

SKRIPSI

**POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI
PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA**



NAMA : MUSTOPA

NIM : 144820120059

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS SAINS TERAPAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN MUHAMMADIYAH SORONG
SORONG**

2024

SKRIPSI

**POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI
PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA**

Skripsi

**Diajukan Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Sarjana Farmasi Pada Fakultas Sains Terapan
Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong**

NAMA : MUSTOPA

NIM : 144820120059

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS SAINS TERAPAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN MUHAMMADIYAH SORONG
SORONG**

2024

HALAMAN PERSETUJUAN

**POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI
PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA**

NAMA : MUSTOPA


NIM : 144820120059

Telah Disetujui Tim Pembimbing

Pada : 22 Mei 2024

Pembimbing I

apt. Angga Bayu Budiyo, M. Farm
NIDN. 1408099601

()

Pembimbing II

Irwandi, M. Farm
NIDN. 1430049501

()

LEMBAR PENGESAHAN

**POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI
PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA**

NAMA : MUSTOPA

NIM : 144820120059

Skripsi ini telah disahkan oleh Dekan Fakultas Sains Terapan
Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong.

Pada : 22 Mei 2024

Dekan Fakultas Sains Terapan



Siti Hadjja Samual, S.P., M.Si.
NIDN. 1427029301

Tim Penguji Skripsi

1. apt. Lukman Hardia, M.Si.
NIDN. 1419069301


.....

2. Irwandi, M. Farm
NIDN. 1430049501


.....

3. apt. Angga Bayu Budiyanto, M.Farm.
NIDN. 1408099601


.....

PERNYATAAN

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

Sorong, 2024

Yang membuat pernyataan

MUSTOPA
NIM. 144820120059

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

*“Cara Untuk Menemukan Kebahagiaan Sejati Adalah Dengan
Mengambil Resiko Untuk Terluka”*

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua yang telah merawat dan memberikan kasih sayang yang sangat luar biasa;
2. Manusia terbaik dengan NIM 200920109MAF;
3. Diri ini yang tak pernah lelah berjuang dan bertahan dari semua rintangan selama ini terima kasih atas kerjasamanya;

ABSTRAK

Mustopa / 144810120059. POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA, skripsi. Fakultas Sains Terapan. Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong. April, 2024. **apt. Lukman Hardia, M.Si.** dan **apt. Angga Bayu Budiyanto, M.Farm.**

Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) adalah penyakit yang paling sering terjadi, disebabkan oleh virus atau bakteri. Papua Barat menduduki peringkat ketiga tertinggi untuk kasus ISPA di Indonesia. Tingginya tingkat penggunaan antibiotik di daerah ini menimbulkan berbagai permasalahan dan ancaman serius, terutama terkait dengan resistensi bakteri terhadap antibiotik, khususnya di Puskesmas Yembekiri. Penggunaan antibiotik yang tidak tepat dapat mempercepat munculnya resistensi bakteri. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk memahami karakteristik dan pola persepan antibiotik pada pasien ISPA di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama. Penelitian ini menggunakan desain analitik *cross-sectional* yang dilakukan di Puskesmas Yembekiri. Sampel diambil secara total sampling, dengan pendekatan retrospektif berdasarkan resep yang diberikan kepada pasien ISPA selama periode Juli hingga Desember 2023, dengan total 185 sampel. Karakteristik responden menunjukkan bahwa kelompok usia balita (35,1%) dan remaja (27,8%) lebih sering terkena ISPA dibandingkan kelompok usia lainnya. Selain itu, kejadian ISPA lebih tinggi pada laki-laki (62,9%) dibandingkan perempuan (37,1%). Jenis ISPA yang paling umum adalah Rhinosinusitis, dengan persentase 27,8%. Antibiotik yang paling sering digunakan adalah amoksisilin (19,6%), sefadroksil (12,4%), dan eritromisin (4,1%). Di antara ketiganya, amoksisilin adalah yang paling sering diresepkan, sebanyak 19,6%. Penggunaan antibiotik di Puskesmas Yembekiri telah sesuai dengan pedoman terapi ISPA yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 Tahun 2021 mengenai Pedoman Penggunaan Antibiotik.

Kata Kunci : *Antibiotik, ISPA, Pola Peresepan.*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT atas segala nikmat dan rahmat-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat melaksanakan penelitian dan menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul **POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PDA PASIEN ISPA DI PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA** Skripsi ini disusun untuk melengkapi salah satu syarat tugas akhir dalam mendapatkan gelar sarjana farmasi di Fakultas Sains Terapan Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong.

Adapun maksud dari penulisan skripsi ini dikarenakan adanya kewajiban dan rasa tanggung jawab penulis sebagai mahasiswa untuk melengkapi dan memenuhi syarat guna memperoleh gelar Sarjana Farmasi (S.Farm.) di Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati perkenankan penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Dr. H. Rustamadji, M.Si. selaku Rektor Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong.
2. Siti Hadija Samual, S.P.,M.Si. selaku Dekan Fakultas Sains Terapan Rektor Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong.
3. Ratih Arum Astuti, M.Farm. selaku kepala program studi farmasi Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong.
4. Apt. Angga Bayu Budiyanto, M. Farm selaku pembimbing pertama yang telah membimbing penulis dari awal pembuatan hingga selesainya penulisan skripsi ini.
5. Irwandi M. Farm selaku pembimbing kedua yang telah memberi saran penulis hingga selesainya penulisan skripsi ini
6. Apt. Lukman Hardia, M. Si. selaku ketua penguji yang telah memberikan arahan, nasihat dan saran kepada penulis.
7. Bapak A.M Muslihin. Yang sebagai pemberi motivasi dan inspirasi bagi penulis

8. Terimakasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi – tingginya penulis sampaikan kepada Ayahanda Abad, Ibunda Alm. Hj. Unayah dan teman seumur hidup dengan NIM 200920109MAF yang tak pernah lelah atas segala do'a, kasih sayang, dan dukungan moril serta materil yang telah diberikan kepada penulis.
9. Sahabat – sahabat penulis Syahrul H. Fabanyo, La Ode Hardiyansah, Hasim Nawawi, Fajar Maulana, Dion Fakhrol Rozi, Veny Zafi Arni, Rika Erawati, Siti Rohmania dan Rohmi Masitoh serta kawan-kawan yang tidak dapat saya sebut satu-satu terimakasih atas semangat, motivasi dan saarannya yang sangat berpengaruh bagi penulis.
10. Terima kasih kepada Kepala Puskesmas beserta staf dan jajarannya yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Yembekiri.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang berlipat ganda atas jasa – jasa besar mereka. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari kata kesempurnaan, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi ilmu pengetahuan khususnya bidang farmasi.

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| PERNYATAAN | iv |
| MOTO DAN PERSEMBAHAN | v |
| ABSTAR | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 3 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 3 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1. Antibiotik | 5 |
| 2.1.1. Pengertian Antibiotik | 5 |
| 2.1.2. Aktivitas dan Spektrum | 5 |
| 2.1.3. Cara Kerja | 5 |
| 2.1.4. Golongan Antibiotik | 9 |
| 2.2. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) | 12 |
| 2.2.1. Pengertian ISPA | 12 |
| 2.2.2. Klasifikasi ISPA | 13 |
| 2.2.3. Etiologi Infeksi Saluran Pernapasan Atas | 15 |
| 2.2.4. Patofisiologi Infeksi Saluran Pernapasan Atas | 16 |
| 2.2.5. Gejala dan diagnosis Infeksi Saluran Pernapasan Atas | 17 |
| 2.2.6. Etiologi Infeksi Saluran Pernapasan Bawah | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.7. Patofisiologi Infeksi Saluran Pernapasan Bawah | 18 |
| 2.2.8. Gejala dan Diagnosis Infeksi Saluran Pernapasan Bawah .. | 19 |
| 2.2.9. Panduan Pengobatan ISPA | 20 |
| 2.3. Rekamedik | 28 |
| 2.4. Puskesmas | 28 |
| 2.4.1 Profil Puskesmas Yembekiri | 29 |
| 2.5. Penelitian Terdahulu | 29 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 33 |
| 3.1 Jenis dan Desain Penelitian | 33 |
| 3.2 Waktu dan Tempat Penelitian | 33 |
| 3.3 Populasi sampel | 33 |
| 3.4 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi | 33 |
| 3.5 Sumber Data | 34 |
| 3.6 Alur Penelitian | 35 |
| 3.7 Analisis Data | 36 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 37 |
| 4.1 Hasil dan Pembahasan | 37 |
| 4.1.1. Analisis Univariat | 38 |
| 4.1.2. Analisis Bvariat | 44 |
| 4.1.3. Kesesuaian Terapi Antibiotik berdasarkan Standar Terapi PERMENKES | 46 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 51 |
| 5.1 Kesimpulan | 50 |
| 5.2 Saran | 50 |
| DAFTAR PUSTAKA | 53 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 3.1 <i>Alur Penelitian</i> | 35 |
| Gambar 4.1 <i>Grafik Total Rekam Medis</i> | 37 |
| Gambar 4.2 <i>Grafik Kriteria Eklusi</i> | 38 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1 <i>Gejala dan Diagnosis</i> | 17 |
| Tabel 2.2 <i>Panduan Terapi ISPA</i> | 20 |
| Tabel 2.3 <i>Penelitian Terdahulu</i> | 29 |
| Tabel 4.1 <i>Karakteristik responden di Puskesmas Yembekiri</i> | 39 |
| Tabel 4.2 <i>Pola Pemberian Antibiotik berdasarkan Diagnosis ISPA</i> | 41 |
| Tabel 4.3 <i>Sebaran Diagnosis ISPA menurut Jenis Kelamin</i> | 42 |
| Tabel 4.4 <i>Gambaran Pola Pemberian Antibiotik berdasarkan Jenis Kelamin</i> . | 43 |
| Tabel 4.5 <i>Sebaran diagnosis ISPA menurut kategori umur</i> | 43 |
| Tabel 4.6 <i>Hubungan Jenis Kelamin dengan penggunaan antibiotik</i> | 44 |
| Tabel 4.7 <i>Hubungan Kategori Umur dengan penggunaan antibiotik</i> | 45 |
| Tabel 4.8 <i>Kesesuaian Terapi antibiotik dengan standar terapi antibiotik berdasarkan PERMENKES</i> | 46 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1. Surat Pengantar Permohonan Izin Penelitian | 56 |
| Lampiran 2. Surat izin penelitian di Puskesmas Yembekiri | 57 |
| Lampiran 3. Tabulasi Data Penelitian Excel | 58 |
| Lampiran 4. Analisis Data Penelitian SPSS | 63 |
| Lampiran 5. Dokumentasi di Lokasi Penelitian | 64 |
| Lampiran 6. Surat keterangan telah melakukan penelitian | 65 |
| Lampiran 7. Surat keterangan telah melakukan penelitian | 66 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah suatu jenis infeksi yang timbul tiba-tiba dan memengaruhi salah satu bagian dari saluran pernapasan, terutama pada bagian atas. Saluran pada pernapasan bagian atas yang dapat terpengaruh melibatkan hidung, tenggorokan, dan juga kotak suara. Sesuai dengan namanya, ISPA menyebabkan peradangan pada saluran pernapasan, pada hidung hingga paru-paru. Bakteri yang sering menjadi penyebab ISPA melibatkan *Haemophilus influenza* dan *Streptococcus pneumonia*. Tidak hanya itu, beberapa faktor seperti kekurangan asupan gizi, tingkat kepadatan penduduk, rendahnya tingkat imunisasi, dan kurangnya pemberian ASI eksklusif juga berkontribusi pada terjadinya ISPA. (Kemenkes RI, 2017)

Penanganan pada penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut mencakup pemberian pengobatan yang bertujuan meredakan gejala. dan antibiotik. Antibiotik diberikan pada kasus ISPA yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Penggunaan antibiotik pada ISPA juga seringkali diberikan tanpa di dasari dengan pemeriksaan mikroba penginfeksi. Dalam konteks awal, penggunaan antibiotik yang rasional melibatkan pemilihan antibiotik yang khusus terhadap mikroorganisme penyebab infeksi dan mampu efektif menghancurkan mikroorganisme tersebut. (Fauziyah et al., 2023)

Dalam penanganan ISPA, penggunaan antibiotik menjadi pendekatan umum. Antibiotik, substansi zat kimia yang dihasilkan oleh bakteri, memiliki kekuatan untuk mematikan atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme. Efektivitas antibiotik, khususnya dalam melemahkan dan menghancurkan bakteri, menjadikannya opsi utama dalam penanganan ISPA (Kemenkes RI, 2017). Pentingnya antibiotik dalam mengatasi ISPA dapat dilihat dari kemampuannya dalam menangani berbagai jenis bakteri penyebab infeksi saluran pernapasan. Menurut (Oktianti & Hati, 2023) Penggunaan yang meluas dari antibiotik menjadi suatu kebutuhan medis, tetapi tingkat penggunaan yang tinggi juga membawa konsekuensi serius.

Tingginya tingkat penggunaan antibiotik menciptakan sejumlah permasalahan serta ancaman masal, terutama terkait dengan resisten bakteri pada antibiotik. (Setiawan et al., 2023) Fenomena ini menandakan bahwa bakteri-bakteri tersebut menjadi kurang responsif atau bahkan kebal terhadap efek antibiotik, sehingga menyulitkan proses pengobatan. Menurut (Setiawan et al., 2023) resistensi antibiotik menjadi ancaman serius karena dapat mengurangi efektivitas antibiotik yang seharusnya menjadi senjata utama dalam penanganan berbagai infeksi bakteri, termasuk ISPA. Oleh karena itu, penggunaan antibiotik sebaiknya dilakukan dengan hati-hati, sesuai dengan petunjuk medis, dan pasien diimbau untuk mengikuti seluruh rangkaian pengobatan agar resistensi bakteri dapat diminimalkan. Peningkatan kesadaran terhadap dampak resistensi antibiotik juga penting dalam upaya global untuk mempertahankan keefektifan obat-obatan ini dalam jangka panjang. Penggunaan antibiotik untuk pengobatan ISPA Non Phenumonia memiliki batas maksimum nasional yang dditetapkan oleh PMK yaitu 20 %.(Permenkes RI, 2021)

Penyakit ISPA adalah sebagian isu utama dalam kesehatan warga masyarakat, baik di negara maju, maupun berkembang. Menurut WHO, ISPA menjadi salah satu penyebab utama kesakitan di kalangan manusia. Secara luas, infeksi saluran pernafasan masih menjadi penyebab utama angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit menular. (WHO, 2020) Dalam kurun waktu satu tahun, sekitar 1,3 juta orang meninggal akibat ISPA di seluruh penjuru dunia. Sekitar setengah dari kematian di kependudukan dengan pendapatan rendah selalu disebabkan oleh ISPA. WHO memperkirakan bahwa sekitar 6% dari jumlah penyakit global disebabkan oleh penyakit ISPA. Persentase ini mencapai tingkat tertinggi jika dibandingkan dengan beban penyakit seperti kanker, HIV, penyakit jantung iskemik, diare, atau malaria. Lebih dari 12 juta kasus ISPA diobati di rumah sakit setiap tahun. (Tazinya et al., 2018).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, terdapat penurunan yang signifikan dalam kasus ISPA di Indonesia. Prevalensi ISPA pada tahun 2018 mencapai 9,3%, menunjukkan penurunan dibandingkan dengan tahun 2013 yang mencapai 25%. Prevalensi kejadian ISPA pada tahun 2018 menurut provinsi menunjukkan angka tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 15%, diikuti oleh Provinsi

Papua dengan 11%, Provinsi Papua Barat dengan 10%, dan Provinsi Maluku dengan 7%. (Risksedas, 2018).

Provinsi Papua Barat mencatat tingkat prevalensi ISPA sebesar 10%, menempatkannya dalam posisi sepuluh teratas di antara provinsi-provinsi lainnya di Indonesia. Data ini menyoroti tingkat keparahan ISPA di wilayah tersebut dan menunjukkan pentingnya perhatian khusus dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit tersebut di Provinsi Papua Barat. (Risksedas, 2018)

Menurut data 10 Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Teluk Wondama Tahun 2023 Infeksi Saluran Pernapasan Akut merupakan sebagian dari sepuluh kasus penyakit terbesar di Kabupaten Teluk Wondama yang memberikan dampak signifikan pada kesehatan masyarakat di wilayah kabupaten tersebut, tetapi juga menjadi tantangan serius bagi sistem kesehatan diberbagai Puskesmas di Wilayah Kabupaten Teluk Wondama khususnya di Puskesmas Yembekiri.

Peneliti memilih Puskesmas Yembekiri karena belum pernah dilakukan penelitian tentang pola persepan antibiotik, Sehingga menjadi latar belakang dalam melakukan penelitian terkait “Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama”.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama?
2. Apakah Penggunaan antibiotik pada pengobatan ISPA sudah sesuai dengan guideline terapi yang di sarankan oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 Tahun 2021 Tentang Pendoman Penggunaan Antibiotik?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama.
2. Untuk mengetahui kesesuaian penggunaan antibiotik pada pengobatan ISPA sesuai guideline terapi yang di sarankan oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 Tahun 2021 Tentang Pendoman Penggunaan Antibiotik.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Dapat menambah ilmu pengetahuan dan wawasan mengenai Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama dan menjadi salah satu tugas akhir bagi peneliti.
2. Sebagai salah satu upaya penerapan ilmu pengetahuan dan mengembangkan ilmu yang didapatkan selama perkuliahan dan dapat di jadikan referensi literatur terhadap penelitian terkait.
3. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dan bahan Evaluasi terhadap Penggunaan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri
4. Memberikan pengetahuan tentang penggunaan antibiotik dan meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menggunakan obat antibiotik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Antibiotik

2.1.1. Pengertian Antibiotik

Antibiotik adalah senyawa kimia yang diproduksi oleh jamur atau diproduksi dengan buatan yang mempunyai kemampuan sebagai bahan mematikan atau menghambat laju pertumbuhan bakteri dan organisme lainnya. (Nufus & Pertiwi, 2019). Menurut (Ainu Zuhriyah et al., 2018) Antibiotika adalah substansi yang dipergunakan untuk menghindari dan merawat infeksi bakteri. Secara esensial, antibiotika merujuk pada senyawa antibiotik yang dihasilkan dari berbagai jenis mikroba, termasuk bakteri, *actinomycota* dan jamur,. Senyawa ini memiliki kemampuan untuk menghambat pertumbuhan dan menyebabkan kematian mikroorganisme lainnya.

2.1.2. Aktivitas dan Spektrum

Merujuk pada karakteristik toksik selektif, terdapat antimikroba yang memiliki sifat menahan bakteri untuk tumbuh, dikenal sebagai *bakteriostatik activity* lalu yang sifatnya mematikan bakteri, yang disebut sebagai *bakterisid activity*. Berdasarkan ruang lingkup aksinya, antibiotik dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama, yakni antibiotik yang memiliki cakupan luas (*broad-spectrum*) dan antibiotik yang memiliki cakupan yang terbatas (*narrow spectrum*). (Masripah & Rosmiati, 2021)

Cakupan luas (*broad-spectrum*) ampuh melawan banyak jenis bakteri, diantaranya yaitu yang bersifat gram positif dan gram negatif, serta jamur. Sebaliknya, antibiotik dengan cakupan sempit (*narrow-spectrum*) hanya bekerja melawan kelompok bakteri tertentu. (Masripah & Rosmiati, 2021)

2.1.3. Cara Kerja

Antibiotik dapat dikelompokkan berdasarkan cara kerjanya, seperti (Masripah & Rosmiati, 2021)

- a. Menahan Sintesis Dinding Sel
- Menahan Transpeptidasi

Langkah awal aksi antibiotik yang termasuk dalam kategori ini ialah penyatuan obat pada reseptor sel. Reseptor ini merupakan protein yang berperan sebagai penyatu penisilin atau penicillin-binding proteins dan biasanya berjumlah 3-6 dalam sebagian besar mikroba. Setiap reseptor (PBP) memiliki afinitas yang beda terhadap suatu zat, dan setiap reseptor dapat memunculkan mekanisme beda-beda. Sebagai contoh, ketika penisilin terikat pada satu penicillin-binding proteins dapat mengakibatkan kelainan pada sel, sementara ketika terikat pada PBP yang lain, dapat menyebabkan kerusakan pada dinding sel perifer dan akhirnya menyebabkan lisis sel. Langkah berikutnya ialah menahan enzim-enzim transpeptidase yang disebabkan oleh struktur dari obat yang mirip dengan asil-D-alanil-D-alanin. Respon enzim ini melibatkan penghilangan satu molekul D-alanin dari rantai enzim pentapeptida. Tiap-tiap sensitivitas antara bakteri gram-negatif dan gram-positif disebabkan oleh perbedaan antara struktur dinding selnya, seperti jumlah peptidoglikan. Contoh antibiotik yang berfungsi menghambat proses transpeptidase termasuk penisilin dan sefalosporin. (Katzung et al., 2007)

- Menahan Sintesis Prekursor Peptidoglikan

Fase ini dimulai dalam membran dari sitoplasma, sehingga antibiotik dengan mekanisme ini perlu memiliki kemampuan untuk menembus pada membran agar berhasil. Beberapa obat yang menunjukkan aktivitas seperti ini termasuk basitrasin, dan ristosetin. Sebagai contoh, sikloserin, yang merupakan analog D-alanin, berfungsi menghambat aktivitas enzim rasemase. D-Alanin rasemase ialah enzim kunci dalam penggabungan D-alanin dalam rantai pentapeptida. Fosfonopeptida memiliki kemampuan untuk menahan enzim yang terlibat pada sintesis peptidoglikan. (Katzung et al., 2007)

b. Menahan Fungsi Sel Membran

Setiap sel dikelilingi membran sitoplasma pada dasarnya berfungsi sebagai penghalang keterbukaan yang selektif, melakukan transport aktif, lalu mengatur susunan dalam sel. apabila fungsi lapisan sitoplasma terganggu, molekul besar dan beberapa ion dapat melewati lapisan

membran, menyebabkan kerusakan atau bahkan kematian sel. lapisan sitoplasma pada bakteri serta fungi tertentu dapat lebih rentan terhadap kerusakan zat tertentu daripada lapisan sel hewan. Oleh karena itu, dapat terjadi aktivitas kemoterapi yang selektif. Sebagai contoh, polimiksin bekerja secara khusus pada bakteri gram-negatif (dengan cara kerja yang mirip deterjen kationik, terutama pada membran yang kaya fosfatidil etanolamin), sedangkan antibiotika polien berfungsi pada jamur. (Anggita et al., 2022)

c. Menahan Sintesis Protein

Mekanisme kerja antibiotik yang melibatkan penghambatan pembentukan protein adalah bagian karakteristik umum dari beberapa kelompok antibiotik. Golongan-golongan ini termasuk aminoglikosida, kloramfenikol, tetrasiklin, linkomisin dan makrolida. Selanjutnya adalah uraian mengenai cara kerja antimikroba dari setiap golongan menurut (Anggita et al., 2022)

- Aminoglikosida:

Mekanisme kerja aminoglikosida adalah menahan pembentukan protein dengan bersatu pada sub bagian unit kecil ribosom, terutama pada mikroba gram-negatif. Hal ini mengakibatkan kesalahan pembacaan kode genetik, pembentukan protein yang cacat, dan akhirnya kematian bakteri.

- Tetrasiklin

Mekanisme kerja tetrasiklin adalah menghambat sintesis protein dengan menghambat interaksi antara tRNA dan mRNA pada ribosom bakteri. Ini mencegah pembentukan rantai peptida.

- Makrolida

Makrolida bekerja dengan menghambat sintesis protein melalui pengikatan pada subunit kecil ribosom bakteri. Ini mencegah pergeseran ribosom saat membaca mRNA, menghentikan pertumbuhan rantai peptida.

- Kloramfenikol

Kloramfenikol menghambat sintesis protein dengan berinteraksi pada subunit besar ribosom bakteri. Ini mencegah peptidil transferase, enzim yang membantu pembentukan ikatan peptida antar asam amino.

- Linkomisin

Mekanisme kerja linkomisin juga melibatkan penghambatan sintesis protein dengan mengikat pada subunit kecil ribosom bakteri. Ini mencegah pergeseran ribosom saat pembentukan rantai peptida.

- d. Menahan pembentukan Asam Nukleat

- Rifampicin (antimycobakterial)

Rifampicin menghentikan pertumbuhan mikroba dengan cara berikatan secara kuat pada RNA polimerase yang bergantung kepada DNA bakteri. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa rifampisin menghalangi proses sintesis RNA bakteri. Ketahanan terhadap rifampisin muncul melalui perkembangan perubahan genetik kromosom yang cepat, mengakibatkan transformasi pada RNA polimerase. (Katzung et al., 2007)

- Kuinolon dan Fluorokuinolon

Penghambatan kuinolon serta fluorokuinolon terjadi melalui mekanisme penghambatan kerja DNA girase (topoisomerase II), pada dasarnya adalah enzim bertanggung jawab membuka serta menutup lilitan pada rantai DNA. Sebagian besar mikroba memanfaatkan asam p-aminobenzoat sebagai metabolik utama yang akan digunakan pada prekursor dalam pembentukan asam folat pada jalur terlibat dalam pembentukan asam nukleat. Mekanisme kerja asam p-aminobenzoat melibatkan adenosin trifosfat sebagai penghasil asam dehidropteroat, dimana selanjutnya rubah menjadi asam folat. (Katzung et al., 2007)

- Sulfonamid

Sulfonamid berpartisipasi dalam reaksinya selaku pengganti p-aminobenzoat pada mikroba yang rentan. Akibatnya, terbentuklah asam folat tidak berfungsi menghambat perkembangan bakteri lebih lanjut. Kemampuannya untuk menghambat perkembangan bakteri dapat diatasi dengan penambahan p-aminobenzoat berlebih. Tempat reseptor p-aminobenzoat berbeda-beda setiap jenis mikroorganismenya (Anggita et al., 2022)

- Trimetropim

Trimetropim bekerja dengan menghambat enzim asam dihidrofolat reduktase pada bakteri, dan keefektifannya dalam menghambat enzim ini pada bakteri mencapai lima puluh ribu kali lipat lebih luas dibandingkan pada sel mamalia dengan enzim yang sama. Asam dihidrofolat reduktase bertanggung jawab menyederhanakan asam dihidrofolat menjadi asam tetrahidrofolat, kondisi penting dalam pembentukan purin yang pada akhirnya membentuk DNA. Penting untuk dicatat bahwa kekhususan aksi trimetropim terhadap enzim bakteri ini, dengan efisiensi yang jauh lebih besar dibandingkan dengan sel mamalia, membuatnya menjadi agen antimikroba yang dapat diarahkan secara selektif pada bakteri. Kombinasi antara sulfonamida dan trimetropim dapat menghasilkan penghambatan sekuensial dalam jalur ini, menciptakan efek sinergis yang meningkatkan aktivitas antimikroba. (Ovung & Bhattacharyya, 2021)

2.1.4. Golongan Antibiotik

a. Penisilin

Penisilin digolongkan dalam obat β -laktam karena memiliki cincin laktam yang sangat unik. Mempunyai ciri-ciri, cara kerja, karakteristik imunologi dan farmakologi yang serupa seperti cefalosporin, monobaktam, karbapenem, lalu inhibitor β -laktamase, yang semuanya termasuk dalam kategori β -laktam. Penisilin sendiri bisa dibagi menjadi beberapa kelompok. (Anggita et al., 2022)

(Katzung & Trevor, 2017) mengatakan bahwa Penisilin dibagi menjadi sejumlah kategori yaitu :

- Penicillin G, aktivitas penicillin G memiliki aktivitas yang intens pada bakteri gram positif, kokus gram negatif, bakteri anaerob non-produksi beta-laktamase, serta memiliki keterbatasan aktivitas terhadap bakteri gram negatif.
- Penisilin seperti Nafcilin, yang termasuk dalam golongan ini, memiliki ketahanan terhadap enzim beta-laktamase yang diproduksi oleh stafilocokus dan streptokokus. Namun, penisilin ini tidak efektif melawan enterokokus, bakteri anaerob, serta kokus dan batang gram negatif.

- Penisilin dengan spektrum luas seperti Ampisilin, dan Penicillin anti pseudomonas, menunjukkan aktivitas yang signifikan pada bakteri gram negatif. Namun, golongan ini rentan terhadap enzim beta-laktamase.

b. Sefalosporin

Sefalosporin memiliki kemiripan seperti penisilin dalam hal sifat kimia, mekanisme, dan toksisitas. Namun, lebih stabil terhadap berbagai jenis beta-laktamase bakteri, sehingga memiliki spektrum yang lebih luas. Mekanisme kerja sefalosporin dan sefamisin mirip dengan penisilin, yaitu melalui penghambatan sintesis dinding sel bakteri. Sefalosporin tidak aktif terhadap bakteri enterokokus dan *L. monocytogenes*. Menurut (Katzung & Trevor, 2017) Kelompok sefalosporin dibagi menjadi beberapa generasi, meliputi:

- Generasi pertama sefalosporin efektif terhadap bakteri gram positif seperti *pneumokokus*, *stafilokokus*, dan *streptokokus*. Kelompok ini memiliki keefektifan terutama dalam melawan infeksi yang terjadi pada kulit dan dapat ditularkan oleh pasien operasi. Beberapa contoh sefalosporin generasi pertama meliputi Sefazolin, Sefadroxil, Sefaleksil, dan Sefalotin.
- Generasi kedua memiliki jangkauan yang lebih meluas terhadap bakteri gram negatif, seperti Sefaclor, Sefamandol, Sefoksitin, dan Sefotetan. Grup ini juga disebut sebagai kelompok yang heterogen karena menunjukkan perbedaan individu dalam hal aktivitas, farmakokinetika, dan efek toksik.
- Generasi ketiga sefalosporin memiliki aktivitas kerja yang melibatkan bakteri gram negatif dan mampu melewati blood-brain barrier. Generasi ini efektif terhadap mikroorganisme seperti *Citrobacter*, *Serratia marcescens*, dan *Providencia*. Beberapa contohnya antara lain adalah Sefoperazon, Cefotaxim, Ceftazidim, dan Ceftriaxone.
- Generasi keempat sefalosporin, seperti Cefepime, menunjukkan tingkat resistensi yang tinggi terhadap hidrolisis oleh beta-laktamase kromosom dan memiliki aktivitas yang efektif terhadap *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus aureus*, dan *S pneumonia*. Obat-obatan generasi keempat juga sangat aktif dalam mengatasi infeksi yang disebabkan oleh *Haemophilus* dan *Neisseria*.

c. Makrolida

Golongan ini mencakup beberapa jenis, diantaranya eritromisin, klaritromisin dan azitromisin. Eritromisin, sebagai prototipe obat golongan makrolida, dihasilkan melalui sintesis dari *S. erythreus*. Eritromisin efektif melawan bakteri gram positif, terutama pneumokokus, streptokokus, stafilokokus, dan *Corynebacterium*. Aktivitas antibakterial eritromisin bersifat bakterisidal dan meningkat pada lingkungan dengan pH basa. Golongan ini memiliki aktivitas spektrum sempit yang sebanding dengan benzilpenisilin dan efektif terhadap bakteri gram positif. Golongan ini sering menjadi pilihan terapi untuk pasien yang menunjukkan sensitivitas terhadap kelompok Penicillin. Golongan makrolida tidak efektif pada bakteri yang dapat menembus system saraf pusat. (Katzung & Trevor, 2017)

d. Florokuinolon

Jenis ini menunjukkan sifat antibakteri yang lebih kuat dibandingkan seperti kelompok kuinolon lama, dan mereka umumnya digunakan untuk pengobatan infeksi sistemik. Selain formulasi oral, antibiotik golongan ini juga tersedia dalam bentuk parenteral, memungkinkan penggunaan dalam pengobatan infeksi yang lebih serius. Florokuinolon memiliki aktivitas kerja terutama pada bakteri gram negatif, namun telah diperkenalkan generasi baru dari golongan florokuinolon yang juga memiliki aktivitas kerja terhadap bakteri gram positif. Contoh-obat dalam golongan ini antara lain Siprofloksasin dan Pefloksasin. (Katzung & Trevor, 2017)

e. Aminoglikosida

Golongan ini termasuk antibiotik yang memiliki sejarah panjang dan berasal dari bakteri *Streptomyces griseus*. Selain itu, golongan ini juga mencakup antibiotik seperti Neomycin, Gentamycin, Tobramycin, dan Amikacin. Antibiotik dalam golongan ini menunjukkan aktivitas kerja terhadap bakteri baik gram positif maupun gram negatif, dengan senyawa yang mengandung dua atau lebih gugus gula amino yang terikat oleh ikatan glikosidik pada inti heksosa. (Katzung & Trevor, 2017)

f. Tetrasiklin

Golongan ini menunjukkan aktivitas kerja dengan cara menghambat sintesis protein pada ribosom bakteri. Antibiotik dalam golongan ini bersifat bakterostatik dan memiliki spektrum luas terhadap bakteri gram positif dan gram negatif, baik yang bersifat aerobik maupun anaerobik. Tetrasiklin umumnya digunakan dalam pengobatan infeksi bakteri yang disebabkan oleh *Mycoplasma pneumonia*, *Chlamydia trachomatis*, dan berbagai jenis *riketsia*. (Katzung & Trevor, 2017)

2.2. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

2.2.1. Pengertian ISPA

ISPA adalah suatu kondisi penyakit infeksi yang menyerang satu atau lebih bagian dari saluran pernafasan, dapat menyebabkan berbagai jenis penyakit mulai dari infeksi ringan hingga yang lebih serius. ISPA dapat disebabkan oleh invasi organisme seperti bakteri atau virus ke dalam saluran pernafasan, baik pada bagian atas maupun bawah. (Sari et al., 2024) ISPA adalah suatu kondisi infeksi akut yang mempengaruhi satu atau lebih bagian dari saluran pernapasan, melibatkan area mulai dari hidung hingga alveoli. Infeksi tersebut juga mencakup struktur adneksa, seperti sinus, rongga telinga tengah, dan pleura. (Sugiarti, 2018)

ISPA terbagi menjadi dua jenis, yaitu ISPA bagian atas dan ISPA bagian bawah. ISPA bagian atas melibatkan infeksi saluran pernapasan akut di atas laring, termasuk di dalamnya rinitis, faringitis, tonsilitis, sinusitis, dan otitis media. Sementara itu, ISPA bagian bawah merupakan infeksi saluran pernapasan akut yang berkembang dari laring ke bawah, mencakup epiglottitis, bronkitis, bronkiolitis, dan pneumonia. (Hidayati & Wahyono, 2018) Pneumonia dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu ISPA pneumonia dan ISPA bukan pneumonia. ISPA pneumonia dapat dikenali berdasarkan derajat keparahan penyakit, sementara ISPA bukan pneumonia mencakup penyakit yang menyerang saluran napas bagian atas, seperti gejala batuk dan pilek. (Fretes et al., 2020)

2.2.2. Klasifikasi ISPA

Dari segi anatomi, dapat dibedakan jadi dua jenis utama, yaitu infeksi saluran pernapasan bawah dan infeksi saluran pernapasan atas. Infeksi yang menyerang saluran pernapasan bagian atas mencakup kondisi seperti rinitis,

faringitis, otitis media dan sinusitis. Sementara itu, infeksi pernapasan bagian bawah melibatkan kondisi yang menyebabkan croup atau stridor (seperti epiglottitis, laringotrakeitis, laringitis), bronkitis, dan pneumonia. (Indah et al., 2017)

a. Infeksi saluran pernapasan atas

Infeksi pada bagian ini merupakan penyakit yang paling sering dihadapi oleh tenaga kesehatan. Tingkat keparahan infeksi ini bervariasi, seperti flu biasa hingga yang memiliki potensi bahaya. beberapa besar kasus infeksi ini bersifat ringan dan dapat sembuh sendiri, seperti pada kasus batuk dan pilek. Meskipun demikian, pada beberapa individu, infeksi saluran pernapasan atas dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius, seperti pneumonia dan bronkitis. (Fauziah & Fajariyah, 2023) Infeksi pernapasan pada bagian atas dapat diakibatkan dari virus dan pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi infeksi saluran pernapasan bawah. (Syamsi, 2019) Beberapa infeksi pernapasan bagian atas yang paling umum terjadi yaitu :

- Rinosinusitis

Bagian ini merujuk pada peradangan mukosa rongga hidung dan sinus paranasal, selalu menjadi gabungan yang terkait dengan selesma dan rinitis akibat alergi. Dapat terdiagnosis ketika mengalami 5 atau lebih gejala rinosinusitis setiap tahun tanpa terdapat gejala yang berlanjut. Rinosinusitis dengan gejala hidung tersumbat dan/atau rinorea yang berlangsung selama lebih dari 10 hari tanpa membaik. Gejala rinosinusitis akut biasanya akan sembuh dalam 1 bulan. Namun, jika peradangan tetap berlangsung, rinosinusitis dapat berkembang menjadi kronis dengan durasi penyakit yang lebih lama, yakni 2-3 bulan. (Syamsi, 2019)

- Faringitis

faringitis dan rinitis termasuk jenis infeksi pernapasan yang sering terjadi pada anak. Faringitis ialah inflamasi akut pada membran mukosa faring, dan seringkali dapat menyebar pada jaringan di sekitarnya. Biasanya terjadi bersamaan dengan kondisi lain seperti tonsilitis, laringitis dan rinitis. (Simanjuntak et al., 2021) Faringitis jarang terjadi sebagai infeksi lokal karena letak faring yang dekat dengan hidung dan tonsil. Kejadian faringitis cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, mencapai puncaknya pada usia

prasekolah sekitar 4–7 tahun, dan dapat berlanjut hingga masa dewasa. (Syamsi, 2019)

- Otitis media

Otitis media ialah peradangan pada telinga bagian tengah yang terkait banyak kumpulan cairan di dalamnya. Kejadian otitis media disebabkan oleh masalah ventilasi di telinga bagian tengah, yang disebabkan oleh gangguan fungsi tuba eustachius. Otitis media dapat meningkatkan risiko infeksi yang melibatkan daerah intrakranial. Meskipun dapat terjadi pada berbagai usia, kondisi ini lebih sering terjadi pada anak usia 6–24 bulan. Pada orang dewasa sangat jarang terjadi, namun dapat terjadi pada individu dewasa dengan gangguan sistem kekebalan tubuh. (Syamsi, 2019)

- b. Infeksi saluran pernapasan bawah

- Laringitis

Laringitis adalah suatu keadaan peradangan pada laring yang bisa terjadi baik dalam bentuk akut maupun kronis. Biasanya merupakan kondisi ringan yang dapat pulih sendiri dalam jangka waktu 3–7 hari. Sebaliknya, laringitis kronis akan terus berlanjut selama lebih dari 3 minggu. (Indah et al., 2017)

- Epiglottitis

Epiglottitis adalah kondisi peradangan yang melibatkan epiglotis dan struktur di sekitarnya, seperti edema inflamasi pada aritenoidea, plika ariepiglotika, dan epiglotis itu sendiri. Jenis infeksi ini merupakan ancaman serius karena dapat meningkatkan risiko terjadinya laringospasme dan penyumbatan saluran pernapasan secara mendadak. (Indah et al., 2017)

- Bronkitis

Bronkitis merupakan keadaan peradangan yang terjadi di bagian trakeobronkial, tetapi peradangan ini tidak melibatkan alveoli. Terdapat dua jenis bronkitis, yaitu bronkitis akut dan kronis. Bronkitis akut dapat muncul pada berbagai rentang usia, sementara bronkitis kronik lebih sering ditemukan pada populasi dewasa. Secara umum, bronkitis akut biasanya timbul setelah terpapar polutan seperti polusi udara atau asap rokok.. (Natasya, 2022)

- Pneumonia

Peradangan pada parenkim paru-paru yang menghasilkan konsolidasi ruang alveolar dikenal sebagai pneumonia. Risiko terjadinya kondisi ini dapat meningkat karena adanya gangguan pada sistem kekebalan tubuh pasien. Pada bayi, Respiratory Syncytial Virus (RSV) merupakan penyebab utama pneumonia. (Lim, 2021) Pneumonia adalah penyebab utama tingkat kematian tinggi pada manusia di seluruh dunia. Gejala klinis pneumonia biasanya lebih parah pada pasien yang berusia sangat muda, usia lanjut, dan pada pasien dengan kondisi kesehatan yang kritis. (Natasya, 2022)

2.2.3. Etiologi Infeksi Saluran Pernapasan Atas

Infeksi pada saluran pernapasan atas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk virus, riketsia, bakteri, dan jamur. Lebih dari 200 jenis virus dapat menjadi penyebab infeksi pada saluran pernapasan atas pada anak-anak. Beberapa contoh virus yang terlibat termasuk kelompok miksovirus, seperti virus influenza, parainfluenza, RSV, serta enterovirus, adenovirus, dan rinovirus. Dengan memiliki 100 serotip yang berbeda, rinovirus umumnya menjadi penyebab paling umum dari infeksi pada saluran pernapasan atas di semua kelompok usia. Dengan menggunakan metode (PCR), banyak di ketahuai bahwa enterovirus secara umum menjadi penyebab infeksi saluran pernapasan atas dan otitis media akut pada anak. Virus parainfluenza, di sisi lain, dapat mengakibatkan berbagai penyakit pernapasan, mulai dari infeksi biasa hingga pneumonia. Meskipun adenovirus jarang menjadi penyebab influenza dan infeksi pernapasan lainnya, namun dapat terkait dengan infeksi yang serius, yang ditandai dengan demam tinggi dan respons inflamasi yang kuat. (Fauziah & Fajariyah, 2023) Bakteri yang paling umum menyebabkan faringitis akut adalah *Streptococcus pyogenes*, yang juga dikenal sebagai *Streptococcus grup A*. Faringitis yang disebabkan oleh *Streptococcus* jarang terjadi pada balita. Sebagai kontras, Rinovirus dan RSV merupakan sebab umum dari infeksi pada saluran pernapasan anak. Rinovirus dapat mengakibatkan berbagai kondisi, termasuk influenza, otitis media akut, dan pneumonia, bronkiolitis, dan serangan asma secara terus menerus. Penggunaan PCR dalam diagnosis seringkali menunjukkan bahwa rinovirus dapat ditemukan pada anak-

anak tanpa gejala, dengan tingkat deteksi umumnya berkisar antara 12–30% .
(Syamsi, 2019)

2.2.4. Patopisiologi

a. Rinosinusitis

Infeksi virus dapat menyebabkan pembengkakan pada bagian dinding hidung, berakibat pada penyempitan ostium sinus dan memengaruhi mekanisme drainase di dalam sinus. Virus juga mengeluarkan enzim dan neuraminidase yang merenggangkan mukosa sinus, mempercepat penyebaran virus di lapisan mukosilia. Proses tersebut menyebabkan penurunan aktifitas silia dan peningkatan viskositas sekret pada sinus, menciptakan kondisi yang mendukung perkembangan bakteri patogen. Adanya bakteri dan ketidaknormalan pada lapisan mukosilia meningkatkan risiko terjadinya reinfeksi atau reinokulasi virus. Penggunaan oksigen oleh bakteri dapat menghasilkan hipoksia di dalam sinus, menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan bakteri anaerob. (Gunawan & Widjaja, 2023)

b. Faringitis

Faringitis diakibatkan oleh infeksi bakteri maupun virus, terjadi penetrasi langsung ke mukosa faring, memicu respons inflamasi lokal. Kuman tersebut menembus lapisan epitel, mengakibatkan pengikisan epitel, dan menimbulkan respons dari jaringan limfoid superfisial dengan pembentukan radang serta infiltrasi leukosit polimorfonuklear. Keadaan ini dapat mengakibatkan hiperemis, yaitu pelebaran pembuluh darah pada dinding faring. Sumbatan yang berwarna kuning, abu-abu atau putih, mungkin terbentuk pada folikel atau jaringan limfoid. (Pasaribu et al., 2021)

c. Otitis media

Patofisiologi otitis media akut umumnya terhubung dengan terjadinya Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) atau flu biasa. Hubungan ini timbul karena adanya proses peradangan yang melibatkan mukosa hidung, nasofaring, mukosa telinga tengah, dan tuba Eustachius setelah terjadinya Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Sel-sel peradangan dari ISPA dapat menyebar melalui tuba Eustachius, memasuki ruang telinga tengah, dan menyebabkan

penyempitan ruang tersebut karena terjadinya pembengkakan. Pembengkakan ini menghambat pintu masuk tuba Eustachius, mengakibatkan berkurangnya ventilasi dan peningkatan tekanan negatif di telinga tengah. (Djamil et al., 2023)

2.2.5. Gejala dan diagnosis ISPA

Tabel. 2.1 Gejala dan diagnosis

| Jenis ISPA | Gejala | Diagnosis |
|----------------------|---|---|
| <i>Rinosinusitis</i> | Rinitis adalah kondisi yang ditandai dengan gejala seperti rinore (keluarnya lendir dari hidung), bersin-bersin, hidung tersumbat, dan rasa gatal di hidung. nyeri pada wajah, hidung tersumbat, keluarnya ingus yang berwarna purulen atau pilek, penurunan kemampuan mencium bau (hyposmia/anosmia), dan demam. | Pemeriksaan radiologis: gambaran sinusitis adalah penebalan mukosa sedikitnya 4mm atau adanya <i>air fluid level</i> |
| <i>Faringitis</i> | Gejala nyeri mendadak, disfagia (kesulitan menelan), dan demam tinggi hingga mencapai suhu 40°C, yang juga disertai dengan riwayat kontak dengan pasien rinitis, dapat mengindikasikan kemungkinan infeksi saluran pernapasan atas. | Apusan tenggorokan untuk bakteri (+) <i>S. pyogenes</i> <i>Rapid test antigen detection</i> untuk virus (+) <i>Streptococcus</i> Grup A |
| <i>Otitis Media</i> | Otitis media dapat terjadi ketika saluran pendengaran di tengah telinga meradang akibat infeksi, seringkali bersamaan dengan infeksi saluran pernapasan atas. | Pemeriksaan membran timpani menggunakan otoskop mengindikasikan bahwa gerakan membran timpani mengalami |

| | |
|---|---|
| Gejala tersebut termasuk nyeri telinga, demam, dan penurunan pendengaran. | penurunan, tampak cembung, kemerahan, dan terdapat sekresi purulen. |
|---|---|

2.2.6. Etiologi Infeksi Saluran Pernapasan Bawah

Etiologi dan gejala penyakit pernapasan bervariasi menurut usia, jenis kelamin, musim, jenis populasi berisiko, dan faktor lainnya. LRTI sering kali merupakan infeksi pertama yang terjadi setelah kelahiran dan pneumonia sering kali merupakan penyakit terakhir yang terjadi sebelum kematian. Agen etiologi LRTI tidak dapat ditentukan secara klinis dan berbeda dari satu daerah ke daerah lain. Bakteri Gram positif seperti *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, dll. serta bakteri Gram negatif seperti *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, dan spesies *Klebsiella* diperoleh dari LRTI. (Khan et al., 2015)

2.2.7. Patofisiologi

c. Laringitis

Laringitis sering dimulai dengan iritasi atau infeksi pada laring. Infeksi virus, seperti virus flu atau rhinovirus, adalah penyebab umum laringitis. Respon tubuh terhadap iritasi atau infeksi menghasilkan peradangan pada mukosa laring. Peradangan ini menyebabkan pembengkakan pada pita suara dan jaringan di sekitarnya. Pembengkakan pada pita suara dapat menyebabkan gangguan pada getaran pita suara yang diperlukan untuk membentuk suara. Hal ini dapat menghasilkan perubahan suara seperti parau, serak, atau bahkan kehilangan suara. Peradangan dapat merangsang produksi lendir yang lebih banyak pada laring. Lendir ini dapat menyebabkan batuk atau sensasi tersumbat. (Sugiarti, 2018)

d. Epiglottitis

epiglottitis dimulai dengan invasi agen penyebab infeksi, yang dapat berupa bakteri, virus, atau faktor lainnya. Proses ini memicu respons inflamasi yang mengakibatkan pembengkakan pada epiglottis dan struktur sekitarnya. Edema ini dapat menyebabkan penyempitan lumen saluran pernapasan,

menghambat aliran udara dan menyebabkan kesulitan bernafas. (Lindquist et al., 2017)

e. Bronkitis

Infeksi Virus atau Bakteri: Bronkitis akut sering disebabkan oleh infeksi virus, seperti rhinovirus atau influenza, yang menyebabkan peradangan pada bronkus. Infeksi menyebabkan respon inflamasi pada mukosa bronkus. Sel-sel yang terlibat dalam sistem kekebalan tubuh melepaskan zat-zat yang memicu peradangan, dan ini dapat mengakibatkan pembengkakan pada dinding bronkus. Sel-sel kelenjar di mukosa bronkus juga dapat meningkatkan produksi lendir. Pembengkakan dan peningkatan produksi lendir dapat menyebabkan penyempitan saluran udara, menghambat aliran udara ke dan dari paru-paru.

f. Pneumonia

Pneumonia diakibatkan oleh berbagai mikroba seperti bakteri, jamur, dan virus. Setelah masuk ke saluran pernapasan, mikroorganisme berkembang biak dan menyebabkan infeksi lokal, terutama di alveoli. Sistem kekebalan tubuh merespons dengan memicu peradangan, menghasilkan pembengkakan dan kongesti pada jaringan paru-paru. Cairan dan sel darah putih dapat menggantikan udara dalam alveoli, menghambat pertukaran gas dan menyebabkan sesak napas. Konsolidasi terjadi saat sel darah putih, cairan, dan debris mengisi alveoli, membuat area paru-paru menjadi padat dan kehilangan elastisitas. Keseluruhan proses ini dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan paru-paru dan mengganggu fungsi normal organ tersebut. (Natasya, 2022)

2.2.8. Gejala dan Diagnosis

Umumnya, tanda-tanda infeksi saluran pernapasan bawah sering mencakup batuk dengan kemungkinan produksi dahak, kesulitan bernapas atau sensasi sesak napas, rasa berat atau nyeri di dada, kenaikan suhu tubuh, hidung tersumbat atau rinore, serta rasa sakit atau ketidaknyamanan di tenggorokan.

Dokter dapat melakukan pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi gejala klinis seperti suhu tubuh dan frekuensi napas, serta mendengarkan suara napas menggunakan stetoskop. Jika ada produksi dahak, analisis laboratorium dapat

membantu mengidentifikasi penyebabnya, terutama jika infeksi disebabkan oleh bakteri. Beberapa tes pernapasan mungkin dilakukan untuk mengevaluasi fungsi paru-paru dan tingkat keparahan sesak napas. Pemeriksaan lebih lanjut dapat dilakukan untuk menilai kondisi sinus dan paru-paru secara mendalam. Jika terdapat kecurigaan infeksi bakteri, dokter dapat melakukan kultur bakteri untuk menentukan jenis bakteri penyebabnya. Selain itu, tes khusus dapat dilakukan untuk mengidentifikasi virus atau bakteri secara spesifik.

2.2.9. Pengobatan ISPA

Pengobatan ISPA di Puskesmas dapat mengikuti pedoman yang telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5 tahun 2014, yang menyediakan panduan klinis bagi para dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Selain itu, pendekatan pengobatan ini juga bisa disesuaikan dengan regulasi terbaru seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 tahun 2021 tentang pedoman penggunaan antibiotik, serta berbagai panduan medis lainnya.

Tabel 2.2 Panduan Pengobatan ISPA

| Jenis ISPA | Pengobatan |
|---|--|
| <i>Common cold/rinitis/Rhinosinusitis</i> | <p data-bbox="544 1182 788 1218">Penyebabnya virus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 1240 1362 1384">• ISPA jenis ini dianggap sebagai penyakit yang dapat sembuh sendiri (self-limiting disease), artinya dapat sembuh dengan sendirinya dalam waktu sekitar 1-2 minggu. <li data-bbox="544 1406 852 1442">• Istirahat yang cukup <li data-bbox="544 1464 1362 1939">• Untuk membantu pernapasan dan mengurangi sekresi di hidung, disarankan untuk menggunakan dekongestan. Beberapa obat yang dapat digunakan termasuk pseudoefedrin, fenilpropanolamin, dan fenilefrin yang diminum secara oral. Selain itu, bisa juga menggunakan obat tetes hidung seperti HCl efedrin 0,5% atau oksimetazolin 0,025% yang dilarutkan dalam NaCl fisiologis untuk anak di bawah 12 tahun. Untuk anak di atas 12 tahun, direkomendasikan HCl efedrin 1% atau |

oksümetazolin 0,05% dalam larutan NaCl fisiologis.

- Jika infeksi tergolong berat atau tidak ada perbaikan setelah pemberian amoksisilin dalam 48 jam, obat alternatif yang bisa digunakan adalah Ko-amoksiklav atau klindamisin.

Dosis obat

- Amoksisilin diberikan pada anak usia 1-3 bulan dengan dosis 20-30 mg/kg berat badan sebanyak 2 kali sehari. Untuk anak usia lebih dari 3 bulan, dosisnya adalah 25-50 mg/kg berat badan sebanyak 2 kali sehari. Anak usia di bawah 10 tahun diberikan 125 mg sebanyak 3 kali sehari, sedangkan anak usia lebih dari 10 tahun diberikan 250 mg sebanyak 3 kali sehari.
- Eritromisin diberikan pada anak usia di bawah 2 tahun dengan dosis 125 mg sebanyak 4 kali sehari. Untuk anak usia 2-8 tahun, dosisnya adalah 250 mg sebanyak 4 kali sehari. Anak usia lebih dari 8 tahun dapat diberikan dosis antara 250-500 mg sebanyak 4 kali sehari
- Sefadroksil diberikan pada anak dengan dosis 30 mg per kilogram berat badan per hari, dibagi menjadi dua dosis.
- Ko-amoksiklav adalah kombinasi amoksisilin dan asam klavulanat. Untuk anak usia 1-6 tahun, dosis yang dianjurkan adalah 125 mg sebanyak 3 kali sehari. Sedangkan untuk anak usia lebih dari 6 tahun, dosis yang dianjurkan adalah 250 mg sebanyak 3 kali sehari.
- Klindamisin diberikan pada anak dengan dosis 3-6 mg per kilogram berat badan sebanyak 4 kali sehari..

(Permenkes RI, 2021) (Permenkes 2014)

Otitis media

Topikal

- Pada stadium oklusi, terapi bertujuan untuk membuka kembali tuba eustachius. Untuk itu, disarankan penggunaan obat tetes hidung yang mengandung HCl efedrin atau
-

oksimetazolin yang dilarutkan dalam NaCl fisiologis.

- Pada stadium perforasi, terapi melibatkan pemberian obat bilas telinga H₂O₂ 3% selama 3-5 hari. Setelah itu, diberikan antibiotik yang tidak bersifat ototoksik, seperti ofloksasin tetes telinga, selama 3 minggu. Selain terapi topikal, terapi oral sistemik juga dapat dipertimbangkan sesuai kebutuhan medis pasien.
 - Jika terdapat tanda-tanda alergi, berikan antihistamin untuk mengurangi gejala alergi. Jika pasien mengalami demam, parasetamol dengan dosis anak dapat diberikan untuk menurunkan suhu dan mengurangi ketidaknyamanan akibat demam.
 - Pada stadium oklusi dan hiperemis, antibiotik diberikan selama 10-14 hari. Obat yang bisa diberikan antara lain amoksisilin dengan dosis 10 mg per kilogram berat badan sebanyak 3 kali sehari, atau eritromisin dengan dosis 10 mg per kilogram berat badan sebanyak 4 kali sehari. Jika ditemukan resistensi terhadap antibiotik tersebut, disarankan untuk memberikan kombinasi amoksisilin dan asam klavulanat.
 - Pada stadium supurasi, indikasi untuk melakukan miringotomi (perlu dirujuk ke spesialis) mungkin diperlukan. Selain itu, dapat diberikan antibiotik sebagai bagian dari perawatan. Obat yang dapat digunakan meliputi amoksisilin dengan dosis 50 mg per kilogram berat badan per hari, atau eritromisin dengan dosis yang sama yaitu 50 mg per kilogram berat badan per hari. Alternatif lain adalah kotrimoksazol, yang mengandung kombinasi trimetoprim 40 mg dan sulfametoksazol 200 mg, diberikan dalam bentuk larutan suspensi sebanyak 2x5 ml.(Permenkes RI, 2021). (Permenkes, 2014)
-

Faringitis

- Istirahat yang cukup.
 - Terapi suportif untuk berbagai kondisi medis melibatkan beberapa jenis obat. Parasetamol dan ibuprofen dapat digunakan untuk mengurangi demam dan nyeri. Antitusif seperti dekstrometorfan (DMP) dengan dosis 15 mg, diberikan 2-3 kali sehari, dapat digunakan untuk mengurangi batuk, namun tidak disarankan untuk anak di bawah 6 tahun. Ekspektoran seperti ambroxol dapat membantu mengencerkan dahak, dengan dosis 1,2-1,6 mg per kilogram berat badan per hari. Untuk infeksi berat, kortikosteroid seperti deksametason dapat diberikan dengan dosis 0,01 mg per kilogram berat badan per hari, dibagi dalam 3 dosis selama 3 hari. Terapi suportif ini bertujuan untuk membantu meringankan gejala dan mempercepat pemulihan pasien.
 - Faringitis yang disebabkan oleh virus dapat diobati dengan pemberian antiviral seperti metisoprinol (isoprenosine). Dosis yang direkomendasikan adalah 50 mg per kilogram berat badan, diberikan 4-6 kali sehari selama minimal 6 hari. Terapi ini bertujuan untuk membantu melawan infeksi virus dan mempercepat proses pemulihan.
 - Faringitis yang disebabkan oleh bakteri, khususnya infeksi streptococcus grup A, dapat diobati dengan pemberian penisilin G benzatin dengan dosis 50.000 unit per kilogram berat badan melalui injeksi intramuskular (IM). Alternatif lainnya adalah amoksisilin dengan dosis 50 mg per kilogram berat badan, diberikan 3 kali sehari selama 7-10 hari. Jika pasien memiliki infeksi berat atau alergi terhadap penisilin, obat alternatif seperti sefadroksil, eritromisin, atau klindamisin dapat digunakan untuk terapi faringitis bakteri. Terapi antibiotik ini ditujukan untuk mengobati infeksi dan mencegah komplikasi lebih lanjut.
-

-
- Jika pasien mengalami dispnea berat (kesulitan bernapas), nebulizer dengan adrenalin dapat digunakan sebagai penanganan. Setelah pemberian nebulizer, perlu dilakukan pemantauan selama 4 jam untuk melihat kemungkinan relaps, yang biasanya terjadi dalam 1-2 jam setelah prosedur. Penanganan ini bertujuan untuk mengatasi gejala dispnea dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut. (Permenkes RI, 2021) (Permenkes, 2014)

Laringitis

- Istirahat yang cukup
 - Untuk mengurangi gejala batuk dan nyeri tenggorokan, disarankan untuk menghindari iritan yang dapat memicu atau memperburuk kondisi ini. Iritan yang umum termasuk asap rokok, debu, polusi udara, dan bahan kimia berbahaya. Menghindari iritan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien..
 - Pengobatan simtomatik dianjurkan untuk mengatasi gejala infeksi, terutama jika disebabkan oleh virus. Obat yang dapat digunakan meliputi parasetamol dan ibuprofen untuk mengurangi demam dan nyeri. Untuk mengatasi hidung tersumbat, dapat diberikan dekongestan seperti pseudoefedrin atau fenilpropanolamin. Pendekatan simtomatik ini membantu meringankan gejala dan meningkatkan kenyamanan pasien sementara sistem imun bekerja untuk melawan infeksi..
 - Antibiotik yang dapat diberikan untuk mengobati infeksi termasuk golongan penisilin, seperti amoksisilin. Dosis dan durasi pengobatan akan bergantung pada kondisi pasien dan tingkat keparahan infeksi. Jika infeksi tergolong berat, kortikosteroid seperti deksametason dapat ditambahkan sebagai terapi tambahan untuk mengurangi peradangan dan
-

respons imun yang berlebihan. Dosis deksametason yang direkomendasikan adalah 0,5 mg per kilogram berat badan per hari. Kombinasi antibiotik dan kortikosteroid ini dapat membantu mengatasi infeksi dan mengurangi gejala yang terkait dengan peradangan.

- Jika pasien mengalami dispnea berat, penanganan yang direkomendasikan adalah nebulizer dengan adrenalin. Terapi ini biasanya diberikan dalam situasi darurat atau kritis dan harus diikuti dengan pemantauan ketat untuk mengantisipasi respons dan kemungkinan relaps.. (Tambunan et al., 2012) (Permenkes, 2014)

Bronkitis

- Pastikan oksigenasi pasien memadai untuk memastikan pasien tidak mengalami sesak napas atau hipoksia
- Istirahat yang cukup.
- Pemberian antitusif. Antitusif dapat menekan refleks batuk yang penting untuk membersihkan saluran pernapasan, sehingga penggunaannya pada pasien dengan sesak napas bisa berisiko
- Bronkodilator diperlukan jika mengalami kesulitan bernapas. Obat yang bisa digunakan antara lain salbutamol (0,3-0,5 mg per kilogram berat badan, 3 kali sehari), teofilin, dan terbutalin sulfat.
- Antibiotik yang bisa digunakan termasuk ampicilin dan eritromisin dengan dosis 30-50 mg per kilogram berat badan, 4 kali sehari.

Dosis obat

- Ampicilin dapat diberikan pada neonatus dengan dosis 25-50 mg per kilogram berat badan per dosis, setiap 12 jam untuk bayi usia 1 minggu, dan setiap 6-8 jam untuk bayi usia 2-4 minggu. Untuk pemberian oral pada bayi dan anak-anak, dosisnya adalah 7,5-25 mg per kilogram berat badan setiap
-

| | |
|---------------------|---|
| | <p>6 jam. Jika diberikan secara IV atau IM untuk infeksi biasa, dosisnya adalah 10-25 mg per kilogram berat badan setiap 6 jam, sedangkan untuk infeksi berat, dosisnya bisa mencapai 50 mg per kilogram berat badan setiap 4 jam. (Tambunan et al., 2012) (Permenkes, 2014)</p> |
| <i>Bronkiolitis</i> | <ul style="list-style-type: none">• Pastikan bahwa oksigenasi sudah mencukupi dan tidak ada tanda-tanda sesak napas.• Pemberian antipiretik, analgesik, antitusif, bronkodilator, dan obat lainnya disesuaikan dengan gejala klinis pasien.• Jika diperlukan, dapat diberikan obat antivirus. Untuk infeksi RSV, ribavirin dapat diberikan dengan dosis 20 mg/ml pada laju 25 ml/jam selama 12-18 jam per hari selama 3-7 hari. Alternatifnya, dapat juga diberikan secara oral dengan dosis 5-15 mg per kilogram berat badan setiap 8-12 jam. (Tambunan et al., 2012) (Permenkes, 2014) |
| <i>Pneumonia</i> | <ul style="list-style-type: none">• Tatalaksana meliputi istirahat yang cukup serta minum air secukupnya untuk mengatasi dehidrasi, serta memberikan terapi simptomatik yang sesuai dengan gejala yang dialami pasien..• Pastikan oksigen memadai pada pasien.• Penyebab paling umum infeksi adalah bakteri *Streptococcus pneumoniae*, sehingga antibiotik perlu diberikan. Antibiotik yang dapat digunakan antara lain penisilin (25-50 mg per kilogram berat badan, 4 kali sehari), amoksisilin (20-40 mg per kilogram berat badan, 3 kali sehari), atau sefadroksil (30 mg per kilogram berat badan, 2 kali sehari). Hindari kotrimoksazol pada bayi di bawah 6 minggu, dan eritromisin juga dapat digunakan. Jika ditemukan resistensi terhadap penisilin, dapat diberikan antibiotik betalaktam dosis tinggi secara oral, atau parenteral menggunakan sefotaksim, seftriakson, atau azitromisin (10 |

mg per kilogram berat badan per hari). Pengobatan biasanya berlangsung 14-21 hari dan perlu disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Jika perlu perawatan lebih maka rujuk ke rumah sakit. Dosis obat:

- Pemberian kotrimoksazol pada anak usia 6 minggu hingga 5 bulan memiliki dosis sulfametoksazol 100 mg dan trimetoprim 20 mg, diberikan setiap 12 jam. Untuk anak usia 6 bulan hingga 5 tahun, dosisnya adalah sulfametoksazol 200 mg dan trimetoprim 40 mg setiap 12 jam. Sedangkan untuk anak berusia 6 tahun ke atas, dosisnya adalah sulfametoksazol 400 mg dan trimetoprim 80 mg, juga setiap 12 jam.;
 - Pemberian infus sulfametoksazol dan trimetoprim dilakukan dengan dosis sulfametoksazol 30 mg per kilogram berat badan per hari dan trimetoprim 6 mg per kilogram berat badan per hari dalam 2 hingga 4 dosis terbagi, selama 14-21 hari. Untuk pengobatan *Pneumocystis jiroveci*, bisa menggunakan sulfametoksazol 100 mg per kilogram berat badan per hari dan trimetoprim 20 mg per kilogram berat badan per hari, baik secara oral maupun IV, dalam 2 hingga 4 dosis terbagi selama 14-21 hari.
 - Pemberian sefotaksim secara IM/IV pada neonatus usia kurang dari 7 hari memiliki dosis 100-150 mg per kilogram berat badan per hari, diberikan dalam interval 8-12 jam. Untuk neonatus usia lebih dari 7 hari, dosisnya adalah 150-200 mg per kilogram berat badan per hari, diberikan dalam interval 6-8 jam. Anak usia > 12 tahun dengan berat badan di bawah 50 kg bisa diberikan sefotaksim dengan dosis 100-200 mg per kilogram berat badan per hari. Untuk anak yang beratnya 50 kg atau lebih, dosisnya adalah 1-2 gram setiap 6-8 jam. Untuk anak usia lebih dari 12 tahun, dosis yang direkomendasikan adalah 1-2 gram setiap 6-8 jam.
-

-
- Seftriakson dapat diberikan kepada neonatus dengan dosis 20-50 mg per kilogram berat badan per hari, diinfuskan selama 60 menit. Pada bayi dan anak-anak, dosis yang direkomendasikan adalah 20-80 mg per kilogram berat badan per hari, dengan durasi infus yang sama yaitu 60 menit. (Tambunan et al., 2012) (Permenkes, 2014)
-

2.3. Rekamedik

Rekam medis merupakan dokumen yang berisi informasi terkait riwayat penyakit, kondisi kesehatan, dan catatan pengobatan pasien. Pengisian dokumen ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memberikan layanan kepada pasien, dengan tujuan utama menyediakan informasi kesehatan yang relevan bagi semua anggota tim kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Kecepatan dan ketepatan dalam menyediakan informasi untuk kebutuhan pelayanan kesehatan merupakan fungsi utama rekam medis yang berkualitas. Rekam medis melibatkan kumpulan catatan dan dokumen yang mencakup identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lain yang diberikan di fasilitas kesehatan. Dokumen ini memiliki peran penting dalam penyelenggaraan layanan kesehatan di rumah sakit, sebagai dasar untuk menentukan langkah selanjutnya dalam perawatan dan tindakan medis. Kontribusi rekam medis juga terlihat dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan di fasilitas tersebut. Dalam praktik kedokteran, setiap dokter atau dokter gigi memiliki kewajiban untuk mencatat rekam medis setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, mencakup hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lain, dilengkapi dengan informasi seperti nama, waktu, dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan. (Rika et al., 2021)

2.4. Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lebih fokus pada usaha promosi dan preventif, dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang optimal di wilayah kerjanya. Pelaksanaan pembangunan kesehatan oleh Puskesmas bertujuan untuk membentuk masyarakat dengan perilaku sehat, mencakup kesadaran, keinginan, dan

kemampuan untuk menjalani gaya hidup sehat. Masyarakat diharapkan dapat mengakses pelayanan kesehatan berkualitas, tinggal di lingkungan yang bersih, serta mencapai derajat kesehatan yang optimal, baik secara individu, keluarga, kelompok, maupun secara keseluruhan dalam masyarakat. (Permenkes RI, 2019)

2.4.1. Profil Puskesmas Yembekiri

a. Data Kependudukan Puskesmas Yembekiri

Jumlah penduduk di wilayah kerja UPT Puskesmas Yembekiri berdasarkan data Dinas Kependudukan dan Pencatatan sipil Kabupaten Teluk Wondama tahun 2022 jumlah jiwa tercatat 4.181 jiwa. Perbandingan antara laki-laki 2.235 jiwa sedangkan perempuan sebanyak 1.946 jiwa.

b. Geografi dan Data Demografi Puskesmas Yembekiri

Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas Yembekiri adalah salah satu Puskesmas yang terdapat di kecamatan Rumberpon, Kabupaten Teluk Wondama, Provinsi Papua Barat. secara geografis terletak pada $1^{\circ}50'42.6''S$ $134^{\circ}08'57.1''E$ Puskesmas Yembekiri terletak di jalan H. Tetelepta No. 02, Kelurahan Yembekiri 1, dengan wilayah kerja meliputi 7 (tujuh) kelurahan, yaitu Kelurahan Yembekiri 1, Yembekiri 2, Watitindau, Iseren, Yari-yari, Isenebuai dan Yomakan.

Secara administratif wilayah kerja Puskesmas Yembekiri:

1. Sebelah utara : Yomakan
2. Sebelah selatan : Iseren, Yari-ari, Watitindau
3. Sebelah Barat : Yembekiri 1, Yembekiri 2
4. Sebelah Timur : Isenebuai

2.5. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu

| Judul Penelitian | Hasil Penelitian |
|---|--|
| <i>Pola Peresepan Antibiotik Untuk Pengobatan Infeksi Saluran Pernafasan Atas (Ispta) Di Klinik X Kota Semarang</i> | Berdasarkan hasil penelitian di Klinik X Kota Semarang, ditemukan bahwa sebanyak 53,76% pasien yang mencari pengobatan ISPA adalah perempuan. Kelompok usia dengan tingkat ISPA tertinggi adalah 0 |

| | |
|---|---|
| | <p>hingga 12 tahun, mencapai 34,63%. Lebih lanjut, bentuk sediaan antibiotik yang paling umum diresepkan adalah tablet, mencapai 66,03%. Dokter umumnya meresepkan amoxycillin sebanyak 54,90%, yang tersedia dalam empat jenis bentuk sediaan, yaitu sirup kering 125mg/5ml, tablet 250 mg, tablet 500 mg, dan pulveres atau serbuk yang dapat dikombinasikan dengan obat lain sesuai kebutuhan pasien (Sari et al., 2024).</p> |
| <p><i>Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien Anak Dengan Infeksi Pernapasan Akut</i></p> | <p>Temuan dari penelitian ini menunjukkan bahwa Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menyerang 78 anak berusia antara 2 dan 5 tahun, dengan jumlah masing-masing 13 anak (14,1%) dan 1 anak (1,1%). Dalam hal jenis kelamin, proporsi anak laki-laki yang terkena ISPA lebih tinggi, mencapai 54,3%, dibandingkan dengan anak perempuan sebesar 45,7%. Tiga antibiotik yang paling sering direkomendasikan untuk anak-anak dengan ISPA adalah eritromisin, kotrimoksazol, dan amoksisilin. Sebanyak 31,2% dari resep amoksisilin (66,7 mg) ditujukan untuk pasien anak dengan ISPA. Obat lain yang sering diresepkan meliputi trimoksazol (26,9%), amoksisilin (17%), amoksisilin (13%), eritromisin (10%), dan amoksisilin (100 mg) (Munandar et al., 2023).</p> |
| <p><i>Gambaran Peresepan Antibiotik</i></p> | <p><i>Pola</i> Dari 164 sampel yang diteliti, karakteristik pasien Infeksi Saluran Pernapasan Akut</p> |

Pada Pasien Ispa Rawat Jalan Di Poliklinik Anak Rumah Sakit X Di Gianyar (ISPA) didominasi oleh anak-anak berusia 0-5 tahun, sebanyak 137 pasien (83,5%), dengan jumlah laki-laki mencapai 100 pasien (61%). Jenis diagnosa ISPA dalam penelitian ini meliputi nasofaringitis (33,5%), ISPA tidak spesifik (28,0%), faringitis akut (25,6%), tonsilitis (9,1%), dan bronkiolitis (3,7%). Golongan antibiotik yang paling sering diresepkan adalah sefalosporin generasi ke-III, terutama cefixime (56,7%), dan sefalosporin generasi ke-I, khususnya cefadroxil (39,0%). Seluruh terapi antibiotik yang diberikan adalah tunggal (100%) (Yasa et al., 2022).

Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien Ispa Pediatri Di Instalasi Rawat Jalan Rsu Bhakti Asih Ciledug Dalam riset ini, terdapat 52 kasus Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada anak-anak, dengan proporsi 55,77% laki-laki dan 44,23% perempuan. Distribusi kasus ISPA berdasarkan rentang usia meliputi 0-5 tahun (69,23%), 6-11 tahun (21,15%), dan 12-14 tahun (9,62%). Antibiotik yang umumnya diberikan kepada pasien pediatri mencakup sefiksim sebanyak 50,00%, sefadroksil sebanyak 34,62%, dan azitromisin sebanyak 15,38%. Golongan antibiotik yang banyak digunakan berdasarkan struktur kimianya adalah Sefalosporin Generasi III sebanyak 50,00%, Sefalosporin Generasi II sebanyak 34,62%, dan Makrolida sebanyak 15,38% (Indah et al., 2017).

| | | |
|---|---|---|
| <i>Gambaran Penggunaan Pada Pasien Infeksi Pernapasan Puskesmas Kasuari Kota Sorong</i> | <i>Pola Antibiotik Pediatry Saluran Akut Di Tanjung</i> | Dari hasil penelitian ini, ditemukan bahwa kasus Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) paling banyak terjadi pada laki-laki, dengan jumlah 50 pasien (53,8%). Mayoritas pasien ISPA berusia 0-5 tahun, mencapai 63 pasien (67,7%), dengan berat badan berkisar antara 10-20 kg. Antibiotik yang paling umum digunakan dalam penanganan ISPA adalah amoksisilin dan sefadroksil (A. Ruminsir et al., 2020). |
|---|---|---|

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menerapkan desain penelitian analitik dengan metode *cross-sectional* untuk mengeksplorasi dan membandingkan karakteristik serta pola persepan antibiotik pada pasien yang menderita ISPA di Puskesmas Yembekiri. Dalam studi ini, data dikumpulkan pada satu titik waktu tertentu untuk menilai dan menganalisis bagaimana karakteristik pasien serta pola persepan antibiotik yang diterapkan oleh tenaga medis di puskesmas tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk menginterpretasi fenomena yang terjadi dan menggambarkannya secara naratif berdasarkan kegiatan yang dilakukan. (Jannah & Satwika, 2021)

Penelitian ini menggunakan pendekatan retrospektif dengan mengumpulkan data berdasarkan resep antibiotik untuk pasien ISPA di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama selama periode Juli – Desember 2023.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret tahun 2024 di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama.

3.3 Populasi sampel

Populasi dalam penelitian ini terdiri dari rekam medis di Puskesmas Yembekiri. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik total sampling, di mana sampel penelitian terdiri dari pasien yang telah didiagnosa ISPA, baik dengan atau tanpa penyakit penyerta di Puskesmas Yembekiri dengan jumlah sebanyak 185 sampel.

3.4 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

Pasien dipilih harus memenuhi dari kriteria inklusi yang ditetapkan untuk memastikan kesesuaian dengan tujuan penelitian. Sebaliknya, yang tidak memenuhi kriteria inklusi atau memenuhi kriteria eksklusi akan dikecualikan dari sampel penelitian. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa sampel yang dipilih mencerminkan populasi yang relevan dan sesuai dengan tujuan penelitian.

a. Kriteria Inklusi

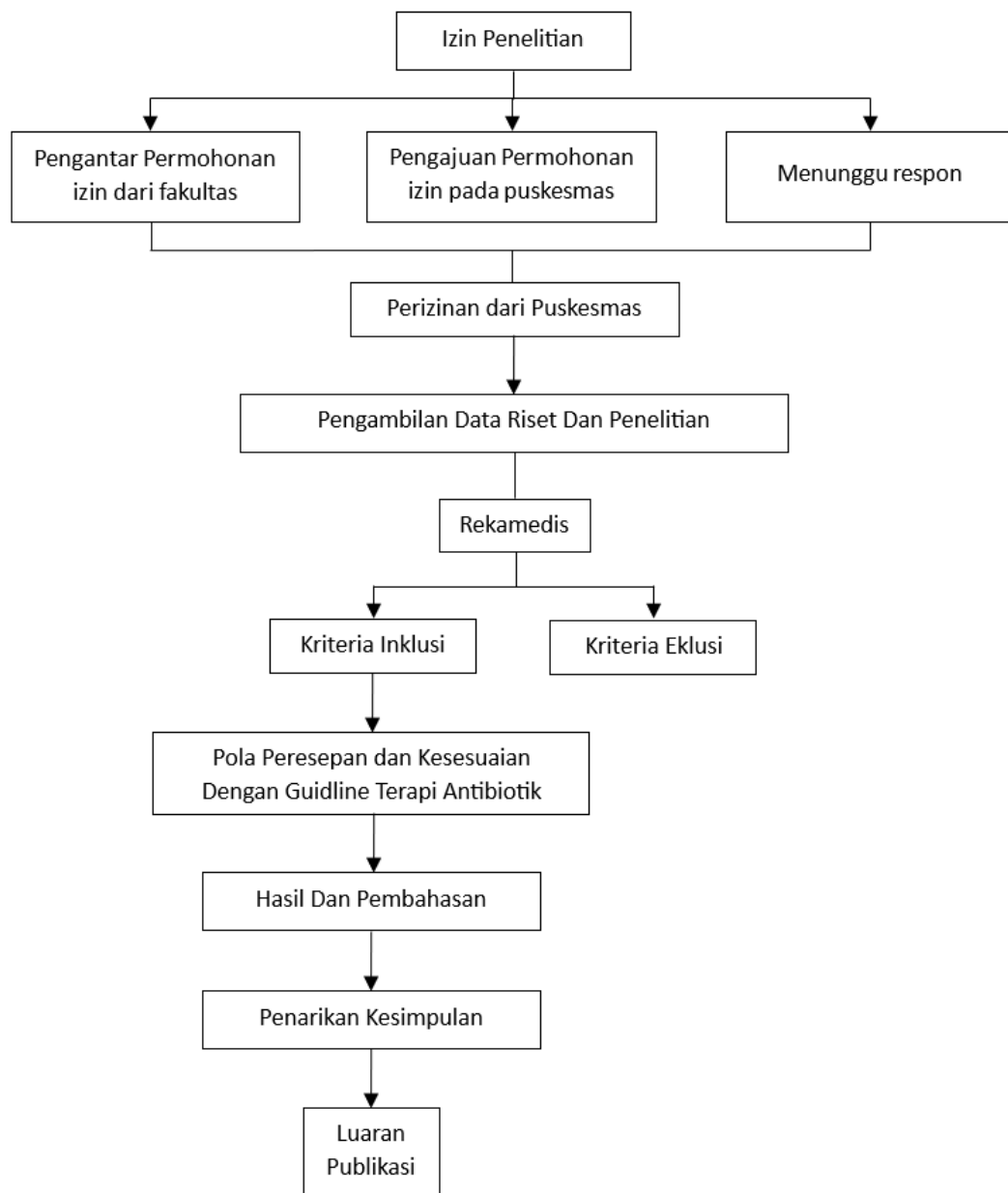
1. Pasien yang terdiagnosa utama infeksi saluran pernafasan atas berdasarkan data rekam medis;
 2. Menyediakan data rekam medis yang mencakup informasi mengenai usia, jenis kelamin, kondisi klinis, diagnosis, dan rincian obat yang meliputi nama obat dan dosis yang diberikan.
 3. Rekamedis periode Juli-Desember 2023
- b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini mencakup subjek penelitian yang tidak memenuhi syarat sebagai sampel dan tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian. Contoh kriteria eksklusi melibatkan data rekam medis yang rusak, tidak terbaca, serta kasus-kasus di mana pasien telah meninggal. Dengan menerapkan kriteria eksklusi ini, penelitian dapat memastikan bahwa data yang digunakan untuk analisis adalah relevan, dapat dipercaya, dan sesuai dengan tujuan penelitian.

3.5 Sumber Data

Dalam penelitian ini, informasi akan diperoleh melalui analisis data rekam medis pasien di Puskesmas Yembekiri. Data yang di ambil yaitu rekam medis pasien ISPA di Puskesmas Yembekiri pada periode Juli - Desember 2023.

3.6 Alur Penelitian



Gambar 3.1 *Alur Penelitian*

3.7 Analisis Data

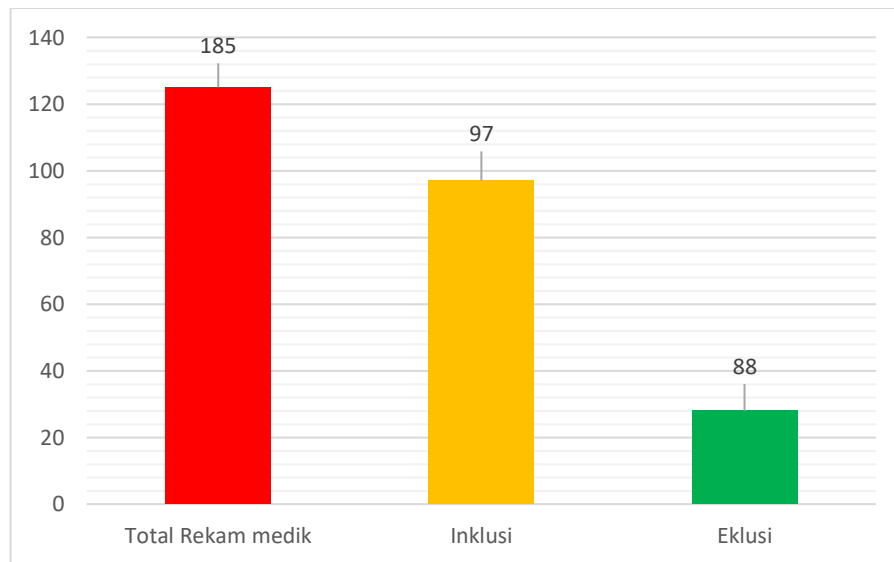
Penelitian ini mengumpulkan data yang mencakup informasi seperti nama pasien, jenis kelamin, umur, kategori umur, keluhan, diagnosis, nama obat, dosis, dan keterangan tentang penggunaan antibiotik. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan software SPSS dengan metode penelitian analisis univariat dan Bvariat. Analisis univariat bertujuan untuk memberikan gambaran tentang distribusi atau deskripsi setiap variabel yang dianalisis dalam penelitian, biasanya dalam bentuk persentase. Variabel-variabel yang dianalisis, baik variabel dependen maupun independen, meliputi umur, jenis kelamin, jenis antibiotik, jenis ISPA, dan profil antibiotik. Dengan analisis ini, penelitian dapat menghasilkan wawasan mendalam tentang karakteristik dan pola distribusi variabel-variabel tersebut, yang kemudian dapat digunakan untuk menarik kesimpulan atau melakukan tindakan lebih lanjut.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini telah dilakukan di salah satu Puskesmas di wilayah Kabupaten Teluk Wondama yang memiliki jangkauan sangat jauh dari pusat kota. Ada 14 Puskesmas yang terletak di wilayah Kabupaten Teluk Wondama, Selanjutnya dari hasil observasi dan wawancara bidang Yankes Dinas Kesehatan Kabupaten Teluk Wondama, yang terpilih adalah Puskesmas Yembekiri dengan jumlah kasus ISPA yang relatif tinggi dan berada jauh dari Pusat kota sehingga minim pengawasan tentang penggunaan antibiotik di puskesmas tersebut.

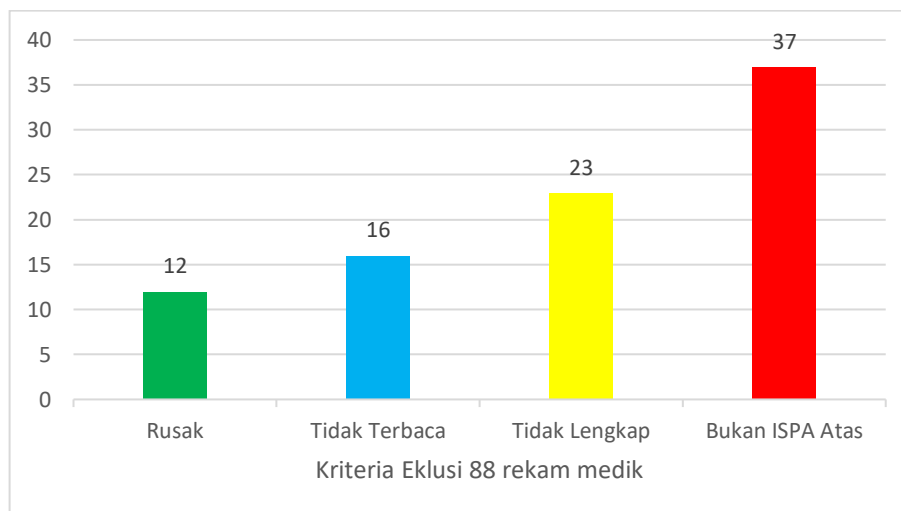
Penelitian ini menggunakan data dasar dari rekam medik pasien. Peneliti membutuhkan rekamedik selama 1 semester karena fokus penelitian tentang kejadian ISPA terbanyak sehingga di pilih bulan juli sd desember tahun 2023. Setelah di observasi dan di input dalam tabulasi exel, terdapat 185 rekam medik terdiagnosis ISPA bagian atas.



Gambar 4.1 Grafik jumlah rekam medis

Berdasarkan pandangan visual yang disajikan pada **gambar 4.1**, terlihat bahwa selama periode dari bulan Juli hingga Desember tahun 2023, terdapat 185 catatan medis yang tercatat dengan diagnosis ISPA. Dari jumlah tersebut, sebanyak 97 catatan medis tergolong ke dalam kategori inklusi, menunjukkan bahwa mereka

memenuhi kriteria yang ditetapkan. Sementara itu, ada 88 catatan medis lainnya yang memenuhi syarat untuk masuk ke dalam kriteria eksklusi, yang berarti mereka tidak dimasukkan dalam kategori inklusi.



Gambar 4.2 Grafik jumlah rekam medis

Berdasarkan **gambar 4.2** memberikan gambaran bahwa dari keseluruhan jumlah 88 rekam medis yang termasuk dalam kriteria eksklusi, terdapat pengelompokan ke dalam beberapa kriteria eksklusi yang berbeda. Dari total tersebut, 12 rekam medis dikategorikan sebagai rekam medis yang rusak, menunjukkan adanya gangguan dalam keberlangsungan informasi yang terdapat di dalamnya. Selanjutnya, ada 16 rekam medis yang tidak dapat dibaca, karena kerusakan fisik atau teknis yang menyebabkan informasi tidak dapat diakses dengan jelas. Selain itu, terdapat 23 rekam medis lainnya yang dianggap tidak lengkap dan 37 bukan ISPA atas, menunjukkan bahwa ada kekurangan informasi atau bagian dari data medis yang hilang atau tidak tercatat dengan baik

4.1.1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Puskesmas Yembekiri memiliki beragam responden yang menunjukkan berbagai karakteristik yang mencerminkan profil masyarakat yang mengakses layanan kesehatan di sana. Data dapat dilihat pada **tabel 4.1** yang menggambarkan karakteristik responden. Informasi dalam tabel ini dapat

memberikan wawasan tentang kategori umur, jenis kelamin, jenis (ISPA), dan jenis antibiotik yang digunakan dalam pengobatan.

Tabel 4.1 Karakteristik responden di Puskesmas Yembekiri

| Karakteristik Responden | Jumlah | Persentase (%) | Mean | Std. Dev |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------|-------------|-----------------|
| Kategori Umur (n=97) 100% | | | 3.18 | 1.090 |
| Bayi (0-12 Bulan) | 1 | 1.0% | | |
| Balita (1-5 Tahun) | 34 | 35.1% | | |
| Anak-anak (6-10 Tahun) | 22 | 22.7% | | |
| Remaja (11-19 Tahun) | 27 | 27.8% | | |
| Dewasa (20-40 Tahun) | 13 | 13.4% | | |
| Jenis Kelamin (n=97) 100% | | | 1.63 | 486 |
| Laki-laki | 61 | 62.9% | | |
| Perempuan | 36 | 37.1% | | |
| Jenis ISPA (n=97) 100% | | | 2.68 | 1.426 |
| Rhinitis | 26 | 26.8% | | |
| Rhinosinusitis | 27 | 27.8% | | |
| Otitis media | 9 | 9.3% | | |
| Faringitis | 22 | 22.7% | | |
| Laringitis | 13 | 13.4% | | |
| Jenis Antibiotik (n = 97) 100% | | | 3.12 | 1.244 |
| Amoksilin | 19 | 19,6% | | |
| cefadroksil | 12 | 12,4% | | |
| Erytromicyn | 4 | 4.1% | | |
| Tanpa Antibiotik | 62 | 63,9% | | |

Tabel 4.1 menggambarkan profil responden berdasarkan berbagai kategori, seperti usia, jenis kelamin, tipe ISPA, dan jenis antibiotik yang digunakan di Puskesmas Yembekiri. Data dalam tabel ini menunjukkan bahwa ISPA paling banyak terjadi pada balita di Puskesmas Yembekiri, dengan persentase 35,1%. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Sebaliknya, persentase ISPA pada anak-anak dan bayi lebih rendah,

masing-masing 22,7% dan 27,8%. Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tanjung Kasuari kota Sorong oleh Ruminsir mengungkapkan bahwa kelompok umur 1-5 tahun memiliki persentase ISPA lebih tinggi (67,7%) dibandingkan kelompok umur 6-12 tahun (32,3%). (A. Ruminsir et al., 2020) Penelitian lain oleh Wulandari juga menyatakan bahwa usia paling rentan terkena ISPA adalah 1-5 tahun, dengan 76,6%. Hal ini terjadi karena sistem kekebalan tubuh anak balita belum sepenuhnya matang dan saluran pernapasan mereka relatif sempit. Selain itu, anak balita cenderung sering memasukkan benda ke dalam mulut, yang mempermudah kuman masuk ke dalam tubuh. (Wulandari et al., 2021)

Berdasarkan klasifikasi jenis kelamin, kasus ISPA di Puskesmas Yembekiri lebih banyak terjadi pada laki-laki (62,9%) dibandingkan perempuan (37,1%). Data ini konsisten dengan studi yang dilakukan oleh Nirmala Utami yang menunjukkan persentase ISPA pada laki-laki sebesar 59,6%, lebih tinggi daripada perempuan dengan 37,4% (Nirmala Utami et al., 2018). Salah satu penjelasan tentang pengaruh jenis kelamin pada kejadian ISPA adalah perbedaan hormon antara laki-laki dan perempuan. Selain itu, faktor genetik sangat penting dalam memengaruhi sistem kekebalan tubuh, terutama pada masa kanak-kanak (Iskandar et al., 2015). Mekanisme lainnya yang bisa menjelaskan hubungan jenis kelamin dengan kejadian ISPA adalah bahwa anak laki-laki cenderung lebih aktif dibandingkan anak perempuan, sehingga mereka lebih sering terpapar agen penyebab ISPA. (Iskandar et al., 2015)

Jenis ISPA yang paling umum di Puskesmas Yembekiri adalah Rhinosinusitis dengan persentase (27,8%), diikuti oleh Rhinitis sebesar (26,8%) dapat di lihat pada **Tabel 4.1**. Hasil ini berbeda dari penelitian oleh Hermawan yang menunjukkan bahwa Faringitis memiliki angka tertinggi dengan (41,7%) dibandingkan dengan jenis ISPA lainnya (Hermawan et al., 2014). Perbedaan hasil ini dapat disebabkan oleh faktor lokasi penelitian, jumlah sampel yang digunakan, serta kondisi iklim yang berbeda.

Dalam **Tabel 4.1**, hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase total resep antibiotik yang diberikan kepada pasien ISPA dari Juli hingga Desember 2023 mencapai 35 resep, dengan obat antibiotik yang paling sering digunakan

adalah amoxicilin dengan persentase 19,6%. Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Fauziyah yang dilakukan di Puskesmas Mata Kota Kendari, di mana penggunaan Amoxicilin mencapai 85,9%, sementara cefadroxil hanya 14,1% (Fauziyah et al., 2023)

b. Gambaran Pola Pemberian Antibiotik berdasarkan Diagnosis ISPA

Tabel 4.2 memberikan gambaran tentang pola pemberian antibiotik berdasarkan diagnosis ISPA di Puskesmas Yembekiri. Informasi dalam tabel ini dapat memberikan wawasan tentang jenis antibiotik yang diberikan untuk setiap jenis ISPA yang didiagnosis, dan dapat membantu dalam memahami kebijakan pengobatan serta tingkat pemakaian jenis antibiotik di fasilitas kesehatan tersebut.

Tabel 4.2 Gambaran Pola Pemberian Antibiotik berdasarkan Diagnosis ISPA

| Diagnosis | Jenis Antibiotik (n=100%) | | |
|----------------|---------------------------|-------------------|------------------|
| | Amoxicilin | Cefadroxil | Erytromicin |
| Rhinitis | 6 (17.1%) | 2 (5.7%) | 0 (0%) |
| Rhinosinusitis | 6 (17.1%) | 4 (11.4%) | 3 (8.6%) |
| Otitis Media | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Faringitis | 6 (17.1%) | 4 (11.4%) | 1 (2.9%) |
| Laringitis | 1 (2.9%) | 2 (5.7%) | 0 (0%) |
| | 19 (54.3%) | 12 (34.3%) | 4 (11.4%) |

Berdasarkan informasi dari **Tabel 4.2**, diketahui bahwa dalam kasus ISPA yang didiagnosis sebagai rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, faringitis dan laringitis, antibiotik yang paling banyak diresepkan adalah amoksisilin. Persentase penggunaan amoksisilin mencapai 54,3%, menunjukkan bahwa lebih dari setengah resep antibiotik untuk kasus-kasus ini menggunakan amoksisilin. Antibiotik cefadroxil adalah pilihan kedua yang paling umum, dengan persentase penggunaan sebesar 34,3%. Ini berarti bahwa sekitar sepertiga dari total resep antibiotik pada kasus ISPA ini menggunakan

cefadroxil. Eritromycin, meskipun kurang umum dibandingkan amoksisilin dan cefadroxil, juga digunakan, dengan persentase 11,4%. Ini menggambarkan bagaimana amoksisilin menjadi antibiotik pilihan utama, diikuti oleh cefadroxil dan eritromycin, dalam pengobatan ISPA yang meliputi rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, faringitis dan laringitis.

c. Sebaran Diagnosis ISPA menurut Jenis Kelamin

Tabel 4.3 memberikan gambaran tentang sebaran diagnosis ISPA berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Yembekiri. Dengan melihat tabel ini, kita bisa memahami apakah ada perbedaan dalam jenis ISPA yang didiagnosis pada pasien laki-laki dan perempuan, yang dapat memberikan wawasan tentang tren dan kebutuhan spesifik berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.3 Sebaran Diagnosis ISPA menurut Jenis Kelamin

| Diagnosis | Jenis Kelamin (n=100%) | | Total |
|----------------|------------------------|-------------------|------------------|
| | Perempuan | Laki-Laki | |
| Rhinitis | 9 (9.3%) | 17 (17.5%) | 26 (26.8%) |
| Rhinosinusitis | 12 (12.4%) | 15 (15.5%) | 27 (27.8%) |
| Otitis Media | 4 (4.1%) | 5 (5.2%) | 9 (9.3%) |
| Faringitis | 5 (5.2%) | 17 (17.5%) | 22 (22.7%) |
| Laringitis | 6 (6.2%) | 7 (7.2%) | 13 (13.4%) |
| | 36 (37.1%) | 61 (62.9%) | 97 (100%) |

Tabel 4.3 menyajikan informasi yang lebih rinci tentang distribusi berbagai diagnosis ISPA berdasarkan jenis kelamin. Dalam tabel ini, terlihat bahwa diagnosa ISPA pada perempuan dan laki-laki memiliki proporsi yang berbeda, dengan perempuan mewakili 37,1% dari total kasus dan laki-laki mencapai 62.9%. Di antara berbagai jenis ISPA yang terdeteksi, kasus yang paling umum pada kedua jenis kelamin adalah rhinosinusitis, rhinitis, dan faringitis, dengan persentase masing-masing sebesar 27,8%, 26,8%, dan 22,7%. Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan dalam prevalensi ISPA berdasarkan jenis kelamin. Selain itu, data ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Amelia di Palembang, di mana ditemukan

bahwa rhinosinusitis paling sering terjadi pada pasien laki-laki dengan persentase sebesar 58,9%. (Amelia et al., 2017)

Berdasarkan hasil dari kedua penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan pemberian antibiotik. Oleh karena itu, pemberian antibiotik lebih didasarkan pada indikasi medis yang berkaitan dengan kecurigaan ISPA yang disebabkan oleh infeksi bakteri, bukan berdasarkan jenis kelamin pasien. Dengan demikian, keputusan untuk memberikan antibiotik harus didasarkan pada kebutuhan klinis dan bukan pada pertimbangan gender.

d. Sebaran diagnosis ISPA menurut kategori umur

Tabel 4.5 memberikan informasi rinci tentang distribusi diagnosis ISPA berdasarkan kelompok umur di Puskesmas Yembekiri. Tabel ini menyajikan data yang menunjukkan bagaimana berbagai jenis ISPA terdeteksi pada kelompok usia yang berbeda, memungkinkan analisis pola penyakit di kalangan pasien dari berbagai rentang usia.

Tabel 4.5 Sebaran diagnosis ISPA menurut kategori umur

| Kategori Umur | Diagnosis (n=%) | | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | Rhinitis | Rhinosinusitis | Otitis Media | Faringitis | Laringitis |
| Bayi | 0 (0%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Balita | 18 (18.6%) | 5 (5.2%) | 2 (2.1%) | 7 (7.2%) | 2 (2.1%) |
| Anak-anak | 6 (6.2%) | 7 (7.2%) | 4 (4.1%) | 5 (5.2%) | 0 (0%) |
| Remaja | 2 (2.1%) | 8 (8.2) | 1 (1%) | 6 (6.2%) | 10 (10.3%) |
| Dewasa | 0 (0%) | 6 (6.2) | 2 (2.1%) | 4 (4.1%) | 1 (1%) |
| | 26 26.8% | 27 27.8% | 9 9.3% | 22 22.7% | 13 13.4% |

Distribusi diagnosis ISPA berdasarkan kelompok umur menunjukkan bahwa jenis ISPA yang paling umum pada berbagai kelompok umur adalah rhinosinusitis, dengan persentase sebesar 27,8%. Selain rhinosinusitis, rhinitis juga menjadi salah satu jenis ISPA yang umum, terutama pada balita dengan persentase 18,6%. Di sisi lain, remaja lebih sering mengalami laringitis dengan persentase 10,3%. Namun, hasil ini berbeda dari penelitian sebelumnya oleh

Hermawan pada tahun 2014, yang menemukan bahwa jenis ISPA dengan persentase tertinggi adalah faringitis, yang mencapai 41,7%. (Hermawan et al., 2014). Perbedaan ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti lokasi penelitian yang berbeda, jumlah sampel yang digunakan, serta kondisi iklim yang bervariasi. Ini menunjukkan bahwa penyebaran dan prevalensi berbagai jenis ISPA dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, sehingga hasil penelitian dalam bidang ini mungkin bervariasi tergantung pada konteks dan lingkungan di mana penelitian dilakukan.

4.1.2. Analisis Bvariat

a. Hubungan antara jenis kelamin dengan penggunaan antibiotik

Dalam tabel ini, analisis dilakukan untuk memahami apakah terdapat perbedaan dalam pola penggunaan antibiotik antara laki-laki dan perempuan.

Tabel 4.6 Hubungan Jenis Kelamin dengan penggunaan antibiotik

| Jenis Kelamin | Penggunaan Antibiotik (n=100%) | | p | OR |
|------------------|--------------------------------|-------------------|------|-------|
| | Ya | Tidak | | |
| Laki Laki | 22 (22,7%) | 39 (40,2%) | | |
| Perempuan | 13 (13,4%) | 23 (23,7%) | 0,99 | 1,002 |
| Total | 35 (36,1%) | 62 (63,9%) | | |

Data yang dipresentasikan dalam Tabel 4.5 memberikan gambaran yang komprehensif tentang penggunaan antibiotik di antara dua kelompok yang berbeda secara demografis, yakni laki-laki dan perempuan. Dari data tersebut, dapat terlihat bahwa proporsi individu yang menggunakan antibiotik cenderung lebih tinggi di kalangan laki-laki, mencapai sekitar 22,7%. Meski demikian, hasil analisis statistik tidak menunjukkan signifikansi, dengan nilai p-value mencapai 0,99. Sementara itu, nilai *Odds Ratio* (OR) yang mendekati 1 (1,002) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam kemungkinan penggunaan antibiotik antara laki-laki dan perempuan.

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Zhang et al. di China juga memberikan temuan yang sejalan. Studi tersebut melaporkan bahwa persentase penggunaan antibiotik pada laki-laki sebesar 38% dan pada perempuan 36%. Namun, hasil uji statistik dalam penelitian tersebut juga tidak mencapai tingkat signifikansi, dengan nilai p sebesar 0,184 (Zhang et al., 2017). Dari dua studi ini, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan penggunaan antibiotik. Penentuan pemberian antibiotik cenderung lebih didasarkan pada indikasi kecurigaan infeksi yang disebabkan oleh bakteri, bukan berdasarkan jenis kelamin individu.

b. Hubungan antara jenis kelamin dengan penggunaan antibiotik

Tabel 4.7 Hubungan Kategori Umur dengan penggunaan antibiotik

| Kategori Umur | Penggunaan Antibiotik (n=100%) | | | p | OR |
|---------------|--------------------------------|------------|-------------|------|-------|
| | Amoxicilin | Cefadroxil | Erytromycin | | |
| Balita | 11 (11.3%) | 3 (3.1%) | 0 (0.0%) | 0,20 | 1.397 |
| Anak-Anak | 1 (1.0%) | 2 (2.1%) | 1 (1.0%) | | |
| Remaja | 1 (1.0%) | 6 (6.2%) | 3 (3.1%) | | |
| Dewasa | 6 (6.2%) | 1 (1.0%) | 0 (0.0%) | | |

Tabel 4.7 mengungkapkan bahwa amoksisilin sering digunakan pada balita dengan frekuensi sebesar 11,3%, sedangkan remaja lebih sering diberikan antibiotik sefadroksil dengan persentase 6,2% dalam kasus Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kategori umur dan penggunaan antibiotik untuk kasus ISPA, dengan nilai p -value sebesar 0,020 dan OR sebesar 1,397. Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan dalam penggunaan antibiotik antara berbagai kelompok umur adalah signifikan secara statistik.

Temuan ini diperkuat oleh penelitian serupa yang dilakukan oleh Zhang Z, et al. di China. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pada kelompok umur

2-5 tahun, persentase penggunaan antibiotik adalah 33%, sementara pada kelompok umur 6-14 tahun, persentasenya mencapai 95%. Hasil penelitian ini juga menunjukkan signifikansi statistik dengan nilai p sebesar 0,001. (Zhang et al., 2017)

Penggunaan amoksisilin yang lebih tinggi pada balita disebabkan oleh profil keamanannya yang lebih baik dan efektivitasnya dalam mengobati infeksi umum pada anak-anak. Sebaliknya, remaja lebih sering diberi cefadroxil karena spektrum aktivitasnya yang lebih luas dan karena resistensi bakteri terhadap amoksisilin lebih umum ditemukan pada usia ini. Penelitian Zhang Z, et al. mendukung temuan ini dengan menunjukkan perbedaan signifikan dalam penggunaan antibiotik berdasarkan kategori umur, yang menunjukkan bahwa faktor usia memainkan peran penting dalam menentukan pilihan antibiotik untuk mengobati ISPA. Oleh karena itu, perbedaan ini bukan hanya signifikan secara statistik tetapi juga relevan secara klinis, mencerminkan kebutuhan untuk menyesuaikan pengobatan antibiotik berdasarkan kategori umur.

4.1.3. Kesesuaian Terapi Antibiotik berdasarkan Standar Terapi

Tabel 4.8 menunjukkan kesesuaian terapi antibiotik dengan standar terapi yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 Tahun 2021 dalam hal penggunaan antibiotik untuk pengobatan.

Tabel 4.8 Kesesuaian Terapi antibiotik dengan standar terapi antibiotik

| Kategori Umur | Jenis ISPA | | Terapi Antibiotik | | Kesesuaian Terapi |
|---------------|----------------|----|-------------------|----|-------------------|
| Bayi | Rhinitis | 1 | Amoxicilin | - | Sesuai |
| | Rhinosinusitis | - | Cefadroxil | - | |
| | Otitis Media | - | Eritromycin | - | |
| | Faringitis | - | | | |
| | Laringitis | - | | | |
| Balita | Rhinitis | 18 | Amoxicilin | 11 | Sesuai |
| | Rhinosinusitis | 5 | Cefadroxil | 3 | |
| | Otitis Media | 2 | Eritromycin | - | |
| | Faringitis | 7 | | | |
| | Laringitis | 2 | | | |

(LANJUTAN)

| | | | | | |
|-----------|----------------|----|-------------|---|--------|
| Anak-anak | Rhinitis | 6 | Amoxicilin | 1 | Sesuai |
| | Rhinosinusitis | 7 | Cefadroxil | 2 | |
| | Otitis Media | 4 | Eritromycin | 1 | |
| | Faringitis | 5 | | | |
| | Laringitis | - | | | |
| Remaja | Rhinitis | 2 | Amoxicilin | 1 | Sesuai |
| | Rhinosinusitis | 8 | Cefadroxil | 6 | |
| | Otitis Media | 1 | Eritromycin | 3 | |
| | Faringitis | 6 | | | |
| | Laringitis | 10 | | | |
| Dewasa | Rhinitis | - | Amoxicilin | 6 | Sesuai |
| | Rhinosinusitis | 6 | Cefadroxil | 1 | |
| | Otitis Media | 2 | Eritromycin | - | |
| | Faringitis | 4 | | | |
| | Laringitis | 1 | | | |

Berdasarkan informasi dari **Tabel 4.8**, dalam kategori umur bayi, jenis ISPA yang didiagnosis adalah rhinitis. Rhinitis adalah kondisi peradangan pada mukosa hidung yang sering disebabkan oleh infeksi virus atau reaksi alergi (Liva et al., 2021). Penggunaan antibiotik untuk kategori umur ini tidak perlu di berikan karena ISPA jenis ini dianggap sebagai penyakit yang dapat sembuh sendiri (self-limiting disease), artinya dapat sembuh dengan sendirinya dalam waktu sekitar 1-2 minggu, hanya perlu istirahat (Permenkes, 2014). Terapi antibiotik pada kategori umur bayi di Puskesmas Yembekiri sudah sesuai dengan standar terapi antibiotik menurut Permenkes. Hal ini berarti bahwa penggunaan antibiotik untuk bayi di puskesmas tersebut telah mengikuti pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan informasi dari **Tabel 4.8**, dalam kategori umur balita, jenis ISPA yang didiagnosis meliputi berbagai kondisi seperti rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, faringitis, dan laringitis. Jenis-jenis ISPA ini mencerminkan rentang infeksi yang bisa dialami oleh anak-anak usia balita, yang sering memerlukan penanganan medis yang tepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Jenis antibiotik yang digunakan untuk mengobati ISPA pada kategori umur ini, yaitu amoxicilin, cefadroxil, dan eritromisin, dari ketiga antibiotik ini, amoxicilin adalah

yang paling banyak digunakan untuk terapi ISPA pada balita. Penggunaan antibiotik yang paling umum ini sejalan dengan rekomendasi dari Permenkes, yang menyarankan amoxicilin sebagai pilihan awal untuk terapi antibiotik dalam banyak kasus ISPA. Penetapan amoxicilin sebagai pilihan antibiotik tahap awal adalah karena spektrum aktivitasnya yang luas dan keefektifannya dalam mengatasi berbagai bakteri penyebab ISPA. (Permenkes RI, 2019). Oleh karena itu, penggunaan terapi antibiotik yang dilakukan di puskesmas dalam kategori umur balita sudah sesuai dengan standar Permenkes, menunjukkan bahwa pemberian antibiotik dilakukan dengan mempertimbangkan pedoman yang telah ditetapkan, yang mengurangi risiko penggunaan antibiotik yang tidak perlu dan membantu mencegah resistensi antibiotik..

Berdasarkan informasi dari **Tabel 4.8**, pada kelompok umur anak-anak, ISPA mencakup beberapa kondisi berbeda, seperti rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, dan faringitis. Untuk mengobati ISPA pada anak-anak, beberapa jenis antibiotik biasanya digunakan. Tiga di antaranya adalah amoxicilin, cefadroxil, dan eritromisin. Amoxicilin sering digunakan karena efektif melawan berbagai bakteri dan biasanya toleran terhadap anak-anak. Namun, dari ketiga antibiotik tersebut, cefadroxil adalah yang paling sering digunakan untuk terapi ISPA pada anak-anak. Cefadroxil, yang termasuk dalam kelompok antibiotik sefalosporin, memiliki kelebihan dalam mengatasi berbagai infeksi bakteri dengan efek samping yang relatif lebih ringan. Cefadroxil sering diresepkan ketika infeksi mungkin membutuhkan antibiotik dengan cakupan yang lebih luas atau jika ada kekhawatiran tentang resistensi antibiotik terhadap jenis tertentu.

Dalam kategori umur remaja, jenis ISPA yang didiagnosis mencakup rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, faringitis, dan laringitis. Berdasarkan informasi yang diberikan, penggunaan antibiotik dalam terapi ISPA pada remaja terdiri dari Amoxicilin, Cefadroxil, dan Eritromisin. Penggunaan antibiotik ini sesuai dengan pedoman terapi antibiotik yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Amoxicilin, sebagai antibiotik dengan spektrum luas, merupakan pilihan umum dalam pengobatan ISPA, sementara Cefadroxil, yang termasuk dalam kelompok antibiotik sefalosporin, juga memiliki aktivitas yang luas dan efektif dalam mengatasi berbagai bakteri penyebab ISPA. Eritromisin, antibiotik dari golongan

makrolida, dikenal karena efektivitasnya melawan bakteri yang berbeda. Kesesuaian terapi antibiotik ini menunjukkan bahwa pengobatan ISPA pada remaja dilakukan dengan mempertimbangkan pedoman resmi. Penggunaan Cefadroxil yang lebih dominan mungkin karena tingkat infeksi yang membutuhkan antibiotik dengan cakupan lebih luas atau untuk mengatasi resistensi antibiotik tertentu. (Tamma et al., 2012) Eritromisin sering digunakan sebagai alternatif ketika ada intoleransi terhadap antibiotik lain atau ketika bakteri yang berbeda perlu ditargetkan. Dengan pengobatan yang sesuai dengan pedoman Permenkes, risiko terapi antibiotik yang tidak perlu dapat dikurangi, dan risiko resistensi antibiotik bisa diminimalkan, memastikan pendekatan pengobatan yang aman dan efektif untuk remaja dengan ISPA.

Tabel 4.8 menjelaskan dalam kategori umur dewasa, ISPA yang didiagnosis meliputi beberapa jenis kondisi. Berdasarkan informasi yang diberikan, rinciannya adalah: rhinitis, rhinosinusitis, otitis media, faringitis, dan laringitis. Dari kasus-kasus ini, amoxicilin digunakan sebagai antibiotik utama, sementara cefadroxil hanya pada 1 kasus, dan tidak ada penggunaan eritromisin. Terapi antibiotik yang dilakukan dalam kelompok dewasa ini sesuai dengan pedoman Peraturan Menteri Kesehatan Permenkes. Penggunaan amoxicilin sebagai antibiotik utama untuk ISPA pada dewasa sejalan dengan pedoman yang mengarahkan pada antibiotik dengan spektrum aktivitas luas dan efektif melawan bakteri penyebab ISPA. Cefadroxil digunakan pada kasus tertentu, mungkin karena kebutuhan akan spektrum aktivitas yang berbeda atau untuk mencegah resistensi antibiotik. (Tamma et al., 2012) Keselarasan dengan pedoman Permenkes menunjukkan bahwa pemberian antibiotik dalam kategori umur dewasa mengikuti standar yang telah ditetapkan, mengurangi risiko terapi antibiotik yang tidak perlu, dan memastikan penggunaan antibiotik secara tepat dan aman. Selain itu, ketidakadaan penggunaan eritromisin menunjukkan bahwa terapi antibiotik disesuaikan dengan kebutuhan spesifik, sehingga menegaskan penerapan praktik medis yang sesuai dengan pedoman yang berlaku.

Amoxicilin dikenal sebagai pilihan utama dalam pengobatan pasien penderita ISPA. Sebagai antibiotik lini pertama, amoxicilin sering digunakan untuk mengobati berbagai jenis ISPA seperti otitis media, rhinitis, rhinosinusitis,

laringitis, dan faringitis. Karena kemampuannya dalam melawan berbagai jenis infeksi bakteri, amoxicilin kerap menjadi pilihan pertama dalam terapi ISPA. (Permenkes RI, 2019) Penelitian di Puskesmas Yembekiri menunjukkan bahwa cefadroxil adalah antibiotik kedua yang paling sering digunakan setelah amoxicilin. Cefadroxil, bagian dari golongan sefalosporin, biasanya dianggap sebagai pilihan kedua dalam terapi ISPA. Cefadroxil bekerja dengan cara yang mirip dengan amoxicilin, yaitu menghambat pembentukan dinding sel bakteri. (Katzung et al., 2007) Cefadroxil, seperti antibiotik *beta-laktam* lainnya, mengganggu sintesis dinding sel, sehingga efektif dalam melawan bakteri Gram positif dan Gram negatif. (Ningrum, 2022) Salah satu alasan cefadroxil sering digunakan adalah spektrumnya yang luas, yang efektif dalam mengatasi infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Streptococcus pyogenes*, bakteri grup A *hemolitik* yang sering menjadi penyebab faringitis. (Afriani, 2020) Karena kemampuannya mengatasi bakteri penyebab ISPA, cefadroxil menjadi alternatif yang baik jika resistensi terhadap amoxicilin atau intoleransi terhadap antibiotik lini pertama terjadi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah dilakukan di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama dapat di simpulkan bahwa :

1. Karakteristik responden ISPA di Puskesmas Yembekiri menunjukkan bahwa kelompok usia balita 35.1% dan remaja 27.8% lebih sering terkena ISPA dibandingkan kelompok usia lainnya. Di Puskesmas Yembekiri, kejadian ISPA menunjukkan distribusi yang lebih tinggi pada laki-laki 62.9% dibandingkan perempuan 37.1%. Jenis ISPA yang paling umum terjadi di Puskesmas Yembekiri adalah Rhinosinusitis dengan persentase 27,8%. Rhinosinusitis melibatkan peradangan pada sinus dan hidung, yang sering disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri, alergi, atau faktor lingkungan lainnya.
2. Antibiotik yang umum digunakan di Puskesmas Yembekiri meliputi amoksisilin 19,6%, sefadroksil 12,4%, dan eritromisin 4,1% . Di antara ketiganya, amoksisilin adalah antibiotik yang paling sering digunakan sebanyak 19,6%. Penggunaan antibiotik ini sesuai dengan pedoman terapi ISPA yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 8 Tahun 2021 mengenai Pedoman Penggunaan Antibiotik. Dalam pedoman ini, direkomendasikan bahwa ketika ISPA didiagnosis untuk pertama kalinya, amoksisilin adalah antibiotik yang dapat diberikan sebagai pilihan awal. Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan di Puskesmas Yembekiri sudah mengikuti regulasi yang berlaku dan sesuai dengan panduan nasional mengenai terapi antibiotik untuk ISPA.

5.2 Saran

1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, peneliti memberikan saran kepada peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian lebih lanjut mengenai pola persepan berdasarkan penggunaan obat pada penyakit lainnya.

2. Untuk instansi penting untuk memperhatikan kualitas penulisan seperti diagnosis yang lebih spesifik dan kelengkapan data rekam medik pasien. Data rekam medik yang lengkap dan tertata rapi memiliki peranan penting dalam pelayanan kesehatan. Data yang terorganisir dengan baik dapat membantu tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan yang tepat dan memantau perkembangan kesehatan pasien dari waktu ke waktu. Perhatian terhadap detail dalam pencatatan data rekam medik akan meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan serta menjamin kesesuaian perawatan dengan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Ruminsir, Q., M. Bambang, Y., & F. Lerebulan, E. (2020). Gambaran Pola Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Pediatri Infeksi Saluran Pernapasan Akut Di Puskesmas Tanjung Kasuari Kota Sorong. *Jurnal Inovasi Kesehatan*, 2(1), 6–11.
- Afriani, B. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita. *Cendekia Medika*, 5(1), 1–15. <https://doi.org/10.52235/cendekiamedika.v5i1.8>
- Ainu Zuhriyah, Nawafilla Februyani, & Laily Alifatul Jamilah. (2018). Tingkat Pengetahuan Penggunaan Antibiotik Jenis Amoxicillin Pada Masyarakat Desa Pilanggede Kecamatan Balen Kabupaten Bojonegoro. *Hospitality* 41, 7(2), 8. <https://stp-mataram.e-journal.id/JIH/article/download/197/170/>
- Amelia, N. L., Zuleika, P., & Utama, D. S. (2017). Prevalensi rinosinusitis kronik di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*, 49(2), 76.
- Anggita, D., Nurisyah, S., & Wiriansya, E. P. (2022). Mekanisme Kerja Antibiotik: Review Article. *UMI Medical Journal*, 7(1), 46–58. <https://doi.org/10.33096/umj.v7i1.149>
- Djamil, P. A., Himayani, R., & Ayu, P. R. (2023). Otitis Media Akut: Etiologi, Patofisiologi, Diagnosis, Stadium, Tatalaksana, dan Komplikasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia (JIKSI)*, 4(1), 3–8. <https://doi.org/10.57084/jiksi.v4i1.1096>
- Fauziah, D. R., & Fajariyah, N. (2023). Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku Orang Tua terhadap Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kelurahan Cipadak-Jakarta Selatan. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(2), 408–425. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i2.9417>
- Fauziyah, I. A., Yuliasri, W. O., Masyarakat, S. K., Kesehatan, F. I., & Waluya, U. M. (2023). *Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Ispa Rawat Jalan Di Puskesmas Mata Kota Kendari Periode Januari-April 2022 Evaluation Of Rationality Of Antibiotic Use In Outstanding Ari Patients In Kendari Mata Puskesmas The Period Of January-April*. 2(4).
- Frete, F. de, Messakh, S. T., & Saogo, I. D. M. (2020). Manajemen Keluarga Terhadap Penanganan ISPA Berulang Pada Balita di Puskesmas Mangunsari Salatiga. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 2(4), 275–281. <https://doi.org/10.25026/jsk.v2i4.144>
- Gunawan, V. L., & Widjaja, G. (2023). *Diagnosis dan Tata Laksana Rinosinusitis Akut*. v(2), 191–193.
- Hermawan, Komang, & Sari, A. K. (2014). *Pola Pemberian Antibiotik Pada Pasien Ispa Bagian Atas Di Puskesmas Sukasada Ii Pada Bulan Mei – Juni 2014*. 1–11.
- Hidayati, A. N., & Wahyono, B. (2018). Pelayanan Puskesmas Berbasis

- Manajemen Terpadu Balita Sakit Dengan Kejadian Pneumonia Balita Public Health Center Services Based On Integrated Management Of Ilnes Toddlers With Toddlers Pneumonia Incidence. *KEMAS*, 7(1), 35–40. <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kemas>
- Indah, F. P. S., Hasanah, N., & Prasisca, F. (2017). Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Pediatri Di Instalasi Rawat Jalan RSUD Bhakti Asih Ciledug. *Edu Masda Journal*, 1(1), 26. <https://doi.org/10.52118/edumasda.v1i1.6>
- Iskandar, A., Tanuwijaya, S., & Yuniarti, L. (2015). Hubungan Jenis Kelamin dan Usia Anak Satu Tahun Sampai Lima Tahun dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). In *Global Medical & Health Communication (GMHC)* (Vol. 3, Issue 1, p. 1). <https://doi.org/10.29313/gmhc.v3i1.1538>
- Jannah, M., & Satwika, Y. W. (2021). Pengalaman Krisis Identitas Pada Remaja Yang Mendapatkan Kekerasan Dari Orangnya. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 8(2), 51–59. <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/character/search/search>
- Katzung, B. G., Masters, S. B., & Trevor, A. J. (2007). *Basic and clinical pharmacology (katzung & trevor) 13th ed.*
- Katzung, B. G., & Trevor, A. J. (2017). Basic & Clinical Pharmacology. In *AMGH Editora* (Vol. 91, Issue 5).
- Kemendes RI. (2017). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. In *Handbook* (Vol. 7, Issue 3, pp. 1–56).
- Khan, S., Priti, S., & Ankit, S. (2015). Bacteria etiological agents causing lower respiratory tract infections and their resistance patterns. *Iranian Biomedical Journal*, 19(4), 240–246. <https://doi.org/10.7508/ibj.2015.04.008>
- Lim, W. S. (2021). Pneumonia—Overview. *Encyclopedia of Respiratory Medicine, Second Edition*, 4(January), 185–197. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.11636-8>
- Lindquist, B., Zachariah, S., & Kulkarni, A. (2017). Adult Epiglottitis: A Case Series. *The Permanente Journal*, 21, 2–5. <https://doi.org/10.7812/TPP/16-089>
- Liva, G. A., Karatzanis, A. D., & Prokopakis, E. P. (2021). Review of rhinitis: Classification, types, pathophysiology. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 10, Issue 14). <https://doi.org/10.3390/jcm10143183>
- Masripah, S., & Rosmiati, M. (2021). Profil Penggunaan Antibiotik pada Pasien Klinik Anak di Rumah Sakit MM Indramayu Periode Januari-Maret 2021. *Jurnal Health Sains*, 2(11), 1490–1504. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i11.338>
- Natasya, F. A. (2022). Tatalaksana Pneumonia. *Jurnal Medika Hutama*, 03(02), 2392–2399.

- Ningrum, D. M. (2022). Profil Pengobatan Obat Ispa Non Pneumonia Pada Anak Di Puskesmas Mantang Lombok Tengah. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Kesehatan Politeknik Medica Farma Husada Mataram*, 8(2), 106–111. <https://doi.org/10.33651/jpkik.v8i2.356>
- Nirmala Utami, P. M., Purniti, P. S., & Arimbawa, I. M. (2018). Hubungan Jenis Kelamin, Status Gizi Dan Berat Badan Lahir Dengan Angka Kejadian Ispa Pada Balita Di Puskesmas Banjarangkan Ii Tahun 2016. *Intisari Sains Medis*, 9(3), 135–139. <https://doi.org/10.15562/ism.v9i3.216>
- Nufus, L. S., & Pertiwi, D. (2019). Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Penggunaan Antibiotik (Amoxicilin) Berdasarkan Usia Di Dusun Karang Panasan. *Jurnal Keperawatan*, 54–62. <https://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/jk/article/view/92>
- Oktianti, D., & Hati, A. K. (2023). Edukasi Penggunaan Antibiotik pada Siswa di SMK Nusapersada dan SMK Bhakti Nusantara untuk Mencegah Terjadinya Resistensi. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 3(4), 1181–1186. <https://doi.org/10.54082/jamsi.819>
- Ovung, A., & Bhattacharyya, J. (2021). Sulfonamide drugs: structure, antibacterial property, toxicity, and biophysical interactions. *Biophysical Reviews*, 13(2), 259–272. <https://doi.org/10.1007/s12551-021-00795-9>
- Pasaribu, R. K., Santosa, H., Kumala, S., Nurmaini, N., & Hasan, D. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada Balita Di Daerah Pesisir Kota Sibolga Tahun 2020. *Syntax Idea*, 3(6), 1442–1454. <https://doi.org/10.46799/syntax-idea.v3i6.1232>
- Permenkes. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. 12030204039.
- Permenkes RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas, Nomor 65(879)*, 2004–2006.
- Permenkes RI. (2021). *Pedoman Penggunaan Antibiotik*. 217, 1–98.
- Rika, A., Anisah, A., Dewi, & Purnama, N. (2021). Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di Rumah Sakit. *Baiturrahmah Medical Journal*, 1(1), 69–76.
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes*.
- Sari, W. K., Advistasari, Y. D., & Elisa, N. (2024). Pola Peresepan Antibiotik Untuk Pengobatan Infeksi Saluran Pernafasan Atas (Ispa) Di Klinik X. 8(1), 17–27.
- Setiawan, F., Fadillah, C. A., Wafa, F. N., Hendari, M. R., Putri, S. G., Nurhayati, T., & Febriyanti, Y. (2023). Penyuluhan penggunaan antibiotik yang tepat dan benar dalam upaya pencegahan resistensi antibiotik. *Jurnar Masyarakat Mandiri*, 7(4), 3681–3689.
- Simanjuntak, J., Santoso, E., & Marji. (2021). Klasifikasi Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dengan Menerapkan Metode Fuzzy K-Nearest

- Neighbor. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 5(11), 5023–5029.
- Sugiarti, T. (2018). Studi Penggunaan Antibiotik pada Pasien Penyakit ISPA Usia Bawah Lima Tahun di Instalasi Rawat Jalan Puskesmas Sumbersari Periode 1 Januari-31 Maret 2014. *Studi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Penyakit ISPA Usia Bawah Lima Tahun Di Instalasi Rawat Jalan Puskesmas Sumbersari*, 3(2), 262–266.
- Syamsi, N. . N. (2019). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Atas Pada Balita. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(2), 57–62. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v8i2.108>
- Tambunan, T., Rundjan, L., Satari, H. I., Windiastuti, E., Somasetia, D. H., & Kadim, M. (2012). Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak. *Idai*, 197–198.
- Tamma, P. D., Cosgrove, S. E., & Maragakis, L. L. (2012). Combination therapy for treatment of infections with gram-negative bacteria. In *Clinical Microbiology Reviews* (Vol. 25, Issue 3, pp. 450–470). <https://doi.org/10.1128/CMR.05041-11>
- Tazinya, A. A., Halle-Ekane, G. E., Mbuagbaw, L. T., Abanda, M., Atashili, J., & Obama, M. T. (2018). Risk factors for acute respiratory infections in children under five years attending the Bamenda Regional Hospital in Cameroon. *BMC Pulmonary Medicine*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0579-7>
- WHO. (2020). Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre. Practical manual to set up and manage a SARI treatment centre and a SARI screening facility in health care facilities. *World Health Organization, March*, 120. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331603/WHO-2019-nCoV-SARI_treatment_center-2020.1-eng.pdf
- Wulandari, N. P. D., Marani Kurnianta, P. D., Dhrik, M., & Arini, H. D. (2021). Pola Pemberian Antibiotik untuk Infeksi Saluran Pernapasan Atas Pada Pasien Anak Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum di Gianyar Tahun 2018. *Acta Holistica Pharmacia*, 3(1), 1–8.
- Zhang, Z., Hu, Y., Zou, G., Lin, M., Zeng, J., Deng, S., Zachariah, R., Walley, J., Tucker, J. D., & Wei, X. (2017). Antibiotic prescribing for upper respiratory infections among children in rural China: A cross-sectional study of outpatient prescriptions. *Global Health Action*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1287334>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Pengantar Permohonan Izin Penelitian



FAKULTAS SAINS TERAPAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN MUHAMMADIYAH SORONG
Office: Gd. KH. Mas Mansur, Kampus UNIMUDA Sorong

Jl. KH. Ahmad Dahlan, Mariyat Pantai, Distrik Aimas, Sorong, Papua Barat ☎ +62 8114831212

Rabu, 27 Maret 2024

Nomor : 019/1.3.AU/DKN-FASTER/D/2024

Perihal : **Permohonan izin Penelitian**

Lampiran : -

Kepada Yth:
UPTD Puskesmas Yembekiri
Di_
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan proses penyusunan tugas akhir skripsi mahasiswa Program Studi Farmasi Fakultas Sains Terapan Universitas Pendidikan Muhammadiyah (UNIMUDA) Sorong, maka kami bermaksud memohon dengan hormat kepada Kepala **UPTD Puskesmas Yembekiri** untuk memberikan izin penelitian dan pengambilan data atas nama mahasiswa di bawah ini:

Nama : Mustopa
NIM : 144820120059
No. Hp Mahasiswa : 0821-1136-7067
Lama Penelitian : Maret - April 2024
Judul Tugas Akhir : Pola Peresapan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas bantuan dan perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Wakil Dekan I,
Fakultas Sains Terapan



(Signature)
apt. Lukman Hardia, M. Si.
NIDN. 4419069301



fasterunimuda@gmail.com

Lampiran 2. Surat izin penelitian di Puskesmas Yembekiri



PEMERINTAHAN KABUPATEN TELUK WONDAMA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS YEMBEKIRI
Jl. Hendrik Tetelepta No.02 Kampung Yembekiri 1 Distrik Rumberpon



SURAT KETERANGAN
 Nomor *02*/PKMYBKR/IV/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Marianto L. Pasapan, S.K.M.
 NIP : 1979 0330 2005 02100 4
 Pangkat Golongan : Penata TK.I/IIID
 Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Yembekiri

Menerangkan bahwa mahasiswa atas nama :

Nama : MUSTOPA
 NIM : 144820120059
 Jurusan : S1 Farmasi
 Institusi : Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong

Telah selesai melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama, guna memperoleh data dalam rangka penyusunan penelitian yang berjudul **“POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA”**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,

Kepala UPTD Puskesmas Yembekiri



Marianto L. Pasapan, S.K.M.
 NIP. 1979 0330 2005 02100 4

Lampiran 3. Tabulasi Data Penelitian Excel

| NO | NAMA PASIEN | J/K | UMUR | KATEGORI UMUR | GEJALA | DIAGNOSIS AWAL | TERAPI | DOSIS | ANTIBIOTIK |
|----|-------------|-----|----------|---------------|--|----------------|--|--------------------------|------------|
| 1 | A.M | P | 4 Tahun | Balita | Demam, salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr Amoxicilin Syr | 3x1 3x1 | Ya |
| 2 | Y.K | L | 25 Tahun | Dewasa | Demam, hidung tersumbat | Rhinosinusitis | Amoxicilin Ibuprofen Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 3 | M.M | P | 35 Tahun | Dewasa | Demam, hidung tersumbat | Rhinosinusitis | Cefadroxil Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 4 | M.L.K | L | 26 Tahun | Dewasa | Gatal, demam | Otitis Media | Ctm Ibuprofen | 3x1 3x1 | Tidak |
| 5 | A.W | L | 30 Tahun | Dewasa | Demam, hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Amoxicilin Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 6 | D.S | L | 12 Tahun | Remaja | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 7 | S.S | P | 8 Tahun | Anak-anak | demam, filek, hidung tersumbat | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 8 | Y.K | P | 2 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3X1 | Tidak |
| 9 | W.M | L | 6 Tahun | Anak-anak | Demam, hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Cefadroxil Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 10 | Y | L | 24 Tahun | Dewasa | Flu, Trnggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Vit C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 11 | Y.K | L | 21 Tahun | Dewasa | Flu, Trnggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Amoxicilin Vit C | 3x1 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 12 | K.W | L | 1 Tahun | Balita | Demam, Salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3x1 | Tidak |
| 13 | J.S | L | 5 Tahun | Balita | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 14 | Y.W | L | 18 Tahun | Remaja | sakit tenggorokan, batuk, demam, suara serak | Laringitis | Cefadroxil Ambroxol Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 15 | A.K | L | 10 Tahun | Anak-anak | Flu, Tenggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Loratadin | 3x1 2x1 1x1 | Tidak |
| 16 | K.W | L | 14 Tahun | Remaja | batuk, serak | Laringitis | Amoxicilin Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 17 | J.W.K | L | 1 Tahun | Balita | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 18 | Y.M | P | 19 Tahun | Remaja | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Cefadroxil Vit C | 3x1 2x1 3x1 3x1 | Ya |
| 19 | A.Y | P | 3 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Amoxicilin Syr Paracetamol Syr Vit-C | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 20 | Y.M | L | 5 Tahun | Balita | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Dexamethasone Vit C | 2x1/2 3x1 | Tidak |
| 21 | F.R.T | L | 18 Tahun | Remaja | flu, demam | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 22 | M.K | P | 16 Tahun | Remaja | batuk, serak, sakit menelan | Laringitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 23 | K.M | P | 18 Tahun | Remaja | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | Cefadroxil Dexamethasone Vit C | 3x1 2x1 3x1 3x1 | Ya |
| 24 | D.S | L | 5 Tahun | Balita | Gatal hidung, demam | Otitis Media | CTM Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |

| | | | | | | | | | |
|----|-------|---|----------|-----------|--|----------------|--|--------------------------|-------|
| 25 | Y.K | L | 14 Tahun | Remaja | batuk,Suara hilang | Laringitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 26 | A.T.W | L | 3 Tahun | Balita | filek, Demam | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 27 | B.M | L | 4 Tahun | Balita | demam, filek, | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 28 | D.W | L | 7 Tahun | Anak-anak | flu,batuk,Tenggorokan sakit,demam | Rhinitis | Cefadroxil Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 29 | A.Y | P | 3 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Amoxicilin Syr Paracetamol Syr Vit- C | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 30 | D.S | P | 5 Tahun | Balita | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Dexamethasone Vit C | 3x1/2 3x1 | Tidak |
| 31 | K.S | L | 18 Tahun | Remaja | flu,demam | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone Vit- C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 32 | A.T.W | L | 8 Tahun | Anak-anak | batuk,serak,sakit menelan | Rhinitis | Cefadroxil Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 33 | D.W | L | 2 Tahun | Balita | Tenggorokan sakit, batuk | Rhinitis | Cefadroxil Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 34 | B.M | P | 6 Tahun | Anak-anak | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | Dexamethasone Cefadroxil Vit C | 3x1 2x1 3x1 3x1 | Ya |
| 35 | J.W.K | P | 2 Tahun | Balita | Gatal hidung, demam | Otitis Media | CTM Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |
| 36 | A.Y | L | 21 Tahun | Dewasa | batuk,Suara hilang | Laringitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 37 | B.M | L | 1 Tahun | Bayi | filek, Demam | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 38 | A.W | P | 17 Tahun | Remaja | sakit tenggorokan, batuk, demam, suara serak | Laringitis | Ambroxol Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Tidak |
| 39 | D.W | L | 16 Tahun | Remaja | flu,batuk,Tenggorokan sakit,demam | Rhinitis | Cefadroxil Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 40 | A.T.W | P | 18 Tahun | Remaja | Demam,hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Cefadroxil Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 41 | I.W | L | 5 Tahun | Anak-anak | Gatal hidung, demam | Otitis Media | Cetirizine Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |
| 42 | S.H.W | L | 19 Tahun | Remaja | Flu, Trnggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Vit C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 43 | D.S | P | 3 Tahun | Balita | Demam, Salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3x1 | Tidak |
| 44 | F.T.W | P | 5 Tahun | Anak-anak | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 45 | Y.K.W | L | 23 Tahun | Dewasa | Flu, Trnggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Vit C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 46 | M.S | P | 8 Tahun | Anak-anak | Flu, Tenggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Loratadin | 3x1 2x1 1x1 | Tidak |
| 47 | D.S | L | 2 Tahun | Balita | batuk,serak | Laringitis | Amoxicilin Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 48 | A.Y | L | 6 Tahun | Anak-anak | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 49 | B.M | L | 7 Tahun | Anak-anak | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Cefadroxil Vit C | 3x1 2x1 3x1 3x1 | Ya |

| | | | | | | | | | |
|----|-------|---|----------|-----------|--|----------------|--|--------------------------|-------|
| 50 | Y.K | L | 19 Tahun | Remaja | batuk,Suara hilang | Laringitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 51 | A.T.W | L | 5 Tahun | Balita | filek, Demam | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 52 | B.M | L | 8 Tahun | Anak-anak | demam, filek, | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 53 | D.W | L | 2 Tahun | Balita | flu,batuk,Tenggorokan sakit,demam | Rhinitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 54 | A.Y | P | 3 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Amoxicilin Syr Paracetamol Syr Vit- C | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 55 | B.M | L | 3 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Amoxicilin Syr Paracetamol Syr Vit- C | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 56 | T.K | L | 5 Tahun | Balita | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Dexamethasone Amoxicilin Vit C | 2x1/2 3x1/2 3x1 | Ya |
| 57 | A.T.W | L | 18 Tahun | Remaja | flu,demam | Rhinosinusitis | Erytromycin Paracetamol Dexamethasone Vit- C | 3x1 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 58 | Y.M | P | 5 Tahun | Anak-anak | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 59 | D.S | P | 18 Tahun | Remaja | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | CTM Dexamethasone Ambroxol Vit C | 2x1 2x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 60 | Y.K | L | 21 Tahun | Dewasa | Flu, Trnggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Amoxicilin Vit C | 3x1 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 61 | K.W | L | 1 Tahun | Balita | Demam, Salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3x1 | Tidak |
| 62 | J.S | P | 5 Tahun | Balita | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 63 | Y.W | L | 18 Tahun | Remaja | sakit tenggorokan, batuk, demam, suara serak | Laringitis | Cefadroxil Ambroxol Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 64 | A.K | L | 10 Tahun | Anak-anak | Flu, Tenggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Loratadin | 3x1 2x1 1x1 | Tidak |
| 65 | Y.W | L | 14 Tahun | Remaja | batuk,serak | Laringitis | Ambroxol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 66 | J.W.K | L | 9 Tahun | Anak-anak | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 67 | D.M.S | P | 19 Tahun | Remaja | Tenggorokan sakit, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Vit C | 3x1 2x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 68 | A.Y | P | 3 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Amoxicilin Syr Paracetamol Syr Vit- C | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 69 | Y.M | L | 5 Tahun | Balita | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Dexamethasone Amoxicilin Vit C | 2x1/2 3x1/2 3x1 | Ya |
| 70 | F.R.T | L | 18 Tahun | Remaja | flu,demam | Rhinosinusitis | Erytromycin Paracetamol Dexamethasone Vit- C | 3x1 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 71 | A.M | P | 4 Tahun | Balita | Demam,salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr Amoxicilin Syr | 3x1 3x1 | Tidak |
| 72 | Y.K | L | 25 Tahun | Dewasa | Demam,hidung tersumbat | Rhinosinusitis | Amoxicilin Ibuprofen Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |

| | | | | | | | | | |
|----|-------|---|----------|-----------|--|----------------|---|-----------------------|-------|
| 73 | M.M | P | 35 Tahun | Dewasa | Demam, hidung tersumbat | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Tidak |
| 74 | M.L.K | L | 26 Tahun | Dewasa | Gatal, demam | Otitis Media | Ctm Ibuprofen | 3x1 3x1 | Tidak |
| 75 | A.W | L | 30 Tahun | Dewasa | Demam, hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Amoxicilin Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 76 | D.S | L | 12 Tahun | Remaja | filek, Panas | Rhinosinusitis | Paracetamol Dexamethasone | 3x1 2x1 | Tidak |
| 77 | S.R | P | 8 Tahun | Anak-anak | demam, filek, hidung tersumbat | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 78 | Y.K | P | 2 Tahun | Balita | Demam, hidung Tersumbat | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3X1 | Tidak |
| 79 | W.M | L | 6 Tahun | Anak-anak | Demam, hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Cefadroxil Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 3x1 | Ya |
| 80 | R.M | P | 3 Tahun | Balita | Gatal hidung, demam | Otitis Media | Cetirizine Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |
| 81 | D.S | L | 18 Tahun | Remaja | demam, filek, | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 82 | D.I | L | 15 Tahun | Remaja | sakit tenggorokan, batuk, demam, suara serak | Laringitis | Ambroxol Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Tidak |
| 83 | R.R | P | 10 Tahun | Anak-anak | demam, filek, hidung tersumbat | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 84 | E.S | L | 4 Tahun | Balita | Gatal hidung, demam | Otitis Media | CTM Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |
| 85 | D.W | P | 18 Tahun | Remaja | batuk, demam, suara serak | Laringitis | Ambroxol Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Tidak |
| 86 | A.W | L | 12 Tahun | Anak-anak | Flu, Tenggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Loratadin | 3x1 2x1 1x1 | Tidak |
| 87 | A.I | P | 10 Tahun | Anak-anak | demam, filek, | Rhinitis | Paracetamol CTM Vit-C | 3x1 3x1 3x1 | Tidak |
| 88 | D.W | L | 5 Tahun | Balita | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Dexamethasone Amoxicilin Vit C | 2x1/2 3x1/2 3x1 | Ya |
| 89 | Y.M | P | 3 Tahun | Balita | Gatal hidung, demam | Otitis Media | Cetirizine Paracetamol | 2x1 3x1 | Tidak |
| 90 | K.K | L | 3 Tahun | Balita | Demam, Salesma | Rhinitis | Paracetamol Syr | 3x1 | Tidak |
| 91 | Y.A.K | P | 12 Tahun | Remaja | Gatal, demam | Otitis Media | Tetes Telinga Ctm Ibuprofen | 3x2 ts 3x1 3x1 | Tidak |
| 92 | A.M | P | 8 Tahun | Anak-anak | Demam, salesma | Rhinitis | Paracetamol Amoxicilin | 3x1 3x1 | Ya |
| 93 | V.K | P | 19 Tahun | Remaja | Demam, hidung tersumbat, susah nafas | Rhinosinusitis | Amoxicilin Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 | Ya |
| 94 | J.M | L | 13 Tahun | Remaja | Demam, sakit tenggorokan | Faringitis | Erytromycin Vit C | 3x1 3x1 | Ya |
| 95 | L.S | P | 4 Tahun | Balita | Flu, Tenggorokan Gatal, batuk | Faringitis | Ambroxol Dexamethasone Loratadin | 3x1 2x1 1x1 | Tidak |
| 96 | D.W | L | 2 Tahun | Balita | batuk, serak | Laringitis | Amoxicilin Ambroxol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Ya |
| 97 | A.W | L | 6 Tahun | Anak-anak | filek, Panas | Rhinosinusitis | Erytromycin Paracetamol Dexamethasone | 3x1 3x1 2x1 | Ya |

Lampiran 4. Analisis Data Penelitian SPSS

Case Processing Summary

| | Valid | | Cases Missing | | Total | |
|---|-------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KATEGORI UMUR * DIAGNOSIS | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |
| KATEGORI UMUR * ANTIBIOTIK YANG DIBERIKAN | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |
| KATEGORI UMUR * PENGGUNAAN ANTIBIOTIK | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |
| JENIS KELAMIN * DIAGNOSIS | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |
| JENIS KELAMIN * ANTIBIOTIK YANG DIBERIKAN | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |
| JENIS KELAMIN * PENGGUNAAN ANTIBIOTIK | 97 | 100.0% | 0 | 0.0% | 97 | 100.0% |

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-----------------------|------|----------------|----|
| KATEGORI UMUR | 3.18 | 1.090 | 97 |
| PENGGUNAAN_ANTIBIOTIK | 1.64 | .483 | 97 |
| DIAGNOSIS | 2.68 | 1.426 | 97 |
| OBAT YANG DIBERIKAN | 3.12 | 1.244 | 97 |
| JENIS KELAMIN | 1.63 | .486 | 97 |

JENIS KELAMIN * PENGGUNAAN ANTIBIOTIK

| | | PENGGUNAAN ANTIBIOTIK | | | Total |
|---------------|-----------|-----------------------|-------|-------|--------|
| | | YA | TIDAK | | |
| JENIS KELAMIN | PEREMPUAN | Count | 13 | 23 | 36 |
| | | % of Total | 13.4% | 23.7% | 37.1% |
| | LAKI-LAKI | Count | 22 | 39 | 61 |
| | | % of Total | 22.7% | 40.2% | 62.9% |
| Total | | Count | 35 | 62 | 97 |
| | | % of Total | 36.1% | 63.9% | 100.0% |

| Chi-Square Tests | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | .000 ^a | 1 | .996 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .000 | 1 | .996 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .583 |
| Linear-by-Linear Association | .000 | 1 | .996 | | |
| N of Valid Cases | 97 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.99.
b. Computed only for a 2x2 table

KATEGORI UMUR * ANTIBIOTIK YANG DIBERIKAN

| | | ANTIBIOTIK YANG DIBERIKAN | | | | | Total |
|---------------|------------|---------------------------|--------------|-------------|------------------|-------|--------|
| | | AMOKSILIN | CEFADROXIL E | ERYTROMISIN | TANPA ANTIBIOTIK | | |
| KATEGORI UMUR | BAYI | Count | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | | % of Total | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.0% | 1.0% |
| BALITA | Count | 11 | 3 | 0 | 0 | 20 | 34 |
| | % of Total | 11.3% | 3.1% | 0.0% | 0.0% | 20.6% | 35.1% |
| ANAK-ANAK | Count | 1 | 2 | 1 | 1 | 18 | 22 |
| | % of Total | 1.0% | 2.1% | 1.0% | 1.0% | 18.6% | 22.7% |
| REMAJA | Count | 1 | 6 | 3 | 1 | 17 | 27 |
| | % of Total | 1.0% | 6.2% | 3.1% | 1.0% | 17.5% | 27.8% |
| DEWASA | Count | 6 | 1 | 0 | 0 | 6 | 19 |
| | % of Total | 6.2% | 1.0% | 0.0% | 0.0% | 6.2% | 13.4% |
| Total | | Count | 18 | 12 | 4 | 62 | 97 |
| | | % of Total | 19.6% | 12.4% | 4.1% | 63.9% | 100.0% |

| Chi-Square Tests | | | |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 24.012 ^a | 12 | .020 |
| Likelihood Ratio | 26.075 | 12 | .010 |
| Linear-by-Linear Association | .095 | 1 | .757 |
| N of Valid Cases | 97 | | |

a. 14 cells (70.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

| | Chi-Squared | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|-------------|-------------|----|-----------------------------------|
| Breslow-Day | .000 | 0 | . |
| Tarone's | .000 | 0 | . |

Tests of Conditional Independence

| | Chi-Squared | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|-----------------|-------------|----|-----------------------------------|
| Cochran's | .000 | 1 | .996 |
| Mantel-Haenszel | .045 | 1 | .831 |

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-------------|-------|
| Estimate | 1.002 | | |
| ln(Estimate) | .002 | | |
| Standard Error of ln(Estimate) | .438 | | |
| Asymptotic Significance (2-sided) | .996 | | |
| Asymptotic 95% Confidence Interval | Common Odds Ratio | Lower Bound | .425 |
| | | Upper Bound | 2.362 |
| | ln(Common Odds Ratio) | Lower Bound | -.856 |
| | | Upper Bound | .860 |

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

JENIS KELAMIN * DIAGNOSIS

| | | DIAGNOSIS | | | | | Total | |
|---------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|-------|--------|
| | | REHINITIS | RHINOSITIS | OTITIS MEDIA | FARINGITIS | LARINGITIS | | |
| JENIS KELAMIN | PEREMPUAN | Count | 9 | 12 | 4 | 5 | 6 | 36 |
| | | % of Total | 9.3% | 12.4% | 4.1% | 5.2% | 6.2% | 37.1% |
| LAKI-LAKI | Count | 17 | 15 | 5 | 17 | 7 | 61 | |
| | % of Total | 17.5% | 15.5% | 5.2% | 17.5% | 7.2% | 62.9% | |
| Total | | Count | 26 | 27 | 9 | 22 | 13 | 97 |
| | | % of Total | 26.6% | 27.8% | 9.3% | 22.7% | 13.4% | 100.0% |

| Chi-Square Tests | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 3.305 ^a | 4 | .508 |
| Likelihood Ratio | 3.424 | 4 | .490 |
| Linear-by-Linear Association | .049 | 1 | .826 |
| N of Valid Cases | 97 | | |

a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.34.

Lampiran 5. Dokumentasi di Lokasi Penelitian



Lampiran 6. Surat keterangan telah melakukan penelitian di Puskesmas



PEMERINTAHAN KABUPATEN TELUK WONDAMA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS YEMBEKIRI
Jl. Hendrik Tetelepta No.02 Kampung Yembekiri 1 Distrik Rumberpon



SURAT KETERANGAN
 Nomor *012*/PKMYBKR/IV/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Marianto L. Pasapan, S.K.M.
 NIP : 1979 0330 2005 02100 4
 Pangkat Golongan : Penata TK.I/IIID
 Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Yembekiri

Menerangkan bahwa mahasiswa atas nama :

Nama : MUSTOPA
 NIM : 144820120059
 Jurusan : S1 Farmasi
 Institusi : Universitas Pendidikan Muhammadiyah Sorong

Telah selesai melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama, guna memperoleh data dalam rangka penyusunan penelitian yang berjudul **“POLA PERESEPAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN ISPA DI PUSKESMAS YEMBEKIRI KABUPATEN TELUK WONDAMA”**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,

Kepala UPTD Puskesmas Yembekiri



Marianto L. Pasapan, S.K.M.
 NIP. 1979 0330 2005 02100 4

Lampiran 6. Surat keterangan bebas plagiat



FAKULTAS SAINS TERAPAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN MUHAMMADIYAH SORONG
 Office: Gd. KH. Mas Mansur, Kampus UNIMUDA Sorong

Jl. KH. Ahmad Dahlan, Mariyat Pantai, Distrik Aimas, Sorong, Papua Barat ☎ +62 8114831212

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT
Nomor: 093/KET/I.3.AU/DKN-FASTER/D/2024

Nama : A.M. Muslihin, S.Farm., M.Si.
 NIDN : 1428089501
 Jabatan : Operator Turnitin

Menerangkan Bahwa:

Nama : Mustopa
 NIM : 144820120059
 Program Studi : Farmasi
 Jenjang Pendidikan : S1
 Judul Skripsi : Pola Peresepan Antibiotik Pada Pasien ISPA Di Puskesmas Yembekiri Kabupaten Teluk Wondama.

Dinyatakan **Bebas Plagiat**, berdasarkan hasil pengecekan pada Turnitin menunjukkan angka **Similarity Index $\leq 20\%$** sesuai dengan peraturan Universitas Pendidikan Muhammadiyah (UNIMUDA) Sorong yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


Sorong, 02 Mei 2024

(Operator Turnitin Fakultas Sains Terapan)

Mengetahui,
Dekan FASTER UNIMUDA


 A.M. Muslihin, S.Farm., M.Si.
 NIDN:1428089501



 fasterunimuda@gmail.com