama kambuh

kembali, sebaiknya tidak menggunakan resep antibiotik yang lama karena terdapat kemungkinan indikasi pasien berbeda dan membutuhkan obat antibiotik yang lain. Tindakan ini juga bisa dikatakan pengobatan sendiri yang dapat berbahaya efeknya. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

c. Pertanyaan nomor 6

Pertanyaan nomor 6 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan atau kecocokan kondisi pasien dengan obat yang diberikan. Tiap pasien memiliki kondisi fisiologi yang berbeda sehingga kita tidak bisa menyamakan obat antibiotik apa yang harus digunakan meskipun indikasi atau penyakitnya sama dengan orang lain. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

d. Pertanyaan nomor 7

Pertanyaan nomor 7 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan lama pemberian. Meskipun obat antibiotik belum habis sedangkan penyakit atau gejala sudah berkurang, obat antibiotik harus diminum sampai habis. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 0 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 1.

e. Pertanyaan nomor 8

Pertanyaan nomor 8 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan dosis dan lama pemberian antibiotik. Dosis dan lama pemberian yang diresepkan oleh dokter harus dipatuhi karena bila tidak dipenuhi akan memicu timbulnya resistensi antibiotik. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

f. Pertanyaan nomor 9

Pertanyaan nomor 9 bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan informasi yang diberikan oleh dokter seperti instruksi dosis dan lama pemakaian.

Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

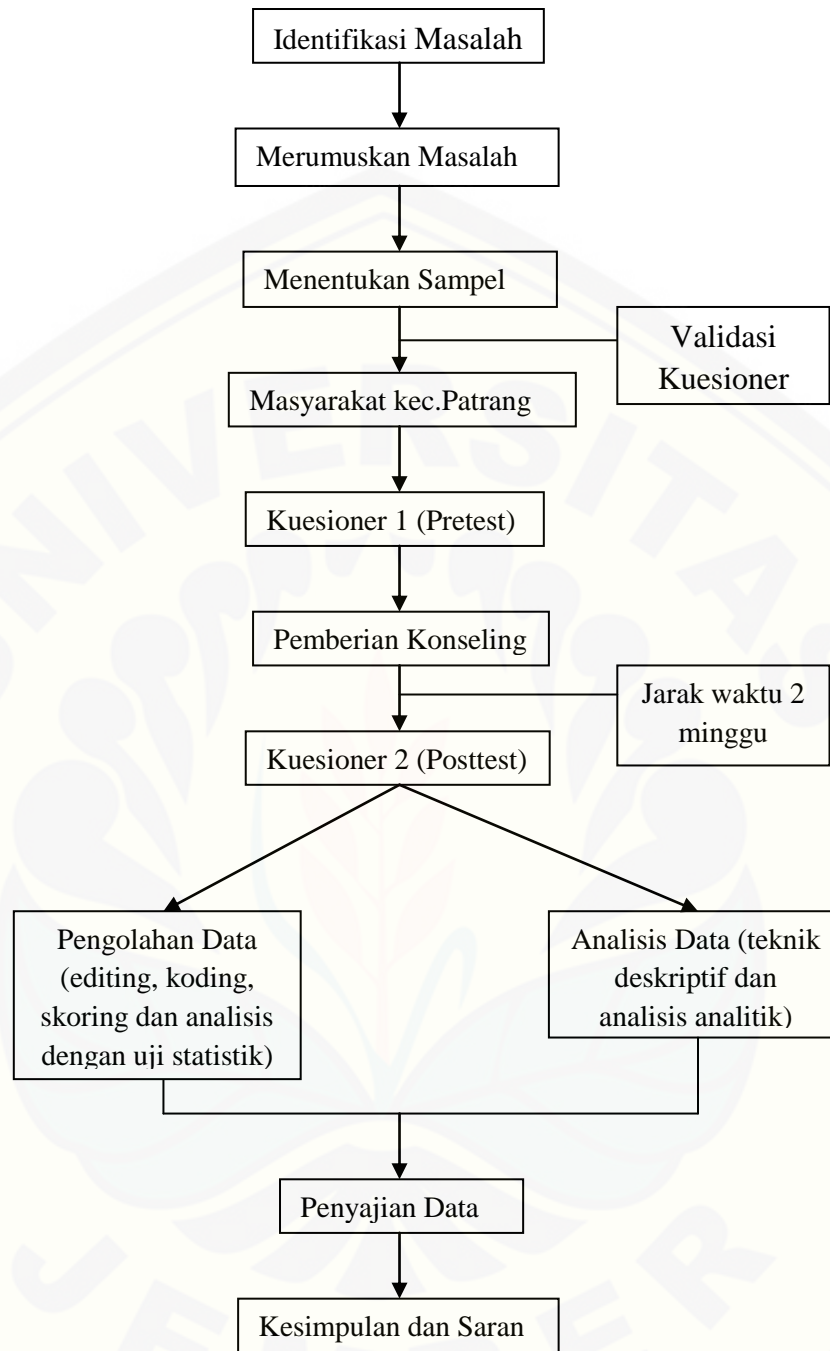
g. Pertanyaan nomor 14

Pertanyaan nomor 14 bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kewaspadaan responden terhadap efek samping obat antibiotik. Jika dalam proses pengobatan antibiotik responden mengalami efek samping yang tidak diinginkan, tindakan yang seharusnya dilakukan responden adalah segera menghentikan penggunaan antibiotik dan konsultasikan pada dokter. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban responden. Bila menjawab setuju maka diberi nilai 1 dan bila menjawab tidak setuju maka diberi nilai 0.

### 3.7 Alur Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, penulis mengurus perizinan penelitian dengan pihak-pihak yang terkait. Selama mengurus izin penelitian, penulis juga melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang akan digunakan. Dalam uji validitas dan reliabilitas dipilih tiga puluh responden secara acak yang tidak termasuk kedalam kriteria inklusi.

Setelah izin dan instrumen penelitian yaitu kuesioner sudah divalidasi dan reliabel, dilanjutkan dengan pengambilan data *pre-test* terlebih dahulu lalu diberikan konseling mengenai penggunaan antibiotik dengan alat bantu media *leaflet*. Dua minggu setelahnya akan dilakukan *post-test*. Data yang terkumpul kemudian diolah dan dianalisis secara statistik menggunakan SPSS. Skema alur penelitian dapat dilihat dibawah ini.



Gambar 3. 1 Skema Alur Penelitian

### 3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

#### 3.8.1 Uji Validitas Instrumen

Uji validitas bertujuan untuk menguji sejauh mana validitas data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner. Uji validitas menggunakan tiga puluh orang sebagai responden di luar kriteria inklusi dan menggunakan rumus korelasi *Pearson Product Moment* dengan bantuan program *Statistic Product and Service Solution* (SPSS) untuk pengujiannya. Untuk uji validitas, signifikansi koefisien korelasi dengan kriteria menggunakan  $r$  kritis pada taraf signifikansi 0,05 (signifikansi 5% atau 0,05 adalah ukuran standar yang sering digunakan dalam penelitian). Bila nilai  $r$  kritis lebih kecil dari 0,3610 maka kuesioner dikatakan valid.

#### 3.8.2 Uji Reliabilitas Instrumen

Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui apakah instrumen/ kuesioner yang digunakan cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Uji reliabilitas kuesioner dilakukan pada tiga puluh orang diluar kriteria inklusi dan menggunakan metode uji *Cronbach Alpha* dengan program SPSS. Setelah memperoleh nilai alpha, selanjutnya membandingkan nilai tersebut dengan angka kritis pada tabel alpha, yaitu tabel yang menunjukkan hubungan antara jumlah butir pertanyaan dengan reliabilitas instrumen berikut ini.

Tabel 3.1 Hubungan Jumlah Butir Pertanyaan dengan Reliabilitas Instrumen

No.	Jumlah Butir Pertanyaan	Reliabilitas
1.	5	0,20
2.	10	0,33
3.	20	0,50
4.	40	0,67
5.	80	0,80
6.	160	0,89
7.	320	0,94
8.	640	0,97

Dalam penelitian ini pertanyaan dalam kuesioner berjumlah empat belas. Tujuh pertanyaan untuk variabel pengetahuan dan tujuh pertanyaan untuk variabel



rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik, maka berdasarkan tabel tersebut angka kritis untuk mengukur reliabilitas instrumen adalah 0,50. Keputusan yang digunakan untuk uji reliabilitas ini adalah sebagai berikut :

- a. Jika nilai  $\alpha > 0,50$  maka seluruh butir pertanyaan reliabel, artinya instrumen layak dan dapat digunakan.
- b. Jika nilai  $\alpha < 0,50$  maka seluruh butir pertanyaan tidak reliabel, artinya instrumen tidak layak dan tidak dapat digunakan.

### 3.8.3 Hasil Uji Validasi dan Reliabilitas Kuesioner

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner yang dilakukan, dapat diketahui bahwa masing-masing indikator yang digunakan mempunyai nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel (0,3610) . Hal ini berarti indikator-indikator yang digunakan dalam variabel penelitian ini layak atau valid digunakan sebagai pengumpulan data. Kemudian, uji reliabilitas dapat dilihat dari hasil uji *Cronbach Alpha* ( $\alpha$ ) lebih besar dari 0,6 yaitu sebesar 0,691. Suatu konstruk dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach Alpha* lebih dari 0,6. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner yang diuji adalah valid dan reliable untuk digunakan dalam penelitian ini.

**Table 3. 2** Uji Validitas Kuesioner Pengaruh Edukasi Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat

<b>Item pertanyaan</b>	<b>r hitung</b>	<b>Sig</b>	<b>Keterangan</b>
<b>Soal 1</b>	0,435	0,016	Valid
<b>Soal 2</b>	0,543	0,002	Valid
<b>Soal 3</b>	0,528	0,003	Valid
<b>Soal 4</b>	0,465	0,010	Valid
<b>Soal 5</b>	0,515	0,004	Valid
<b>Soal 6</b>	0,390	0,033	Valid
<b>Soal 7</b>	0,606	0,000	Valid
<b>Soal 8</b>	0,406	0,026	Valid
<b>Soal 9</b>	0,455	0,011	Valid
<b>Soal 10</b>	0,431	0,018	Valid
<b>Soal 11</b>	0,475	0,008	Valid
<b>Soal 12</b>	0,431	0,017	Valid
<b>Soal 13</b>	0,459	0,011	Valid
<b>Soal 14</b>	0,511	0,004	Valid

**Table 3. 3** Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Pengaruh Edukasi Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat

<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</b>	<b>N of Items</b>
,691	,731	15

### 3.9 Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan program SPSS. Uji Wilcoxon signed rank digunakan untuk menganalisis pengaruh dari pemberian konseling terhadap tingkat pengetahuan responden tentang penggunaan antibiotik dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik. Syarat uji wilcoxon signed rank adalah data tidak terdistribusi secara normal, tidak memenuhi syarat Uji T berpasangan, dan memiliki dua kelompok data berpasangan. Interpretasi data uji wilcoxon adalah dengan memperhatikan nilai p. Bila nilai  $p < 0,05$  maka terdapat perbedaan antara sebelum dengan sesudah pemberian intervensi (Utomo, 2012).

Pengaruh faktor sosiodemografi yaitu jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir terhadap pengetahuan dan terhadap rasionalitas perilaku diuji dengan uji

korelasi koefisien kontingensi (jenis kelamin) dan uji korelasi Spearman (usia dan pendidikan terakhir). Pengaruh pengetahuan terhadap rasionalitas perilaku menggunakan uji korelasi Spearman. Interpretasi data hasil uji korelasi Spearman dan uji korelasi koefisien kontingensi adalah dengan melihat nilai signifikansi ( $r$ ) sebesar 0,05. Bila  $p$  value lebih kecil dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak atau dapat dikatakan terdapat hubungan yang bermakna.



## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden merupakan ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitasnya yang didapat melalui pengisian kuesioner sebagai instrumen pengumpulan data (Perdana, 2012). Responden pada penelitian ini berjumlah 100 orang yang tersebar dalam 8 kelurahan di kecamatan Patrang, yaitu Gebang (27 orang), Jember Lor (20 orang), Patrang (18 orang), Baratan (10 orang), Bintoro (11 orang), Slawu (7 orang), Jumerto (3 orang), dan Banjarsengon (4 orang). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diketahui karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir.

**Table 4. 1** Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

	<b>Nama Kelurahan</b>	<b>Jumlah Responden (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Jenis Kelamin</b>			
<b>Perempuan</b>		<b>66</b>	<b>66</b>
	Banjarsengon	3	
	Baratan	5	
	Bintoro	7	
	Gebang	20	
	Jember Lor	13	
	Jumerto	2	
	Patrang	11	
	Slawu	5	
<b>Laki-laki</b>		<b>34</b>	<b>34</b>
	Banjarsengon	1	
	Baratan	5	
	Bintoro	4	
	Gebang	7	
	Jember Lor	7	
	Jumerto	1	
	Patrang	7	
	Slawu	2	
<b>Jumlah</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Mayoritas responden pada penelitian ini adalah perempuan (66%). Hal ini dapat dikarenakan lebih banyak responden perempuan yang bersedia diberi konseling dan mengisi kuesioner. Hal tersebut bisa disebabkan saat berkunjung ke rumah untuk memberikan *pre-test* dan konseling, lebih banyak perempuan yang sedang berada di rumah. Oleh karena itu, kesempatan diberi konseling dan mengisi kuesioner lebih banyak dilakukan oleh responden perempuan. Pada penelitian sebelumnya mengenai profil pengetahuan masyarakat mengenai antibiotik amoksisilin di Manado, pemakaian antibiotik lebih banyak dilakukan oleh perempuan (Pandean, 2013).

Dalam penelitian ini, mayoritas masyarakat yang menggunakan obat antibiotik dalam waktu 1 – 3 bulan terakhir adalah masyarakat berusia kisaran 38-47 tahun (29%) dan 47 tahun keatas (29%). Kedua rentang umur tersebut masuk kedalam masa dewasa akhir dan lansia awal (Pandean, 2013). Masyarakat yang termasuk dalam golongan umur tersebut umumnya memiliki pengalaman yang banyak dalam hal pengobatan (Aritonang, 2012). Pengalaman dalam merasakan efek terapi yang baik dari antibiotik dapat menyebabkan kebiasaan menggunakan antibiotik tersebut lebih sering dan berulang. Hal tersebut dapat menjadi alasan mengapa banyak masyarakat berusia tua yang menjadi responden.

**Tabel 4. 2** Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

	<b>Nama Kelurahan</b>	<b>Jumlah Responden (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Usia</b>			
<b>18-27 tahun</b>		<b>17</b>	<b>17</b>
	Banjarsengon	1	
	Baratan	2	
	Bintoro	1	
	Gebang	3	
	Jember Lor	1	
	Jumerto	-	
	Patrang	7	
	Slawu	2	
<b>28-37 tahun</b>		<b>25</b>	<b>25</b>
	Banjarsengon	-	
	Baratan	2	
	Bintoro	4	
	Gebang	6	
	Jember Lor	9	
	Jumerto	-	
	Patrang	3	
	Slawu	1	
<b>38-47 tahun</b>		<b>29</b>	<b>29</b>
	Banjarsengon	2	
	Baratan	3	
	Bintoro	4	
	Gebang	8	
	Jember Lor	3	
	Jumerto	2	
	Patrang	4	
	Slawu	3	
<b>&gt; 47 tahun</b>		<b>29</b>	<b>29</b>
	Banjarsengon	1	
	Baratan	3	
	Bintoro	2	
	Gebang	10	
	Jember Lor	7	
	Jumerto	1	
	Patrang	4	
	Slawu	1	
	<b>Jumlah</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Pendidikan terakhir yang dimiliki oleh mayoritas responden adalah perguruan tinggi (33%). Semakin tinggi pendidikan yang didapat seseorang maka semakin mudah mereka menerima informasi (Mubarak dalam Situmorang, 2013). Sehingga dapat diasumsikan bahwa mayoritas responden telah mendapatkan informasi yang cukup untuk meminta antibiotik pada dokter atau

memilih sendiri antibiotik sebagai salah satu terapi pengobatan dalam mengatasi penyakitnya.

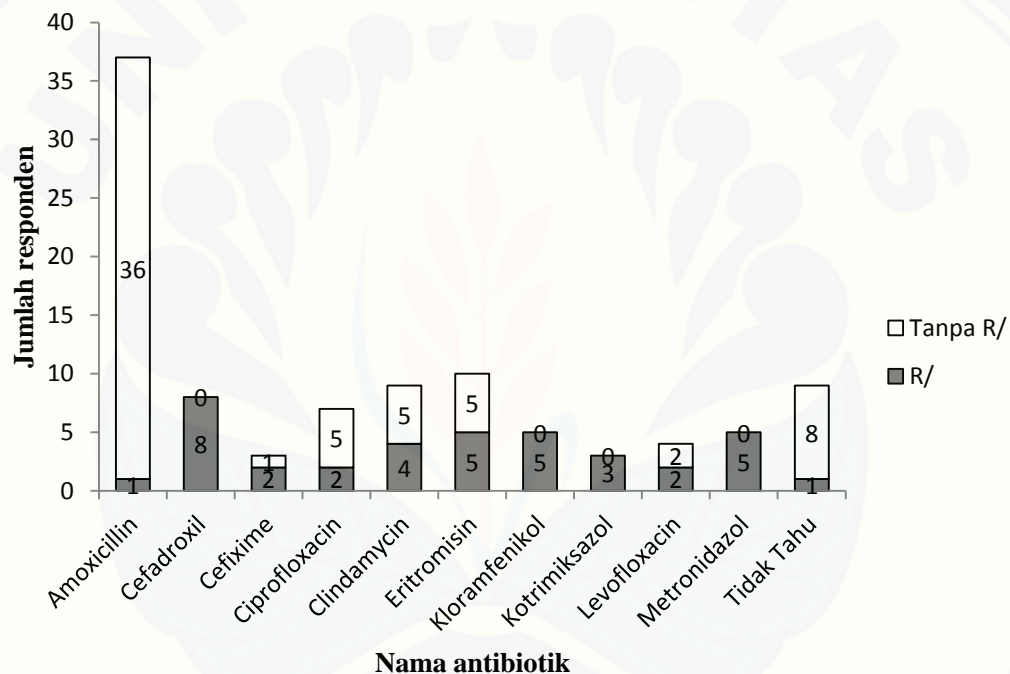
**Tabel 4. 3** Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

	<b>Nama Kelurahan</b>	<b>Jumlah Responden (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Pendidikan Terakhir</b>			
<b>Tidak SD</b>			
	Banjarsengon	1	
	Baratan	-	
	Bintoro	4	
	Gebang	2	
	Jember Lor	-	
	Jumerto	2	
	Patrang	-	
	Slawu	2	
<b>SD</b>		<b>8</b>	<b>8</b>
	Banjarsengon	1	
	Baratan	-	
	Bintoro	3	
	Gebang	-	
	Jember Lor	1	
	Jumerto	-	
	Patrang	-	
	Slawu	3	
<b>SMP</b>		<b>17</b>	<b>17</b>
	Banjarsengon	-	
	Baratan	4	
	Bintoro	4	
	Gebang	1	
	Jember Lor	5	
	Jumerto	1	
	Patrang	-	
	Slawu	2	
<b>SMA</b>		<b>31</b>	<b>31</b>
	Banjarsengon	2	
	Baratan	3	
	Bintoro	-	
	Gebang	12	
	Jember Lor	7	
	Jumerto	-	
	Patrang	7	
	Slawu	-	
<b>Perguruan Tinggi</b>		<b>33</b>	<b>33</b>
	Banjarsengon	-	
	Baratan	3	
	Bintoro	-	
	Gebang	12	
	Jember Lor	7	
	Jumerto	-	
	Patrang	11	
	Slawu	-	

<b>Jumlah</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
---------------	------------	------------

#### 4.2 Profil Penggunaan Antibiotik Oleh Responden

Profil penggunaan antibiotik oleh responden disusun berdasarkan obat antibiotik yang paling sering digunakan selama satu sampai tiga bulan terakhir sebelum *pre-test* oleh responden dan bagaimana cara mendapatkannya, apakah dengan resep atau tanpa resep.



**Gambar 4.1** Diagram Distribusi Obat Antibiotik Yang Digunakan Responden Selama 1-3 Bulan Terakhir

Dari gambar 4.1 dapat dilihat perbandingan tiap obat antibiotik berdasarkan cara mendapatkannya yaitu dengan resep atau tanpa resep. Jumlah responden yang mendapatkan antibiotik dengan resep sebanyak 38 responden dan responden yang mendapatkan antibiotik tanpa resep sebanyak 62 responden. Secara keseluruhan Amoksisilin adalah obat antibiotik yang paling sering digunakan. Sedangkan yang paling jarang digunakan adalah Cefixime dan



Kotrimoksazol. Amoksisilin adalah obat antibiotik yang paling banyak dikonsumsi tanpa resep dan Cefadroxil adalah obat antibiotik yang paling banyak dikonsumsi dengan resep.

Penggunaan antibiotik tanpa resep yang dilakukan oleh responden dapat dijadikan sebagai cerminan perilaku masyarakat yang salah. Penggunaan antibiotik tanpa resep merupakan penggunaan antibiotik yang tidak rasional. WHO menyebutkan terdapat lebih dari 50% obat-obatan di dunia diresepkan dan diberikan secara tidak tepat, tidak efektif, dan tidak efisien. Dari data yang diperoleh WHO, penggunaan obat di Indonesia masih belum rasional terutama penggunaan antibiotik (Kemenkes, 2011).

Perilaku tidak rasional seorang individu seperti tidak menggunakan resep saat membeli antibiotik dipengaruhi oleh beberapa faktor. Diantaranya adalah pengetahuan dan kepercayaan sosial (Widayati, 2012). Para responden membeli antibiotik tanpa mengetahui penyakit apa yang sebenarnya diidapnya dan tidak mengetahui apakah antibiotik tersebut adalah obat yang tepat. Dari penelitian sebelumnya diketahui bahwa penggunaan antibiotik tanpa resep dapat dikarenakan para responden menyimpan sisa antibiotik yang telah diresepkan sebelumnya di rumah sehingga saat gejala yang sama timbul, mereka menggunakan antibiotik sisa (Abasaeed, 2009). Kondisi mendesak dan kesulitan mendapatkan pertolongan dari ahli juga dapat memicu penggunaan antibiotik tanpa resep (Khan, 2011). Tidak hanya itu, penggunaan antibiotik tanpa resep juga dikarenakan masyarakat mendapatkan hasil yang baik dengan menggunakan antibiotik yang terdahulu sehingga bisa digunakan untuk penyakit yang sama atau gejala penyakit yang sama (Fernandez, 2013).

#### **4.3 Perkembangan Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden**

Perkembangan pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada responden dilihat berdasarkan perubahan kelas yang terjadi pada saat *pre-test* dan *post-test*. Perkembangan pengetahuan dan rasionalitas perilaku

penggunaan antibiotik responden dilihat dari rerata skor saat *pre-test* dan *post-test*. Hasil yang didapat adalah terjadi peningkatan rerata skor responden yang artinya responden mengalami perkembangan dan peningkatan pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik.

**Tabel 4.4** Perkembangan Pengetahuan dan Rasionialitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden

	Jumlah Responden	Rerata Skor	
		Pengetahuan	Rasionalitas Perilaku
<i>Pre-test</i>	100	3,71	3,02
<i>Post-test</i>	100	4,95	5,46

Pada saat *pre-test* responden cenderung berpengetahuan rendah mengenai antibiotik dan memiliki perilaku yang tidak rasional dalam penggunaan antibiotik. Kemudian setelah pemberian intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet*, hasil *post-test* menunjukkan perubahan yaitu responden cenderung memiliki pengetahuan yang tinggi mengenai antibiotik dan memiliki perilaku yang rasional dalam penggunaan antibiotik.

Perbedaan rerata skor saat *pre-test* yang lebih rendah dibanding pada saat *post-test* membuktikan bahwa konseling dengan bantuan media *leaflet* berpengaruh baik dalam meningkatkan pengetahuan dan kerasionalan perilaku penggunaan antibiotik responden. Hasil penelitian ini diperkuat dengan kesimpulan Wowiling (2013) bahwa perbedaan skor yang terjadi setelah pemberian intervensi berupa penyuluhan dibandingkan dengan skor sebelum intervensi merupakan bukti bahwa metode promosi kesehatan berpengaruh baik dan penting bagi perubahan sikap masyarakat dalam menggunakan antibiotika yang lebih baik lagi.

#### 4.4 Pengaruh Faktor Sosiodemografi Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik

Pengujian pengaruh faktor sosiodemografi terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada penelitian ini menggunakan beberapa uji korelasi, uji Spearman untuk melihat pengaruh usia dan pengaruh pendidikan terakhir terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik dan uji Koefisien Kontingensi untuk melihat pengaruh jenis kelamin terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik.

Tabel 4.5 dan Tabel 4.6 menunjukkan hasil uji statistik pengaruh karakteristik responden terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik. Setelah diberikan intervensi berupa konseling dengan bantuan media *leaflet*, terjadi perubahan terhadap pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik yang dapat dilihat dari nilai *p value pre-test* dengan *post-test*.

Dari hasil analisis pengaruh jenis kelamin terhadap pengetahuan penggunaan antibiotik dengan uji korelasi Koefisien Kontingensi didapat *p value post-test* sebesar 0,182 dimana nilai tersebut lebih besar dibanding nilai signifikansi. Hasil analisis jenis kelamin terhadap rasionalitas perilaku didapat *p value post-test* sebesar 0,494 dimana nilai tersebut juga lebih besar dibanding nilai signifikansi 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada masyarakat Kecamatan Patrang.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan pada tahun 2013 mengenai pengetahuan publik dan perilaku menggunakan antibiotik menunjukkan jenis kelamin tidak mempengaruhi perubahan pengetahuan (Jimmy Jose, *et al* dalam Hermawati, 2012). Meski begitu, penelitian-penelitian tersebut hanya berupa survei tanpa diberikan intervensi seperti pemberian edukasi menggunakan *leaflet* sehingga tidak dapat dijadikan acuan apakah jenis kelamin sebenarnya mempengaruhi perubahan pengetahuan (Jimmy Jose, *et al* dalam Hermawati, 2012).

Berdasarkan hasil analisis korelasi Spearman untuk melihat pengaruh usia terhadap pengetahuan, diperoleh *p value post-test* sebesar 0,480 dimana nilai tersebut lebih besar dari nilai signifikansi 0,05. Sehingga dapat diartikan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan tentang penggunaan antibiotik. Hasil analisis usia terhadap rasionalitas perilaku. *P value post-test* sebesar 0,630 lebih besar dari nilai signifikansi 0,05 dimana hal tersebut menunjukkan usia tidak berpengaruh terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik. Hasil yang didapat sesuai dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya bahwa usia tidak berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan (Pratiwi, 2013). Penelitian lain mengenai pengetahuan dan perilaku penderita hipertensi juga menyebutkan bahwa makin bertambahnya umur tidak berarti pula lebih baik perilakunya (Kaidah, 2010).

Berdasarkan hasil analisis korelasi Spearman untuk melihat pengaruh pendidikan terakhir terhadap pengetahuan didapat *p value post-test* sebesar 0,010 dimana lebih kecil dari nilai signifikansi. Hasil analisis pengaruh pendidikan terakhir terhadap rasionalitas perilaku didapat *p value post-test* sebesar 0,000 dimana lebih kecil dari nilai signifikansi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan terakhir berpengaruh dalam perubahan pengetahuan dan rasionalitas perilaku setelah pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet*.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan di Korea menyatakan bahwa responden yang lulus perguruan tinggi lebih peduli akan penggunaan antibiotik yang baik dibanding responden yang lulus sekolah menengah saja (So Sun, 2011). Penelitian lainnya menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan yang didapat seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan mempengaruhi banyaknya pengetahuan yang dimilikinya (Mubarak dalam Situmorang, 2013).

**Table 4. 5** Hasil Uji Statistik Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik

		Pre-test n = 100 (%)	Post-test n = 100 (%)	Rerata Skor		P value	
				Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
<b>Jenis Kelamin</b>							
Perempuan	Pengetahuan Rendah	30 (45,45)	11 (16,67)	3,77	4,91	0,082 <sup>a</sup>	0,182 <sup>a</sup>
	Pengetahuan Tinggi	36 (54,54)	55 (83,33)				
Laki-laki	Pengetahuan Rendah	12 (35,29)	4 (11,76)	3,58	5,06		
	Pengetahuan Tinggi	22 (64,71)	30 (88,24)				
<b>Usia</b>							
18-27 th	Pengetahuan Rendah	5 (29,41)	1 (5,88)	3,76	5,17	0,647 <sup>b</sup>	0,480 <sup>b</sup>
	Pengetahuan Tinggi	12 (70,59)	16 (94,12)				
28-37 th	Pengetahuan Rendah	13 (52)	5 (20)	3,44	5,04		
	Pengetahuan Tinggi	12 (48)	20 (80)				
38-47 th	Pengetahuan Rendah	11 (39,28)	5 (17,24)	3,69	4,86		
	Pengetahuan Tinggi	18 (60,72)	24 (82,76)				
47 th <	Pengetahuan Rendah	13 (44,82)	4 (13,79)	3,58	4,9		
	Pengetahuan Tinggi	16 (55,18)	25 (86,21)				
<b>Pendidikan Terakhir</b>							
Tidak SD	Pengetahuan Rendah	8 (72,72)	6 (54,54)	2,81	4,45	0,000 <sup>b</sup>	0,010 <sup>b</sup>
	Pengetahuan Tinggi	3 (27,28)	5 (45,46)				
SD	Pengetahuan Rendah	7 (87,5)	2 (25)	2,5	4,37		
	Pengetahuan Tinggi	1 (12,5)	6 (75)				
SMP	Pengetahuan Rendah	12 (70,58)	2 (11,76)	3,17	4,64		
	Pengetahuan Tinggi	5 (29,42)	15 (88,24)				
SMA	Pengetahuan Rendah	10 (32,25)	4 (12,90)	3,9	4,87		
	Pengetahuan Tinggi	21 (67,75)	27 (87,10)				
Perguruan Tinggi	Pengetahuan Rendah	5 (15,15)	4 (12,12)	4,24	5,42		
	Pengetahuan Tinggi	28 (84,85)	29 (87,88)				

a : Uji Korelasi Koefisien Kontingensi

b : Uji Korelasi Spearman

**Tabel 4. 6** Hasil Uji Statistik Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik

		Pre-test n = 100 (%)	Post-test n = 100 (%)	Rerata Skor		P value	
				Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
<b>Jenis Kelamin</b>							
Perempuan	Tak Rasional	43 (65,15)	1 (1,51)	3,04	5,43	0,575 <sup>a</sup>	0,494 <sup>a</sup>
	Rasional	23 (34,85)	65 (98,49)				
Laki-laki	Tak Rasional	23 (67,64)	0	3	5,52		
	Rasional	11 (32,36)	34 (100)				
<b>Usia</b>							
18-27 th	Tak Rasional	12 (70,58)	0	2,94	5,23	0,603 <sup>b</sup>	0,630 <sup>b</sup>
	Rasional	5 (29,42)	17 (100)				
28-37 th	Tak Rasional	12 (48)	0	3,4	5,72		
	Rasional	13 (52)	25(100)				
38-47 th	Tak Rasional	23 (79,31)	0	2,69	5,27		
	Rasional	6 (20,69)	29 (100)				
47 th <	Tak Rasional	20(68,96)	1 (3,44)	3,10	5,41		
	Rasional	9(31,04)	28 (96,56)				
<b>Pendidikan Terakhir</b>							
Tidak SD	Tak Rasional	8 (72,72)	1 (9,09)	2,54	5		
	Rasional	3 (27,28)	10 (90,91)				
SD	Tak Rasional	7 (87,5)	0	2,37	4,5		
	Rasional	1 (12,5)	8 (100)				
SMP	Tak Rasional	16 (94,12)	0	2,70	5,41	0,000 <sup>b</sup>	0,000 <sup>b</sup>
	Rasional	1 (5,88)	17 (100)				
SMA	Tak Rasional	20 (64,51)	0	3,12	5,54		
	Rasional	11 (35,49)	31 (100)				
Perguruan Tinggi	Tak Rasional	17 (51,51)	0	3,42	5,81		
	Rasional	16 (48,49)	33 (100)				

a : Uji Korelasi Koefisien Kontingensi

b : Uji Korelasi Spearman

#### 4.5 Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat

Uji analisis yang dilakukan untuk melihat pengaruh konseling dengan bantuan media leaflet terhadap pengetahuan antibiotik menggunakan Uji Wilcoxon karena data yang diperoleh berbentuk ordinal. Hasil yang didapat dari uji analisis pengaruh konseling terhadap pengetahuan penggunaan antibiotik dengan Uji Wilcoxon yang terdapat dalam Tabel 4.7 adalah *p value* yaitu 0,000 lebih kecil dibanding nilai signifikansi 0,05. Berarti dapat disimpulkan bahwa konseling dengan bantuan media *leaflet* mempengaruhi pengetahuan responden akan penggunaan antibiotik.

**Table 4. 7** Hasil Uji Statistik Wilcoxon Pengaruh Konseling Dengan Bantuan Media *Leaflet* Terhadap Pengetahuan dan Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Pada Masyarakat

	<i>Mean</i>		<i>p value</i>
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	
<b>Pengetahuan</b>	3,71	4,96	0,000
<b>Rasionalitas Perilaku</b>	3,03	5,47	0,000

Konseling merupakan salah satu pendekatan yang bisa digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk menolong individu dan keluarga. Konseling menjadi bagian penting pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan karena konseling membantu masyarakat agar mengetahui apa yang mereka lakukan atas usaha mereka sendiri agar tetap sehat (Pamungkasari, 2012). *Leaflet* adalah salah satu media edukasi paling sederhana namun banyak digunakan untuk mempermudah penerimaan informasi tentang kesehatan dan membantu proses edukasi bagi masyarakat. Dalam proses edukasi, penyampaian informasi dengan tulisan saja dianggap kurang efektif sehingga pada penelitian ini *leaflet* hanya digunakan sebagai media pembantu konseling (Notoatmodjo, 2003). Bila dilihat dari hasil penelitian, pemberian konseling tentang antibiotik dengan bantuan *leaflet* terbukti efektif meningkatkan pengetahuan masyarakat akan penggunaan antibiotik. Begitu pula dengan instrumen bantuan lain pada penelitian-penelitian terdahulu seperti booklet juga menunjukkan hal yang serupa yaitu mampu membantu proses edukasi kepada masyarakat (Adawiyani, 2013).

Hal diatas menunjukkan bahwa metode konseling mampu memberikan peningkatan pengetahuan masyarakat akan penggunaan antibiotik. Selain konseling juga bisa dilakukan metode edukasi lain yaitu penyuluhan yang dalam penelitian sebelumnya mampu meningkatkan pula pengetahuan tentang antibiotik pada masyarakat (Wowiling C. G., 2013).

Namun, peningkatan pengetahuan tidak bisa begitu saja disimpulkan sebagai pengaruh pemberian konseling dengan bantuan *leaflet*. Perlu dipertimbangkan hal-hal lain yang dapat berpengaruh. Menurut Supardi dan Notosiswoyo (2006), peningkatan pengetahuan dapat dikarenakan kesadaran

responden untuk menerima *post-test* akibat telah diberikan *Pre-test*. Sehingga kemungkinan responden masih ingat dengan pertanyaan yang dijawab untuk *post-test* (Hermawati, 2012). Sumber-sumber lain selain *leaflet* seperti artikel berita, informasi dari dokter, dan sebagainya yang didapat selama dua minggu setelah pemberian konseling dengan *leaflet* tidak dapat dikontrol keberadaannya. Sehingga peningkatan pengetahuan responden bisa saja dipengaruhi oleh hal-hal tersebut.

Uji analisis yang dilakukan untuk melihat pengaruh konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik juga menggunakan Uji Wilcoxon karena data yang diperoleh berbentuk ordinal. Merujuk pada Tabel 4.7, hasil analisis menunjukkan *p value* lebih kecil dari 0,05 yaitu 0,000. Berarti dapat disimpulkan bahwa konseling dengan bantuan media *leaflet* berpengaruh terhadap rasionalitas perilakunya.

Dari hasil statistik ditunjukkan bahwa rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik ada pengaruhnya dengan pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet*. Hal ini bisa terjadi karena pertanyaan tentang rasionalitas perilaku sudah sering dialami oleh para responden sehari-hari sehingga kemungkinan akan diingat akan lebih besar.

Penggunaan antibiotik yang tidak rasional akan mampu memicu munculnya mikroba super resisten yang memiliki potensi menyebabkan penderitaan dan kematian secara global. Penggunaan antibiotik yang rasional dan tepat hanya bisa tercapai bila pekerja kesehatan dan masyarakat mendapatkan informasi yang terpercaya. Akses informasi yang mudah mengenai obat-obatan mampu menjadi kampanye peresepan yang rasional dan hal ini harus menjadi perhatian kita bersama (WHO, 2010). *Leaflet* dan brosur dengan bahasa yang jelas dan mudah dimengerti dibutuhkan agar masyarakat mudah mendapatkan informasi. Masyarakat perlu dibantu untuk mengerti penyakit dan pengobatannya. Maka dari itu, dokter dan farmasis perlu melakukan konseling terhadap pasien agar nantinya penggunaan obat yang rasional dapat tercapai (WHO, 2006).



#### **4.6 Pengaruh Pengetahuan Antibiotik Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik**

Penggunaan antibiotik yang tepat oleh masyarakat membutuhkan pengetahuan yang tepat dan perilaku yang rasional dalam menggunakannya (Auta, 2013). Sering dijumpai pada masyarakat yang menggunakan obat secara tidak rasional diakibatkan pengetahuannya mengenai obat tersebut minim (Putra, 2010).

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya bahwa perilaku menggunakan obat antibiotik dipengaruhi oleh pengetahuan penggunaan obat antibiotik (Lestari, 2014). Menurut WHO, pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh pengalaman, faktor lingkungan orang tersebut seperti fisik maupun non fisik berupa sosial budaya yang mana pengalaman tersebut diketahui, dipersepsikan, dan diyakini sehingga muncul motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya menjadi perilaku (Notoatmodjo dalam Purnamaningrum, 2010).

Uji analisis yang digunakan untuk melihat pengaruh pengetahuan terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik adalah uji korelasi Spearman. Data yang digunakan adalah skor total *pre-test* dan *post-test* pengetahuan dan skor total *pre-test* dan *post-test* rasionalitas perilaku. Hasilnya menunjukkan *p value pre-test* adalah 0,269 yang lebih besar dari nilai signifikansi 0,05 dan *p value post-test* adalah 0,163 yang lebih besar juga dari nilai signifikansi 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tidak berpengaruh terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik.

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mata menghasilkan hasil yang sama yaitu pengetahuan tidak berhubungan dengan perilaku (Purnamaningrum, 2010). Hasil berbeda terdapat dalam penelitian yang dilakukan di Surabaya bahwa pengetahuan mempengaruhi rasionalitas perilaku penggunaan obat (Hantoro, 2014). Menurut Notoatmodjo, perilaku itu sendiri ditentukan atau dipengaruhi dari tiga faktor yaitu faktor predisposisi seperti pengetahuan, sikap, keyakinan, dan persepsi, lalu faktor pendukung seperti akses pada pelayanan kesehatan, keterampilan, dan adanya

referensi, dan faktor pendorong terwujud dalam bentuk dukungan keluarga, tetangga, dan tokoh masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Alasan mengapa dalam penelitian ini pengetahuan tidak berpengaruh terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik masih belum jelas. Namun, pemahaman dan pengetahuan mengenai antibiotik sangat penting dimiliki masyarakat karena keputusan akhir seseorang dalam menggunakan antibiotik adalah berdasarkan pemahamannya (Norris *et al* dalam So Sun, 2011).



## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang diperoleh maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Antibiotik yang paling banyak digunakan oleh responden adalah Amoksisilin. Amoksisilin adalah obat antibiotik yang paling banyak dikonsumsi tanpa resep dan Cefadroxil adalah obat antibiotik yang paling banyak dikonsumsi dengan resep oleh responden.
2. Konseling dengan bantuan media *leaflet* meningkatkan skor pengetahuan penggunaan antibiotik masyarakat dan meningkatkan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik masyarakat.
3. Pengetahuan tidak berpengaruh atau meningkatkan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik masyarakat saat sebelum maupun sesudah pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet*.

### 5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan kesimpulan yang diperoleh, penulis menyarankan:

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai metode edukasi lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan penggunaan antibiotik;
2. Perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor luar lain selain intervensi yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada masyarakat;
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi masyarakat membeli antibiotik tanpa resep.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abasaeed, A. J. 2009. Self-medication with Antibiotics by The Community of Abu Dhabi Emirates, United Arab Emirates. *J Infect Dev Citries* , 3(7):491-497.
- Abdulah, R. 2012. Antibiotic Abuse in Developing Countries. *Pharmaceutical Regulatory Affairs* , 1-2.
- Adawiyani, R. 2013. Pengaruh Pemberian Booklet Anemia Terhadap Pengetahuan, Kepatuhan Minum Tablet Tambah Darah dan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Unversitas Surabaya Vol. 2 No.2* , 1-20.
- Akalin, E. 2002. *The Evolution of Guidlines in An Era of Cost Containment Surgical Prophylaxis*. J Hosp Infect.
- Anonim. 2010. *Antimicrobial Resistance*. Belgia: Directorate-General Communication.
- Aritonang, Intan. 2012. *Hubungan Karakteristik Dan Tindakan Ibu Dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi Dengan Status Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Di SD Kecamatan Medan Tuntungan*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Auta, A. e. 2013. Antibiotic Use in Some Nigerian Communities: Knowledge and Attitudes of Consumers. *Trop J Pharm Res.* , 1087-1092.
- Awad A, E. I. 2005. Self-medication With Antibiotics and Antimalarials in The Community of Khartoum State, Sudan. *J Pharm Sci* , 12:326-31.
- Azwar. 2003. *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Binfar. 2011. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Terapi Antibiotik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- BPJS. 2014. *Panduan Praktis Edukasi Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Republik Indonesia.

- CDC. 2013. *Antibiotic Resistance Threats*. United States: US Department of Health and Human Services.
- CDC. 2014. *Antibiotic / Antimicrobial Resistance*.  
<http://www.cdc.gov/drugresistance/>[8 April 2014]
- Dahlan, S. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ewles, L. 1994. *Promosi Kesehatan, Petunjuk Praktis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Fernandez, B. 2013. Studi Penggunaan Antibiotik Tanpa Resep Di Kabupaten Manggarai dan Manggarai Barat NTT. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol.2 No.2* , 1-17.
- Frank, U. d. 2012. Classification of Antibiotics. In *The Daschner Guide to In-Hospital Antibiotic Therapy*. Springer.
- Gunawan, R. d. 2011. *Tingkat Kehadiran Apoteker Serta Pembelian Obat Keras Tanpa Resep di Apotek*. Denpasar: Jurusan Farmasi Fakultas MIPA Universitas Udayana.
- Hantoro, D. T. 2014. Pengaruh Pengetahuan Terhadap Perilaku Swamedikasi Obat Anti-Inflamasi Nonsteroid (AINS) Oral Pada Etnis Arab di Surabaya. *Jurnal Farmasi Komunitas Vol. 1 No. 2* , 45-48.
- Hermawati, D. 2012. *Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat Swamedikasi Pengunjung di Dua Apotek di Kecamatan Cimanggis, Depok*. Depok: Fakultas MIPA Program Studi Farmasi UI.
- IAI. 2011. *Penggunaan Antibiotik Makin Mengkhawatirkan*.  
<http://www.ikatanapotekerindonesia.net/articles/34-pharmacy-news/1671-concern-of-the-use-of-antibiotic.html> [16 April 2015]
- Kaidah, S. F. 2010. Pengetahuan dan Perilaku Penderita Hipertensi di Unit Kesehatan Pelabuhan (UKESPEL) PT. Pelindo III Banjarmasin. *Al 'Ulum Vol. 45 No.3* , 41-46.
- Katzung, B. G. 1997. *Farmakologi Dasar dan Klinik*. Jakarta: EGC.

- Kemenkes. 2011. *Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kesehatan, B. K. 2011. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta: Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Khan, S. J. 2011. Self-Medication With Antibiotics In Urban Areas of Peshwar. *Gomal Journal of Medical Sciences Vol. 9, No. 1* , 19-22.
- KPU. 2012. *Data Agregat Kependudukan Jawa Timur*.  
kpu.go.id/dmdocuments/DAK2\_JATIM.pdf [15 April 2014]
- Lestari, N. P. 2014. *Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Penggunaan Obat Antibiotik dan Perilaku Mengonsumsi Obat Antibiotik Di RW 05 PERUMNAS III Desa Bencongan Kabupaten Tangerang*.  
<http://digilib.esaunggul.ac.id/hubungan-antara-pengetahuan-tentangpenggunaan-obat-antibiotik-dan-perilakumengonsumsi-obat-antibiotik-di-rw-05-perumnas-iii-desa-bencongan-kabupaten-tangerang-2159.html> [30 Januari 2015]
- Lestari, W. d. 2011. *Studi Penggunaan Antibiotik Berdasarkan Sistem ATC/DDD dan Kriteria Gyssens di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR.M.Djamil Padang*. Padang: Fakultas Farmasi Pasca Sarjana Universitas Andalas.
- Notoadmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pamungkasari, E. d. 2012. *Teknik Konseling. Gabungan Manual Semester 7* . Surakarta, Jawa Tengah: Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Perdana, N. D. 2012. *Perbandingan Karakteristik, Pengetahuan, dan Tindakan Swamedikasi Pada Penyakit Diare Akut Antara Masyarakat Desa dan Masyarakat Kota*. Jember: Fakultas Farmasi Universitas Jember.
- Pratiwi, R. I. 2013. *Penggunaan Antibiotika Tanpa Resep di Kalangan Mahasiswa Pendidikan Dokter, Keperawatan, Gizi Kesehatan, Farmasi,*

*Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Pulungan, S. 2010. *Tingkat Pengetahuan tentang Penggunaan Antibiotika di Kalangan Mahasiswa Non Medis Universitas Sumatera Utara*. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Purnamaningrum, A. 2010. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Masyarakat Untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Mata*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Purwanti. 2004. *Gambaran Pelaksanaan Standar Pelayanan Farmasi di Apotek DKI Jakarta*. *Majalah Ilmu Kefarmasian Vol. 1* .

Putra, A. U. 2010. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Dengan Perilaku Mengonsumsi Obat-obat Pasar Tanpa Resep di Kecamatan Karanganyar Kabupaten Demak*.  
<http://digilib.unimus.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jtptunimu-s-gdl-arifusdika-5308> [30 Januari 2015]

Rizal, Y. 2011. *Hubungan Perilaku Cara Mendapatkan Pengobatan Pada Penderita Uretritis Gonore Akuta Non Komplikata Pria Terhadap Resistensi Obat*. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

Situmorang, S. d. 2013. *Gambaran Pengetahuan Masyarakat Kota Medan Mengenai Penggunaan Obat Antijamur Topikal*. *E-Journal FK USU Vol. 1 No. 1* , 4-5.

Siregar, R.F. 2011. *Laporan Praktik Kerja Profesi Farmasi Rumah Sakit Di Rumah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

So Sun, K. d. 2011. *Public Knowledge and Attitudes Regarding Antibiotic Use in South Korea*. *J Korea Acad Nurs Vol. 41 No.6* , 742-749.

Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabet.

Supardi, S. 2011. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Obat dan Obat Tradisional dalam Pengobatan Sendiri di Pedesaan*.  
<http://digilib.litbang.depkes.go.id> [15 Maret 2014]

Sweetman, S. C. 2009. *Martindale The Complete Drug Reference Thirty-sixth Edition*. London: Pharmaceutical Press.

- Takahasi, H. H. 2003. *The History Of The Development and Changes of Quinolone Antibacterial Agents*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15143768> [4 Mei 2014]
- Tjay, T. H. 2007. *Obat-Obat Penting, Kasiat, Penggunaan dan Efek-Efek Sampingnya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Utami, R. 2012. Antibiotika, Resistensi, dan Rasionalitas Terapi. *SAINTISA* , 1:124-138.
- Utomo, O. A. 2012. Pengaruh Senam Terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabeter. *Unnes Journal of Public Health* , 36-40.
- Verbrugh, H. A. 2007. *Indonesia Must Be Smarter in Handing Out Antibiotics*.  
<http://www.thejakartapost.com/news/2007/08/20/indonesia-must-be-smarter-handing-out-antibiotics.html> [8 April 2014]
- WHO. 2013. *Antimicrobial Resistance*.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/> [8 April 2014]
- WHO. 1988. *Education for health, a manual on health education in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2006. *The Role of Education in the Rational Use of Medicines*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- WHO. 2010. *WHO Urges Countries To Take Measures To Combat Antimicrobial Resistance*.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/amr\\_20100820/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/amr_20100820/en/)  
[27 Januari 2015]
- Widayati, A. d. 2012. Knowledge and beliefs about antibiotics among people in Yogyakarta City Indonesia: a cross sectional population-based survey. *Antimicrobial Resistance and Infection Control Vol 1* .
- Wowiling, C. G. 2013. Pengaruh Penyuluhan Penggunaan Antibiotik Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat di Kota Manado. *PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi UNSRAT* , Vol. 2 No. 03;24-28.



**LAMPIRAN****A. Kuesioner Pretest/Posttest yang Sudah Di Validasi****KUESIONER PRE-TEST****PENGARUH KONSELING DENGAN BANTUAN MEDIA *LEAFLET*  
TERHADAP PENGETAHUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA  
MASYARAKAT****I. DATA DEMOGRAFI**

1. Nama :
  2. Umur : a. 18 – 27 tahun      b. 28 – 37 tahun  
c. 38 – 47 tahun      d. > 47 tahun
  3. Jenis Kelamin : L / P
  4. Alamat :
  5. No.Telp/HP :
  6. Pendidikan terakhir : a. Tidak tamat SD  
b. SD  
c. SMP  
d. SMA/SMK  
(Nama Sekolah: \_\_\_\_\_)  
e. Perguruan Tinggi  
(Nama PT: \_\_\_\_\_)
  7. Pekerjaan : a. Tidak/belum bekerja  
a. karyawan  
b. guru  
c. Lainnya,                      sebutkan                      :
-

8. Alamat Pekerjaan :

Responden

( \_\_\_\_\_ )

Nama Terang

II. PERTANYAAN PENDAHULUAN

- a. Antibiotik yang digunakan 1-3 bulan terakhir :
- b. Dengan resep/ Tanpa resep :

III. KUESIONER TENTANG PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PERILAKU PENGGUNAAN ANTIBIOTIK

1. Antibiotik adalah obat yang dapat membunuh bakteri dan menyembuhkan penyakit yang disebabkan oleh bakteri.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
2. Antibiotik dapat menyembuhkan penyakit yang disebabkan oleh virus dan jamur.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
3. Antibiotik dapat menyembuhkan penyakit batuk pilek dan diare akut non infeksi.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
4. Antibiotik boleh didapatkan tanpa resep dokter atau tanpa konsultasi dengan dokter.
  - a. Setuju
  - b. Tidak Setuju

5. Jika suatu saat penyakit yang lama kambuh, maka diperbolehkan menggunakan resep yang lama untuk membeli antibiotik.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
6. Bila terserang penyakit infeksi, boleh menggunakan antibiotik yang sama dengan yang digunakan orang lain.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
7. Antibiotik boleh dihentikan penggunaannya jika gejala penyakit sudah berkurang meskipun obat yang diresepkan masih ada.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
8. Antibiotik harus digunakan sesuai dengan dosis dan lama pemakaian dalam persepan yang diberikan dokter.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
9. Dosis dan lama penggunaan antibiotik yang tidak sesuai dengan persepan dokter dapat menyebabkan resistensi bakteri.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
10. Resistensi bakteri adalah hilangnya kemampuan antibiotik untuk membunuh bakteri penyebab penyakit.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
11. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang resisten menyebabkan pengobatan dengan antibiotik menjadi lebih lama sembuh.
  - a. Setuju
  - b. Tidak setuju
12. Resistensi bakteri dapat dicegah dengan cara mengurangi atau menurunkan dosis antibiotik.

- a. Setuju
- b. Tidak setuju

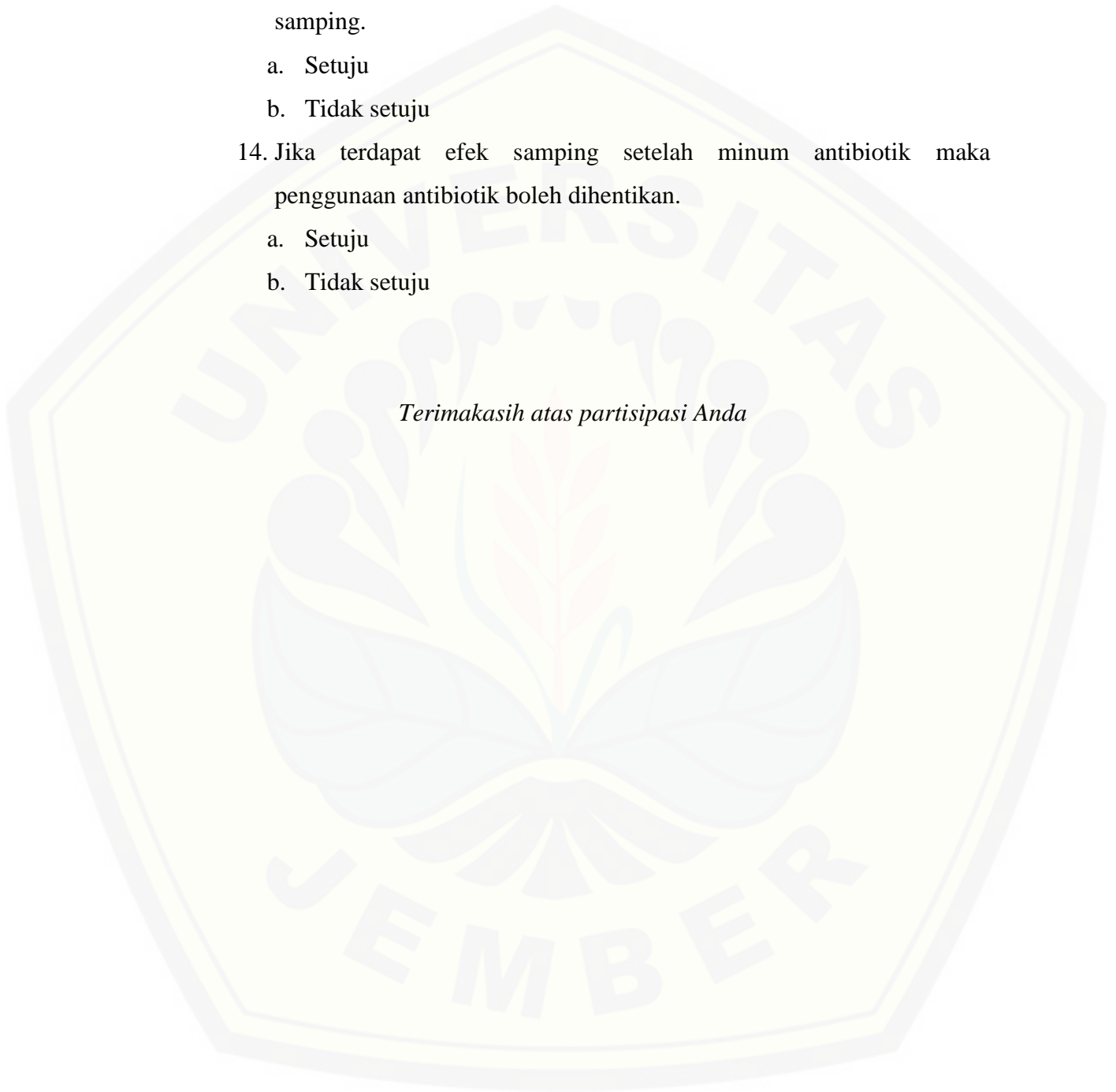
13. Antibiotik adalah obat yang aman digunakan tanpa menimbulkan efek samping.

- a. Setuju
- b. Tidak setuju

14. Jika terdapat efek samping setelah minum antibiotik maka penggunaan antibiotik boleh dihentikan.

- a. Setuju
- b. Tidak setuju

*Terimakasih atas partisipasi Anda*



## B. Hasil Uji Validasi dan Reliabilitas Kuesioner

### 1. Uji Validitas

Hipotesis :

H0 = Tidak ada hubungan antara soal 1 – soal 14 dengan variabel total

H1 = Ada hubungan antara soal 1 – soal 14 dengan variabel total.

Cara Pengambilan Keputusan :

Jika  $p > \alpha$ , H0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.

Jika  $p < \alpha$ , H1 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

Correlations

	Soal 1	Soal 2	Soal 3	Soal 4	Soal 5	Soal 6	Soal 7	Total	
Soal1	Pearson Correlation	1	-,302	-,250	,000	,641**	-,134	,404*	,435*
	Sig. (2-tailed)		,105	,183	1,000	,000	,481	,027	,016
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal2	Pearson Correlation	-,302	1	,829**	,373*	-,023	-,413*	,233	,543**
	Sig. (2-tailed)	,105		,000	,042	,905	,023	,215	,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal3	Pearson Correlation	-,250	,829**	1	,354	,075	-,468**	,235	,528**
	Sig. (2-tailed)	,183	,000		,055	,692	,009	,210	,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal4	Pearson Correlation	,000	,373*	,354	1	-,267	-,378*	,523**	,465**
	Sig. (2-tailed)	1,000	,042	,055		,155	,039	,003	,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal5	Pearson Correlation	,641**	-,023	,075	-,267	1	-,262	,081	,515**
	Sig. (2-tailed)	,000	,905	,692	,155		,162	,670	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal6	Pearson Correlation	-,134	-,413*	-,468**	-,378*	-,262	1	-,009	-,390*
	Sig. (2-tailed)	,481	,023	,009	,039	,162		,962	,033
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal7	Pearson Correlation	,404*	,233	,235	,523**	,081	-,009	1	,606**
	Sig. (2-tailed)	,027	,215	,210	,003	,670	,962		,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	,435*	,543**	,528**	,465**	,515**	-,390*	,606**	1

Sig. (2-tailed)	,016	,002	,003	,010	,004	,033	,000	
N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

#### Correlations

		Soal 8	Soal 9	Soal 10	Soal 11	Soal 12	Soal 13	Soal 14	Total
Soal8	Pearson Correlation	1	,659**	-,031	-,129	,055	,136	,085	,406*
	Sig. (2-tailed)		,000	,872	,498	,775	,473	,656	,026
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal9	Pearson Correlation	,659**	1	-,223	-,323	,126	-,067	,312	,455*
	Sig. (2-tailed)	,000		,236	,081	,508	,724	,094	,011
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal10	Pearson Correlation	-,031	-,223	1	,737**	,191	,302	-,146	,431*
	Sig. (2-tailed)	,872	,236		,000	,311	,105	,441	,018
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal11	Pearson Correlation	-,129	-,323	,737**	1	,274	,394*	,071	,475**
	Sig. (2-tailed)	,498	,081	,000		,143	,031	,710	,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal12	Pearson Correlation	,055	,126	,191	,274	1	,134	,120	,431*
	Sig. (2-tailed)	,775	,508	,311	,143		,481	,527	,017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal13	Pearson Correlation	,136	-,067	,302	,394*	,134	1	-,069	,459*
	Sig. (2-tailed)	,473	,724	,105	,031	,481		,716	,011
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal14	Pearson Correlation	,085	,312	-,146	,071	,120	-,069	1	,511**
	Sig. (2-tailed)	,656	,094	,441	,710	,527	,716		,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	,406*	,455*	,431*	,475**	,431*	,459*	,511**	1
	Sig. (2-tailed)	,026	,011	,018	,008	,017	,011	,004	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Keseluruhan butir soal memiliki nilai  $p < \alpha$ . Dengan demikian, kuesioner penelitian ini dapat dinyatakan valid.

## 2. Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

Jika nilai *Cronbach's Alpha* > 0,6, maka kuesioner dinyatakan reliabel.

Jika nilai *Cronbach's Alpha* < 0,6, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

<b>Case Processing Summary</b>			
		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

<b>Reliability Statistics</b>		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,691	,731	15

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,691, maka kuesioner pada penelitian ini dapat dinyatakan reliabel.

# ANTI BIOTIK

➤ **Apakah yang dimaksud dengan antibiotik?**  
Antibiotik merupakan obat-obatan yang berfungsi menyerang bakteri, penyebab penyakit infeksi.

➤ **Penyakit yang umumnya dapat sembuh tanpa diberikan antibiotik.**

- Batuk Pilek
- Flu
- Diare akut yang singkat dan ringan, berair tapi tidak berdarah

➤ **Bagaimana cara menggunakan antibiotik secara rasional?**  
Antibiotik harus digunakan secara baik dan rasional agar tercapai kesembuhan. Adapun cara menggunakan antibiotik yang rasional adalah:

- mendapatkan antibiotik dengan resep dokter
- menggunakan obat dengan dosis dan jangka waktu yang sesuai dengan resep
- tidak penggunaan antibiotik yang sembarangan tanpa konsultasi dokter

➤ **Apa yang terjadi jika menggunakan antibiotik sembarangan?**  
Hal yang akan terjadi adalah resistensi antibiotik. Resistensi antibiotik adalah menurunnya atau hilangnya kemampuan antibiotik untuk membunuh bakteri.

➤ **Apa akibatnya jika bakteri sudah resisten dengan antibiotik?**  
obat antibiotik yang kita konsumsi bisa berkurang khasiatnya dan tidak ampuh lagi sehingga pengobatan menjadi lebih lama. Serta perlu

penggantian antibiotik yang lain, yang masih ampuh membunuh bakteri.

➤ **Apa yang harus dilakukan jika terjadi efek samping setelah menggunakan antibiotik?**  
Efek samping dapat terjadi ketika menggunakan antibiotik, baik efek samping obat ringan sampai berat. Beberapa efek samping obat yang dapat terjadi dengan penggunaan antibiotik antara lain:

- sakit perut
- mual muntah
- pusing
- diare
- Gatal-gatal pada kulit

Jika terjadi efek samping diatas yang harus dilakukan

**SEGERA!**  
hentikan penggunaan antibiotik dan konsultasikan dengan dokter



# YANG HARUS ANDA INGAT TENTANG ANTIBIOTIK

1. Tanyakan pada dokter, obat mana dari resep yang mengandung antibiotik dan apa manfaatnya.

2. Jangan gunakan atau beli antibiotik tanpa resep dari dokter atau berdasar resep lama- lai disebut 'penobatan sendiri', yang bisa menyebabkan resistensi atau akibat yang tak diinginkan.

3. Jika terlupa minum obat, segera minum obat tersebut saat ingat. Lewati dosis sebelumnya bila sudah mendekati waktu minum selanjutnya. Dosis jangan digandakan.

4. Jangan menghentikan penobatan saat kondisi mulai membaik. Selalu habiskan antibiotik sesuai anjuran dokter. Hal ini akan mencegah resistensi dan akibat yang tidak diinginkan.

5. Penggunaan antibiotik yang sembarangan tanpa konsultasi dokter akan merugikan kita dan generasi mendatang karena kuman menjadi resisten.

6. Obat antibiotik yang masih digunakan selama penobatan penyakit sebaiknya disimpan sesuai dengan aturan yang tersedia di etiket.

7. Jangan simpan obat antibiotik untuk persediaan mengatasi sakit yang akan datang. Buang sisa obat yang menurut dokter tidak perlu diteruskan. Bila penyakit yang sama kambuh, segera hubungi dokter.



Oleh:  
Putri Larasati  
Fakultas Farmasi LINEJ

**D. Rekap Data Keseluruhan Kuesioner *Pre-test* dan *Post-test***

No. Resp	Pengetahuan		Rasionalitas Perilaku		Skor Total		29	5	6	3	6	8	12
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test							
1	1	3	3	5	4	8	31	4	5	3	6	7	11
2	2	4	3	5	5	9	32	3	3	4	6	7	9
3	1	3	3	4	4	7	33	6	7	2	3	8	10
4	1	3	2	5	3	8	34	5	6	2	5	7	11
5	4	6	3	4	7	10	35	5	6	3	6	8	12
6	4	5	3	5	7	10	36	4	5	4	5	8	10
7	4	6	4	6	8	12	37	3	6	4	5	7	11
8	3	4	4	7	7	11	38	4	6	3	6	7	12
9	4	5	2	4	6	9	39	5	6	2	4	7	10
10	3	5	3	6	6	11	40	5	5	2	5	7	10
11	5	5	3	6	8	11	41	5	6	3	5	8	11
12	5	4	2	4	7	8	42	5	6	3	6	8	12
13	3	4	4	6	7	10	43	5	6	3	5	8	11
14	4	5	4	6	8	11	44	5	6	3	6	8	12
15	3	6	2	4	5	10	45	6	7	4	6	10	13
16	4	7	1	4	5	11	46	4	4	3	6	7	10
17	2	5	2	4	4	9	47	4	4	3	6	7	10
18	3	4	2	5	5	9	48	3	4	4	6	7	10
19	3	5	2	4	5	9	49	3	4	4	6	7	10
20	3	3	3	6	6	9	50	5	5	4	6	9	11
21	3	3	4	6	7	9							
22	2	3	4	5	6	8							
23	5	5	2	4	7	9							
24	2	6	3	7	5	13							
25	3	4	3	5	6	9							
26	5	4	3	6	8	10							
27	5	7	2	4	7	11							
28	5	6	2	5	7	11							

No. Resp	Pengetahuan		Rasionalitas Perilaku		Skor Total		78	4	6	3	6	7	12
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test							
51	3	6	3	6	6	12	79	4	6	4	7	8	13
52	5	5	4	6	9	11	80	3	5	3	5	6	10
53	5	5	3	6	8	11	81	5	5	3	6	8	11
54	4	5	2	5	6	10	82	5	5	3	6	8	11
55	4	6	2	4	6	10	83	5	6	2	4	7	10
56	3	4	3	5	6	9	84	4	6	4	6	8	12
57	2	3	4	7	6	10	85	5	5	3	5	8	10
58	4	5	4	6	8	11	86	5	5	4	6	9	11
59	4	5	4	6	8	11	87	3	3	4	7	7	10
60	5	5	3	5	8	10	88	5	5	3	5	8	10
61	3	6	3	6	6	12	89	5	6	4	5	9	11
62	2	5	4	5	6	10	90	4	5	4	6	8	11
63	4	6	2	6	6	12	91	4	5	4	5	8	10
64	5	6	3	6	8	12	92	2	3	4	6	6	9
65	2	4	4	7	6	11	93	5	5	3	7	8	12
66	3	5	3	6	6	11	94	1	2	4	6	5	8
67	3	5	3	7	6	12	95	3	6	2	4	5	10
68	3	5	3	6	6	11	96	3	4	2	5	5	9
69	6	7	2	5	8	12	97	1	3	4	6	5	9
70	4	6	2	4	6	10	98	3	5	3	6	6	11
71	5	7	4	6	9	13	99	3	6	2	6	5	12
72	6	7	4	7	10	14	100	2	5	3	4	5	9
73	2	2	2	5	4	7							
74	1	3	3	6	4	9							
75	1	3	2	5	3	8							
76	4	5	2	6	6	11							
77	4	5	2	6	6	11							

Resp.	Karakteristik Responden						28	P	40	PT	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R
	P/L	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Nama AB	No R / R							
1	P	27	SMA	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	29	P	25	PT	KARYAWAN	Amoxicillin	NO R
2	L	55	SMA	LAINNYA	Tidak Tahu	NO R	30	L	34	PT	KARYAWAN	Amoxicillin	NO R
3	P	41	SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	31	L	39	PT	GURU	cefadroxil	R
4	P	40	TIDAK SD	LAINNYA	Amoxicillin	NO R	32	P	50	SMA	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R
5	P	52	SMA	KARYAWAN	cefadroxil	R	33	P	52	TIDAK SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R
6	P	56	SMA	KARYAWAN	cefadroxil	R	34	P	24	TIDAK SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R
7	L	50	PT	KARYAWAN	Tidak Tahu	NO R	35	L	27	PT	KARYAWAN	Amoxicillin	NO R
8	P	27	PT	KARYAWAN	Ciprofloxacin	NO R	36	P	31	PT	TIDAK KERJA	clindamycin	NO R
9	L	27	SMP	WIRASWASTA	clindamycin	R	37	P	36	SMA	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R
10	L	35	SMP	WIRASWASTA	Ciprofloxacin	NO R	38	P	45	PT	KARYAWAN	clindamycin	R
11	L	32	SMA	KARYAWAN	eritromisin	NO R	39	L	47	SMA	WIRASWASTA	Kloramfenikol	R
12	P	46	SMP	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R	40	L	56	SMA	WIRASWASTA	cefixime	R
13	P	40	SMP	WIRASWASTA	clindamycin	R	41	L	62	PT	WIRASWASTA	cefixime	NO R
14	L	47	PT	WIRASWASTA	clindamycin	NO R	42	L	56	SMA	KARYAWAN	Metronidazol	R
15	L	35	TIDAK SD	LAINNYA	Amoxicillin	NO R	43	P	48	SMA	TIDAK KERJA	cefadroxil	R
16	L	39	TIDAK SD	LAINNYA	Amoxicillin	NO R	44	P	31	PT	TIDAK KERJA	Ciprofloxacin	R
17	L	58	SD	LAINNYA	Tidak Tahu	NO R	45	P	36	PT	KARYAWAN	clindamycin	R
18	P	45	SD	WIRASWASTA	Ciprofloxacin	NO R	46	P	35	PT	KARYAWAN	cefixime	R
19	P	25	SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	47	P	43	SMA	TIDAK KERJA	Kloramfenikol	R
20	P	34	SMP	KARYAWAN	Amoxicillin	NO R	48	P	46	SMA	TIDAK KERJA	Metronidazol	R
21	P	38	TIDAK SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	49	P	55	SMA	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R
22	P	37	TIDAK SD	TIDAK KERJA	Kloramfenikol	R	50	P	49	PT	KARYAWAN	clindamycin	NO R
23	L	39	SMP	KARYAWAN	cefadroxil	R							
24	P	29	SMP	TIDAK KERJA	eritromisin	R							
25	P	53	SMP	TIDAK KERJA	Metronidazol	R							
26	P	46	SMA	KARYAWAN	Amoxicillin	NO R							
27	P	43	SMA	KARYAWAN	Ciprofloxacin	NO R							

Resp	Karakteristik Responden						77	P	36	SMA	KARYAWAN	Levofloxacin	NO R
	P/L	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Nama AB	No R / R							
51	P	57	SMP	TIDAK KERJA	Tidak Tahu	NO R	78	P	43	SMA	TIDAK KERJA	Levofloxacin	NO R
52	P	60	SMA	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	79	L	55	SMA	WIRASWASTA	kotrimoksazol	R
53	L	53	PT	KARYAWAN	Tidak Tahu	NO R	80	P	55	PT	KARYAWAN	Amoxicillin	R
54	P	53	SMA	TIDAK KERJA	Tidak Tahu	NO R	81	P	45	PT	KARYAWAN	eritromisin	R
55	P	49	SMP	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R	82	P	20	PT	LAINNYA	eritromisin	NO R
56	P	54	SMA	TIDAK KERJA	Kloramfenikol	R	83	P	22	PT	LAINNYA	eritromisin	NO R
57	L	34	SMA	LAINNYA	cefadroxil	R	84	P	21	PT	LAINNYA	eritromisin	NO R
58	L	33	PT	KARYAWAN	kotrimoksazol	R	85	P	26	SMA	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R
59	P	28	SMA	KARYAWAN	Metronidazol	R	86	P	45	SMA	TIDAK KERJA	amoxicillin	NO R
60	P	27	SMA	KARYAWAN	Ciprofloxacin	NO R	87	L	57	PT	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R
61	P	29	PT	KARYAWAN	clindamycin	NO R	88	L	58	PT	KARYAWAN	Ciprofloxacin	R
62	P	30	PT	GURU	kotrimoksazol	R	89	L	23	PT	LAINNYA	Levofloxacin	R
63	L	45	SMP	LAINNYA	clindamycin	NO R	90	L	20	PT	LAINNYA	Amoxicillin	NO R
64	L	57	PT	WIRASWASTA	Tidak Tahu	R	91	P	19	PT	LAINNYA	eritromisin	NO R
65	L	55	SMA	WIRASWASTA	Levofloxacin	R	92	L	33	SMA	LAINNYA	Tidak Tahu	NO R
66	L	54	SMP	LAINNYA	Amoxicillin	NO R	93	P	34	PT	TIDAK KERJA	Kloramfenikol	R
67	P	36	SMP	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	94	P	50	SD	LAINNYA	eritromisin	R
68	P	35	SMP	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R	95	P	27	SD	LAINNYA	Amoxicillin	NO R
69	P	40	SMA	TIDAK KERJA	Metronidazol	R	96	P	25	SD	LAINNYA	Amoxicillin	NO R
70	P	38	SD	WIRASWASTA	cefadroxil	R	97	P	30	TIDAK SD	WIRASWASTA	Tidak Tahu	NO R
71	P	35	PT	KARYAWAN	eritromisin	R	98	L	38	SMP	LAINNYA	Amoxicillin	NO R
72	P	36	PT	KARYAWAN	eritromisin	R	99	P	45	TIDAK SD	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R
73	P	41	TIDAK SD	LAINNYA	amoxicillin	NO R	100	L	46	SMP	WIRASWASTA	Amoxicillin	NO R
74	P	40	TIDAK SD	TIDAK KERJA	Amoxicillin	NO R							
75	L	48	SMP	LAINNYA	Amoxicillin	NO R							
76	L	39	SMA	KARYAWAN	cefadroxil	R							

**E. Hasil Uji Wilcoxon Untuk Melihat Pengaruh Konseling dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden**

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretset_pengetahuan	100	3.71	1.289	1	6
postetst_pengetahuan	100	4.96	1.188	2	7

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postetst_pengetahuan - pretset_pengetahuan	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	22.00	44.00
	Positive Ranks	78 <sup>b</sup>	40.97	3196.00
	Ties	20 <sup>c</sup>		
	Total	100		

a. postetst\_pengetahuan < pretset\_pengetahuan

b. postetst\_pengetahuan > pretset\_pengetahuan

c. postetst\_pengetahuan = pretset\_pengetahuan

Test Statistics <sup>b</sup>	
postetst_pengetahuan - pretset_pengetahuan	
Z	-7.743 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Rumusan Hipotesis:**

H<sub>0</sub> : hasil *post-test* = hasil *pre-test*

H<sub>1</sub> : hasil *post-test* ≠ hasil *pre-test*

**Taraf Signifikansi :**

α : 5%

**Kriteria Uji Hipotesis:**

Jika *p value* < 0,05 maka H<sub>0</sub> ditolak

Jika  $p \text{ value} > 0,05$  maka  $H_0$  diterima

**Keputusan:**

Berdasarkan hasil analisis maka diperoleh  $p \text{ value}$  sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak

**Kesimpulan:**

Hasil *post-test* tidak sama dengan hasil *pre-test* atau dapat dikatakan terdapat pengaruh yang bermakna dari pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap pengetahuan penggunaan antibiotik pada masyarakat.



**F. Hasil Uji Wilcoxon Untuk Melihat Pengaruh Konseling dengan Bantuan Media Leaflet Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden**

<b>Ranks</b>				
		<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sum of Ranks</b>
<b>posttest_rasionalitas - pretest_rasionalitas</b>	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	100 <sup>b</sup>	50.50	5050.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	100		

a. posttest\_rasionalitas < pretest\_rasionalitas  
b. posttest\_rasionalitas > pretest\_rasionalitas  
c. posttest\_rasionalitas = pretest\_rasionalitas

<b>Test Statistics<sup>b</sup></b>	
<b>posttest_rasionalitas - pretest_rasionalitas</b>	
<b>Z</b>	-8.841 <sup>a</sup>
<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	.000

a. Based on negative ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Rumusan Hipotesis:

H0 : hasil *post-test* = hasil *pre-test*

H1 : hasil *post-test* ≠ hasil *pre-test*

Taraf Signifikansi :

$\alpha$  : 5%

**Kriteria Uji Hipotesis:**

Jika *p value* < 0,05 maka H0 ditolak

Jika *p value* > 0,05 maka H0 diterima

**Keputusan:**

Berdasarkan hasil analisis maka diperoleh *p value* sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak

**Kesimpulan:**

Hasil *post-test* tidak sama dengan hasil *pre-test* atau dapat dikatakan terdapat pengaruh yang bermakna dari pemberian konseling dengan bantuan media *leaflet* terhadap rasionalitas perilaku penggunaan antibiotik pada masyarakat.



### G. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden

#### PRE-TEST

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.299	.082
N of Valid Cases		100	

#### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

#### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

#### Daerah Kritik

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

#### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,082) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho gagal ditolak

#### Kesimpulan

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.



**POST-TEST**

<b>Symmetric Measures</b>		
	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.265	.182
N of Valid Cases	100	

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa Jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritik**

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,182) >  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho gagal ditolak

**Kesimpulan**

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

## H. Hasil Uji Korelasi Koefisien Kontingensi Untuk Menyatakan Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden

### PRE-TEST

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.140	.575
N of Valid Cases		100	

#### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

#### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

#### Daerah Kritik

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

#### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,575) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho gagal ditolak

#### Kesimpulan

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* Rasionalitas Perilaku.

## POST-TEST

Symmetric Measures		
	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.181	.496
N of Valid Cases	100	

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritik**

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,494) >  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho gagal ditolak

**Kesimpulan**

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* Rasionalitas.

## I. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menyatakan Pengaruh Usia Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden

### PRE-TEST

Correlations				
			pre_peng	kategori_usia
Spearman's rho	pre_peng	Correlation	1.000	-.046
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.647	
	N	100	100	
	kategori_usia	Correlation	-.046	1.000
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.647	.	
	N	100	100	

#### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

#### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

#### Daerah Kritis

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

#### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,647) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho gagal ditolak

#### Kesimpulan

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

**POST-TEST**

<b>Correlations</b>				
			post_peng	kategori_usia
Spearman's rho	post_peng	Correlation	1.000	-.072
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.480	
	N	100	100	
	kategori_usia	Correlation	-.072	1.000
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.480	.	
	N	100	100	

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha : 5\%$

**Daerah Kritik**

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,480) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho gagal ditolak

**Kesimpulan**

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

## J. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menyatakan Pengaruh Usia Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden

### PRE-TEST

		Correlations		
			pre_rasional	kategori_usia
Spearman's rho	pre_rasional	Correlation	1.000	-.053
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.603	
	N	100	100	
	kategori_usia	Correlation	-.053	1.000
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.603	.	
	N	100	100	

### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

### Daerah Kritis

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,603) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho gagal ditolak

### Kesimpulan

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

**POST-TEST**

		<b>Correlations</b>		
			post_rasional	kategori_usia
Spearman's rho	post_rasional	Correlation	1.000	-.049
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.630	
	N	100	100	
	kategori_usia	Correlation	-.049	1.000
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.630	.	
	N	100	100	

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritik**

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,630) >  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho gagal ditolak.

**Kesimpulan**

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

### K. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menyatakan Pengaruh Pendidikan Terakhir Terhadap Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Responden

#### PRE-TEST

Correlations				
			Pendidikan	pretset_pengetahuan
Spearman's rho	pendidikan	Correlation Coefficient	1.000	.487**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	100	100
	pretset_pengetahuan	Correlation Coefficient	.487**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	100	100

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

#### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.

#### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

#### Daerah Kritis

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

#### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,000) <  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho ditolak



**Kesimpulan**

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *pre-test* pengetahuan.



## POST-TEST

Correlations				
			Pendidikan	posttestst_pengetahuan
Spearman's rho	pendidikan	Correlation Coefficient	1.000	.256*
		Sig. (2-tailed)	.	.010
		N	100	100
	posttestst_pengetahuan	Correlation Coefficient	.256*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.010	.
		N	100	100

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

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritik**

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,010) < \alpha(0,05)$ , Maka Ho ditolak

**Kesimpulan**

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* pengetahuan.

## L. Pendidikan Terakhir Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik Responden

### PRE-TEST

Correlations				
			pendidikan	pretest_rasionalitas
Spearman's rho	pendidikan	Correlation	1.000	.438**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	100	100
	pretest_rasionalitas	Correlation	.438**	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	100	100

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

### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.

### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

### Daerah Kritik

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,000) <  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho ditolak

**Kesimpulan**

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *pre-test* rasionalitas perilaku.



## POST-TEST

Correlations				
			pendidikan	postest_rasionalitas
Spearman's rho	pendidikan	Correlation	1.000	.343**
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.000	
	N	100	100	
	postest_rasionalitas	Correlation	.343**	1.000
		Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	100	100	

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

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritis**

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,000) < \alpha(0,05)$ , Maka Ho ditolak

**Kesimpulan**

Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hasil *post-test* rasionalitas perilaku.

### M. Hasil Uji Korelasi Spearman Untuk Menunjukkan Pengaruh Pengetahuan Terhadap Rasionalitas Perilaku Penggunaan Antibiotik

#### PRE-TEST

		Correlations		
			pre_peng	pre_rasional
Spearman's rho	pre_peng	Correlation	1.000	-.112
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.269
		N	100	100
	pre_rasional	Correlation	-.112	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.269	.
		N	100	100

#### Rumusan Hipotesis

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *pre-test*, pengetahuan tidak mempengaruhi rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *pre-test*, pengetahuan mempengaruhi rasionalitas perilaku.

#### Taraf Signifikansi

$\alpha$  : 5%

#### Daerah Kritis

Menolak Ho jika *P-value* < ( $\alpha = 5\%$ )

#### Keputusan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh *P-value*(0,269) >  $\alpha$ ( 0,05), Maka Ho gagal ditolak

#### Kesimpulan

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *pre-test*, pengetahuan tidak mempengaruhi rasionalitas perilaku.

**POST-TEST**

<b>Correlations</b>				
			post_peng	post_rasional
Spearman's rho	post_peng	Correlation	1.000	.141
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.163
		N	100	100
	post_rasional	Correlation	-.141	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.163	.
		N	100	100

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

**Rumusan Hipotesis**

Ho :  $\chi = 0$ , Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *post-test*, pengetahuan tidak mempengaruhi rasionalitas perilaku.

Ha :  $\chi \neq 0$ , Terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *post-test*, pengetahuan mempengaruhi rasionalitas perilaku.

**Taraf Signifikansi**

$\alpha$  : 5%

**Daerah Kritis**

Menolak Ho jika  $P\text{-value} < (\alpha = 5\%)$

**Keputusan**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh  $P\text{-value}(0,163) > \alpha(0,05)$ , Maka Ho ditolak

**Kesimpulan**

Tidak terdapat hubungan antara baris dan kolom atau bisa dikatakan bahwa saat *post-test*, pengetahuan tidak mempengaruhi rasionalitas perilaku.

**N. Dokumentasi**

