

BAB IV

PEMBAHASAN

Dari hasil yang diperoleh melalui data rekam medis pasien bedah sesar RSUP Dr. Sardjito tahun 2016, diperoleh keseluruhan pasien yang melakukan persalinan baik normal maupun sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016 sebanyak 430 pasien. Pasien dengan persalinan normal sebanyak 105 pasien (24,41 %) dan 325 pasien (75,58%) melakukan persalinan sesar di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2016. Pada penelitian ini diambil sampel sebanyak 180 pasien dari semua sampel pasien persalinan sesar. Jumlah persalinan sesar yang ada, seluruhnya menggunakan antibiotik profilaksis sebelum penanganan sesar dilakukan. Penggunaan antibiotik profilaksis rutin dilakukan sebelum operasi bedah sesar untuk menghindari infeksi paska operasi, yang dapat mengakibatkan infeksi pada luka sayatan bedah sesar.

A. Karakteristik Pasien

1. Karakteristik pasien berdasarkan usia

Data yang diambil dari rekam medis di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016, didapatkan rentang usia pasien yang melakukan persalinan bedah sesar yaitu dari umur 14 tahun hingga 45 tahun. Diungkap dari Prosiding Seminar Nasional oleh Nursaidah (2017) yang mengutip dari *Royal College of Obstetricians dan Gynecologist* menyatakan bahwa “Usia aman untuk ibu hamil adalah usia 20 hingga 35 tahun”.

Tabel 4. Distribusi Usia Pasien Bedah Sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Periode Januari – Desember 2016

No	Usia Pasien (tahun)	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1.	20-35	125	69,44
2.	>35	47	26,11
3.	< 20	4	2,22
TOTAL		180	100

Dari data tabel di atas, dapat terlihat usia yang paling banyak melakukan persalinan sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016 adalah rentang usia 20 hingga 35 tahun sebanyak 125 pasien (69,44%) yang artinya pasien-pasien di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta banyak yang memiliki kriteria aman untuk melakukan persalinan seperti teori dari *Royal College of Obstetricians dan Gynecologist* yang menyatakan usia aman tidak beresiko pada kesehatan ibu dan anak saat persalinan adalah usia 20 hingga 35 tahun. Pasien dengan usia persalinan > 35 tahun sebanyak 47 pasien (26,11%) dan pasien dengan usia dibawah <20 tahun hanya sebanyak 4 pasien (2,22%) dari total responden sebanyak 180 pasien (Nursaidah, 2017).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Pontoh (2014) yang mendapati dari hasil penelitiannya lebih banyak pasien bedah sesar dengan usia produktif 20-35 tahun. Pada rentang usia tersebut kondisi fisik wanita dianggap sangat prima dan secara umum siap merawat dan menjaga kehamilan, rahim pun sudah mampu memberikan perlindungan maksimal pada kehamilan (Pontoh, 2015).

Usia ibu yang masih terlalu muda akan mempengaruhi psikologi dan dalam merawat bayi, begitu juga dengan usia yang sudah terlalu tua akan mengalami kesulitan dalam persalinan disebabkan karena jaringan otot rahim kurang baik (Sitio, 2015). Usia merupakan salah satu faktor penting yang ikut menentukan prognosis kehamilan. Wanita hamil dan melahirkan diusia kurang dari 20 tahun diperkirakan memiliki faktor resiko 2 (dua) hingga 5 (lima) kali lebih tinggi mengalami kematian maternal dan meningkat kembali resiko tersebut pada usia lebih dari 35 tahun (Abdurradjak, 2016).

2. Karakteristik pasien berdasarkan paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita. *Gravida* (kehamilan) merupakan salah satu komponen status paritas dengan notasi G-P-A, dimana G (*gestasi*) menyatakan jumlah kehamilan, P (*paritas*) menyatakan banyaknya keadaan melahirkan hidup, dan A (*abortus*) yaitu status paritas yang tidak aman (Kes, 2017). Distribusi keadaan parietas pasien bedah sesar dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Keadaan Paritas Pasien Bedah Sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016

No.	Keadaan Paritas	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1.	G1P0A0	62	34,43
2.	G2P1A0	41	22,77
3.	G3P2A0	34	18,88
4.	G3P1A1	11	6,11
5.	G2P0A1	9	5
6.	G4P2A1	9	5
7.	G7P5A1	2	1,11
8.	G4P1A2	2	1,11
9.	G3P0A2	2	1,11
10.	G4P3A0	1	0,56
11.	G5P1A1	1	0,56
12.	G5P2A2	1	0,56
13.	G5P3A1	1	0,56
14.	G5P4A0	1	0,56
15.	G6P1A4	1	0,56
16.	G6P4A1	1	0,56
17.	GP0A3	1	0,56
TOTAL		180	100

Keterangan : G = Jumlah Kehamilan
P = Jumlah Paritas
A = Jumlah Abortus

Hasil penelitian yang diperoleh di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016 pada tabel 5 menunjukkan pasien yang paling banyak mengalami bedah sesar adalah kelahiran pertama sebanyak 62 pasien (34,43%)

dari total 180 pasien, dengan indikasi terbesar dari G1P0A0, yaitu mengalami *primigravida aterm* sebanyak 29 pasien (16,11%) dari jumlah 62 pasien. *Primigravida aterm* atau kelahiran pertama kali prematur ini terjadi dengan jenis bedah paling banyak, secara bedah sesar darurat. Kemungkinan kehamilan pertama ini terjadi kelainan antara ibu atau janin sehingga diperlukan tindakan bedah sesar.

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya milik Saraswati (2013) dimana paling banyak melakukan persalinan bedah sesar adalah pasien kelahiran pertama. Pada penelitian sebelumnya yang paling banyak menjalani bedah sesar yaitu pada *gravida* pertama dengan jumlah 78 pasien (47,56%) Perbedaan ada pada indikasinya yaitu mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) (25,64%).

3. Karakteristik pasien berdasarkan jenis bedah sesar

Bedah sesar elektif adalah tindakan yang dilakukan secara terjadwal dan persiapan dengan kondisi yang darurat. Sedangkan bedah sesar dengan metode darurat lebih mengedepankan *life saving* pada pasien-pasien dalam keadaan darurat (Rusdiana, 2016).

Tabel 6. Distribusi Jenis Bedah Sesar Pasien Bedah Sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Jenis Bedah Sesar	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1.	Darurat	134	74,44
2.	Elektif	46	25,56
TOTAL		180	100

Data yang diperoleh menunjukkan pasien yang paling banyak mengalami bedah sesar darurat sebanyak 134 pasien (74,44%) dan bedah sesar elektif sebanyak 46 pasien (25,56%). Banyaknya jumlah yang menjalani bedah darurat jika dilihat dari indikasi terbanyak yaitu mengalami *Preeklampsia* sebanyak 37 pasien (20,56%) dari jumlah 134 pasien yang mengalami jenis bedah sesar darurat. Gejala *preeklampsia* adalah tekanan darah tinggi lebih dari 140/90 mmHg, yang mengakibatkan salah satunya pembuluh darah pada plasenta mengecil, sehingga terhambatnya nutrisi dan oksigen untuk janin (Lombo, 2017).

Pentingnya dilaksanakan penghentian kehamilan agar janin dapat selamat, dengan bedah sesar darurat yang mengutamakan *life saving*. Hasil penelitian yang *dipublish* dengan judul *Prospective 12 Month of 30 Minutes Decision to Delivery Intervals for "Emergency" Caesar Section* dalam abstraknya disebutkan bahwa bedah sesar diklasifikasikan sebagai keadaan darurat, saat keputusan yang diambil dalam tindakan persalinan mengalami gangguan perkembangan janin, kegagalan dalam persalinan atau alasan

keibuan. Sedangkan keadaan sesar secara elektif merupakan keputusan yang dibuat lebih dari 24 jam untuk menjalani tindakan persalinan (MacKenzie, 2001).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian dari Rivai (2013) yang melakukan penelitian di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2013 yaitu pasien dengan bedah sesar mengalami jenis operasi darurat terbanyak dengan jumlah 141 pasien (91,60%) dan pasien dengan jenis persalinan elektif sebanyak 13 pasien (8,40%). Indikasi operasi bedah sesar darurat penelitian sebelumnya adalah karena Multigravida 57,8%.

4. Karakteristik pasien berdasarkan indikasi bedah sesar

Indikasi yang dimuat pada rekam medis, diambil sesuai dengan diagnosa utama persalinan bedah sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari-Desember 2016. Tidak dicantumkan bersama dengan penyakit komplikasinya, sehingga memudahkan dalam fokus pada pembahasan diagnosa utama. Hasil yang didapat pada rekam medis dari diagnosis utama dapat digolongkan dan disusun seperti pada tabel 7.

Tabel 7. Distribusi Indikasi Utama Pasien Bedah Sesar di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Indikasi Persalinan Sesar	Jumlah Pasien	Presentase
1.	Preeklamsia	45	25
2.	Primigravida aterm	33	18,33
3.	Sekundigravida	25	13,89
4.	Multigravida	22	12,22
5.	<i>Fetal Distress</i>	18	10
6.	<i>Oligohidramation</i>	10	5,56
7.	<i>Plasenta Previa totalis</i>	7	3,89
8.	<i>Eklampsia</i>	3	1,67
9.	riwayat SC	3	1,67
10.	<i>HELP</i> (Hemolisis; <i>Elevated Liver enzymes</i>)	2	1,11
11.	<i>Antepartum Haemorage</i>	2	1,11
12.	Letak lintang	2	1,11
13.	KPD	2	1,11
14.	<i>Holoprosencephaly</i>	1	0,56
15.	Aritmia	1	0,56
16.	pinggul sempit	1	0,56
17.	Rubella	1	0,56
18.	<i>Incompetent Cervix</i>	1	0,56
19.	<i>twin to twin transfusion syndrome</i>	1	0,56
TOTAL		180	100

Dari data diatas menunjukkan distribusi indikasi utama paling banyak pertama pada *Preeklampsia* sebanyak 45 pasien (25%). *Preeklampsia* salah satu gejalanya tekanan darah tinggi lebih dari 140/90 mmHg, yang mengakibatkan salah satunya pembuluh darah pada plasenta mengecil, sehingga terhambatnya nutrisi dan oksigen untuk janin (Lombo, 2017).

Pada penelitian sebelumnya di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2013 indikasi terbanyak karena Multigravida dengan jumlah 89 pasien (57,80%) diikuti indikasi terbanyak kedua karena Primigravida 65 pasien (42,20%) (Rivai, 2013). Multigravida adalah proses kehamilan yang terjadi lebih dari satu kali. Keluhan pada multigravida dari segi fisiologis dan psikologis dapat berdampak pada proses persalinan, karena otot sekitar panggul yang tegang, mual, letih, lemas, sehingga saat kontraksi dan proses persalinan susah dalam mengeran/mengejan (Palupi, 2014)

5. Karakteristik pasien berdasarkan lama rawat inap

Pada penelitian ini karakteristik pasien berdasarkan lama rawat inap dihitung dari sejak hari dimulainya operasi sampai dengan keluar rumah sakit. Faktor lamanya rawat inap berdasarkan kondisi medis pasien di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta paling banyak dikarenakan karena komplikasi yang diderita pasien. Distribusi pasien berdasarkan lama rawat inap dapat dilihat pada table 8.

Tabel 8. Distribusi Lama Rawat Inap Bedah Sesar Pasien Bedah Sesar di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Lama Rawat (hari)	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1.	4	53	29,44
2.	3	47	26,11
3.	5	32	17,78
4.	2	11	6,12
5.	6	11	6,12
6.	8	7	3,89
7.	7	6	3,33
8.	9	5	2,78
9.	11	5	2,78
10.	10	1	0,55
11.	18	1	0,55
12.	19	1	0,55
TOTAL		180	100

Dari tabel 8 tersebut menunjukkan lama rawat inap paling banyak adalah selama 4 hari dengan jumlah 53 pasien (29,44%). Hal tersebut sama dengan penelitian sebelumnya milik Niken Saraswati dimana peneliti sebelumnya mendapatkan hasil lama rawat inap paling banyak selama 4 hari dengan jumlah 89 pasien (54,27%). Ketetapan yang diatur dalam Kemenkes RI menyatakan lama rawat inap 3 hari atau lebih sebelum operasi akan meningkatkan kejadian ILO (Kemenkes, 2011). Peneliti sebelumnya menjelaskan kutipan dari Cunningham dkk (2005) bahwa untuk pasien setelah persalinan bedah sesar menjalani perawatan rumah sakit selama 4 hari, karena

apabila terlalu lama pemulihannya resiko ILO terjadi. Pada tabel tersebut ada beberapa pasien yang memiliki masa rawat inap lebih dari 4 hari, hal itu disebabkan karena komplikasi yang diderita pasien tersebut.

B. Pola Penggunaan Antibiotik Profilaksis

1. Jenis Antibiotik profilaksis bedah sesar

Jenis antibiotik yang dianjurkan oleh Kemenkes RI adalah Sefalosporin generasi I dan II dan pada kasus tertentu saat dicurigai terinfeksi dengan bakteri anaerob dapat ditambahkan Metronidazol, dan tidak dianjurkan untuk Sefalosporin generasi III dan IV, golongan kuinolon dan karbapenem untuk antibiotik profilaksis. Infeksi bakteri terjadi saat bakteri dapat menembus *barriers* mukosa kulit dan jaringan tubuh. Walaupun tubuh dapat mengeliminasi bakteri yang masuk dengan sensor sistem imun yang dimiliki, tetapi saat pertumbuhan bakteri sangat cepat dari pada aktivitas imun sendiri maka akan terjadi penyakit infeksi dan ditandai dengan inflamasi. Terapi yang tepat harus mampu mencegah perkembangbiakan bakteri lebih lanjut tanpa membahayakan *host*. Antibiotik bisa bersifat *bakterisid* (membunuh bakteri) atau *bakteriostatik* (mencegah berkembangbiaknya bakteri) (Kemenkes, 2011).

Tabel 9. Jenis Antibiotik Pasien Bedah Sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Jenis Antibiotik Profilaksis	Jumlah (Pasien)	Presentase (100%)
1.	Cefotaxime 1g (i.v)	122	67,78
2.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Amoxicilin 500mg (p.o)	23	12,78
3.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Cefadroxil 500mg (p.o)	13	7,22
4.	Ampicillin 1g (i.v)	5	2,78
5.	Bactesin 1,5g (i.v)	3	1,67
6.	Cefotaxime 2g (i.v)	3	1,67
7.	Cefotaxime 1g (i.v) ->Bactesyn 375mg (p.o)	2	1,11
8	Cefotaxime 1g (i.v) -> Amoxsan 500mg (p.o)	1	0,56
9.	Cefotaxime 1g (i.v) - >Metronidazole 500mg (p.o) -> Cefadroxil 500mg (p.o)	1	0,56
10.	Cefazoline 1g (i.v) -> Cefixime 100mg (p.o) -> Metronidazole 500mg (p.o)	1	0,56
11.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Cefadroxil 500mg (p.o) -> Metronidazole	1	0,56
12.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Cefixime 100mg (p.o)	1	0,56
13.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Eritromicin 500g (p.o)	1	0,56
14.	Cefotaxime 1g (i.v) -> Metronidazole 500mg (p.o)	1	0,56
15.	Cefotaxim 1g (i.v) -> Cefixime 100mg (p.o)	1	0,56
16.	Ceftriaxone 1g (i.v)	1	0,56
TOTAL		180	100

Pada penelitian di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016 dimana penggunaan antibiotik profilaksis paling banyak pertama adalah Cefotaxime dengan jumlah 122 pasien (67,78%). Cefotaxime ini merupakan golongan Sefalosporin generasi ke-3 (tiga). Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa RSUP Dr. Sardjito belum sesuai dengan standart Kemenkes RI. Kemungkinan pertimbangan penggunaan Cefotaxime ini adalah Cefotaxime merupakan antibiotik yang memiliki efektivitas tinggi terhadap bakteri gram negatif, sehingga kemampuannya dalam menghambat sintesis dinding sel bakteri akan lebih kuat. Selain itu, waktu paruh Cefotaxime yang lama hingga 8 jam, sehingga aktifitas antimikroba dapat diperlama (Rizka, 2016). Jika dilihat dari harga berdasarkan *e-Cataloge* dari LKPP (Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah) ditemukan bahwa harga Cefotaxime injeksi lebih murah dari pada Cefazoline, dengan harga cefotaxime serbuk injeksi 1g Rp 4.200,- sedangkan Cefazoline serbuk injeksi 1g Rp 11.738,- .

Berdasarkan penggunaan terbanyak ke dua pada tabel 9 diatas adanya kombinasi penggunaan obat antibiotik oral, yang menduduki posisi paling banyak pemakaiannya adalah Cefotaxime injeksi dilanjut pemberian obat oral amoxicilin paska operasi. Amoxicilin sendiri tidak seperti pada anjuran Kemenkes RI yang apabila diperlukannya penambahan antibiotik oral dapat ditambahkan Metronidazole. Amoxicilin merupakan golongan penisilin, yang

diketahui memiliki efektifitas yang sama dengan antibiotik golongan sefalosporin generasi I dan II yang merupakan antibiotika yang efektif terhadap gram negative maupun gram positif. Waktu paruh golongan penisilin pendek dan spektrumnya yang lebih sempit dibanding dengan sefalosporin generasi I (Sitio, 2015).

Jadi kemungkinan penggunaan tidak sesuai anjuran Kemenkes RI dikarenakan perbedaan kultur bakteri yang ada di RSUP Dr. Sardjito itu sendiri. Penambahan antibiotik per oral dimaksudkan kasus-kasus tertentu agar tidak terjadi infeksi. Namun, beberapa pertimbangan penggunaan kombinasi obat tersebut karenaantisipasi untuk mencegah terjadinya infeksi saat pasien telah berada di bangsal rawat inap yang kemungkinan terjadi infeksi nosokomial (bakteri yang banyak mencemari rumah sakit). Menurut hasil penelitian resiko terendah terjadinya infeksi luka operasi saat mendapatkan profilaksis dan paska operasi (Faridah, 2013). Penelitian yang menunjang lainnya bahwa penggunaan Cefotaxime aman dan dapat mencegah ILO cukup efektif, yaitu penelitian yang dilakukan (Oktaviani, 2015) di rumah sakit BUMN Kepulauan Riau yang menunjukkan penggunaan Cefotaxime (55,7%) sebagai antibiotik lebih dominan dari pada Cefuroxim (34,3%) yang didapatkan hasil persalinan sesar dan yang mendapatkan ILO hanya 9 pasien (6,4%) dari total pasien 140 pasien.

Penelitian sebelumnya dari Rusdiana (2016) di salah satu RSIA Tangerang, kejadian paling banyak jenis penggunaan antibiotik profilaksis adalah Sefalosporin generasi 3 sebanyak 256 pasien (100%). Literatur penggunaan Sefalosporin generasi 1 atau sefazolin menjadi jenis antibiotik yang paling direkomendasikan karena apabila dibandingkan dengan Sefalosporin generasi III, Sefazolin lebih efektif untuk mengatasi bakter *Staphylococci*, serta penggunaannya sebagai profilaksis tidak meningkatkan resiko resistensi. Hasil diskusi dengan dokter yang bersangkutan di RSIA tersebut menjelaskan bahwa pemilihan antibiotik Sefalosporin generasi III adalah jenis antibiotik yang sudah digunakan untuk peresepan sejak lama dan terbukti secara empiris terbukti pada pasien bedah sesar yang selama ini telah ditangani.

2. Rute pemberian antibiotik profilaksis bedah sesar

Standar Kemenkes RI berupa pemberian antibiotik profilaksis harus diberikan secara intravena. Dari tabel 9, semua pelaksanaan bedah sesar sebelumnya telah mendapatkan injeksi intravena antibiotik profilaksis. Standar Kemenkes RI mengenai penggunaan antibiotik profilaksis dilihat dari rute pemberian sebelum pasien menjalani bedah sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016 sudah sesuai. Namun, untuk tambahan pemberian antibiotik oral paska operasi tidak sesuai dengan standar Kemenkes RI yang menganjurkan penggunaan. Penggunaan oral amoxicillin

yang termasuk golongan penisilin, efektif digunakan untuk kultur bakteri gram positif, gram negative, dan spektrum antibiotik yang sempit (Sitio, 2015). Jadi kemungkinan penggunaan tidak sesuai anjuran Kemenkes RI dikarenakan perbedaan kultur bakteri yang ada di RSUP Dr. Sardjito itu sendiri.

Pemilihan rute intravena adalah menghindari reaksi absorpsi di tubuh, sehingga kadar obat dapat diperoleh dengan tepat dan cepat. Selain itu, mengingatkan konsentrasi antibiotik dengan segera dalam menghambat pertumbuhan kuman di jaringan operasi. Saat pasien mengalami pendarahan cukup banyak atau operasi berlangsung lebih dari 3 jam, maka dapat ditambahkan antibiotik ulangan dikarenakan memungkinkan saat mengalami pendarahan cukup banyak konsentrasi antibiotik juga ikut turun di jaringan (Rusdiana, 2016).

3. Dosis, frekuensi, dan durasi antibiotik profilaksis bedah sesar

Menurut kemenkes RI agar kadar puncak tinggi dan dapat berdifusi dalam jaringan yang baik, maka diperlukan antibiotik dengan dosis yang cukup tinggi. Kadar antibiotik harus mencapai kadar hambat minimal hingga 2x lipat kadar terapi. Durasi pemberian adalah dosis tunggal atau dosis ulangan dapat diberikan atas indikasi dengan pendarahan lebih dari 1500ml atau operasi berlangsung > 3 jam (Kemenkes, 2011).

Tabel 10. Distribusi Dosis, Frekuensi, dan Durasi Antibiotik Profilaksis Bedah Sesar di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Jenis Antibiotik Profilaksis	Dosis	Frekuensi sehari	Durasi (hari)	Jumlah (pasien)	Persentase (%)
1.	Cefotaxime	1g	1	1	122	67,78
2.	Cefotaxime	1g	1	1	23	12,78
	Amoxicilin	500mg	3	2		
3.	Cefotaxime	1g	1	1	13	7,22
	Cefadroxil	500mg	2	2		
4.	Ampicilin	1g	1	1	5	2,78
5.	Bactesin	1,5	1	1	3	1,67
6.	Cefotaxim	2g	1	1	3	1,67
7.	Cefotaxime	1g	1	1	2	1,11
	Bactesyn	375mg	2	2		
8.	Cefazoline	1g	1	1	1	0,56
	Cefixime	100	2	2		
	Metronidazole	500mg	2	2		
9.	Cefotaxim	1g	1	1	1	0,56
	Cefixime	100mg	2	2		
10.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Metronidazole	500mg	3	2		
	Cefadroxil	500mg	2	2		
11.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Amoxsan	500mg	3	2		
12.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Cefadroxil	500mg	2	2		
	Metronidazole	500mg	2	2		
13.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Cefixime	100mg	2	2		
14.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Eritromicin	500mg	4	2		
15.	Cefotaxime	1g	1	1	1	0,56
	Metronidazole	500mg	3	2		
16.	Ceftriaxone	1g	1	1	1	0,56
Total					180	100

Pada tabel 10, pemakaian antibiotik profilaksis yang terbanyak yaitu penggunaan Cefotaxime 1g dengan frekuensi 1x sehari dan durasi 1 hari sebanyak 122 pasien (67,78%). Selanjutnya penggunaan antibiotik profilaksis terbanyak kedua Cefotaxim 1g injeksi yang dilanjut penggunaan obat per oral Amoxicilin 500 mg paska operasi bedah sesar, dengan frekuensi Cefotaxim 1x sehari dan durasi 1 hari. Begitu juga dengan frekuensi Amoxicilin 3x sehari dan durasi 2 hari sebanyak 23 pasien (12,78%). Dosis pemberian antibiotik profilaksis juga dianggap sesuai berdasarkan standar alur yang ada, dosis penggunaan antibiotik profilaksis 1g sudah sesuai dengan anjuran Kemenkes RI karena dosis efektif antibiotik profilaksis berkisar 1-2g. ASHP (*American Society of Health- System Pharmacists*) (1999), Cefotaxime dengan penggunaan antibiotik profilaksis dengan dosis 1g.

Frekuensi dan durasi sudah sesuai dengan aturan yang ditetapkan Kemenkes RI karena apabila akan dilakukan dosis ulangan dapat diberikan atas indikasi pendarahan lebih dari 1500 ml atau operasi berlangsung lebih dari 3 jam. Namun untuk penggunaan antibiotik per oral paska operasi jika dilihat dari segi efektifitas dan efisiensi, maka penggunaan antibiotik per oral selain Metronidazole tidak sesuai dengan standar Kemenkes RI. Namun, beberapa pertimbangan penggunaan kombinasi obat tersebut karena disamping permasalahan setiap rumah sakit memiliki kultur bakteri yang berbeda-beda jugaantisipasi untuk mencegah terjadinya infeksi saat pasien

telah berada di bangsal rawat inap yang kemungkinan terjadi infeksi nokosomial (bakteri yang banyak mencermari rumah sakit). Menurut hasil penelitian resiko terendah terjadinya infeksi luka operasi saat mendapatkan profilaksis dan paska operasi. (Faridah, 2013).

4. Waktu pemberian antibiotik profilaksis bedah sesar

Menurut Kemenkes RI, pemberian antibiotik profilaksis diberikan ≤ 30 menit sebelum insisi atau bedah sesar. Pada penelitian sebelumnya tahun 2013 di RSUP Dr. Sardjito menjelaskan dalam penelitiannya tertulis bahwa SPO (Standar & Prosedur Operasional) pemberian antibiotik profilaksis untuk bedah sesar di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta diberikan 30 menit sebelum operasi (Rivai, 2013). Penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar berdasarkan waktu pemberian di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Periode Januari – Desember 2016 dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11. Waktu Pemberian Antibiotik Profilaksis Pasien Rawat Inap Bedah Sesar di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016

No.	Waktu Pemberian	Jumlah (pasien)	Persentase (%)
1	≤ 30 menit	138	76,67
2	≥ 30 menit	42	23,33
Total		180	100

Tabel diatas menunjukkan lama waktu pemberian antibiotik profilaksis paling banyak yaitu ≤ 30 menit sebanyak 138 pasien (76,67%), hal ini sesuai dengan standart Kemenkes RI. Anjuran pemberian ≤ 30 menit

karena kadar jaringan memuncak saat pisau mulai menyayat. Waktu pemberian antibiotik profilaksis ≥ 30 menit dengan jumlah 42 pasien (23,33%), hal ini dikhawatirkan kadar obat dalam jaringan sudah turun atau sudah diekskresikan sehingga tidak dapat berdifusi dalam jaringan yang baik, maka diperlukan antibiotik dengan dosis yang cukup tinggi. (Saraswati, 2013).

C. Evaluasi Kualitas Antibiotik Profilaksis

Salah satu penilaian antibiotik dengan penilaian kualitas antibiotik profilaksis menurut kemenkes penilaian tersebut memakai bagan alur *Gyssens* dalam menghasilkan kategori kualitasnya (Kemenkes 2011). Menurut kemenkes RI kualitas antibiotik dinyatakan tepat saat menduduki kategori 0. yang mana dimaksudkan adalah tepat indikasi, tepat spektrum, harga, aman, efektif, durasi, rute, interval, dosis, dan waktu pemberian. Distribusi evaluasi kualitas penggunaan antibiotik profilaksis dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 12. Distribusi Evaluasi Kualitas Antibiotik Profilaksis Berdasarkan Bagan Alur Gyesens di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016.

No.	Kategori	Jumlah Pasien	Presentase (%)
1	VI	0	0
2	V	0	0
3	IV D	0	0
4	IV C	0	0
5	IV B	0	0
6	IV A	180	100
7	III B	0	0
8	III A	0	0
9	II C	0	0
10	II B	0	0
11	II A	0	0
12	I	0	0
13	0	0	0

Pada tabel diatas kategori yang terbanyak pertama adalah kategori IV A, sebanyak 180 pasien (100%) artinya ada antibiotik lain yang lebih efektif. Penilaian keefektifan terapi antibiotik dilihat dari pemilihan obat lini pertama atau yang disarankan Kemenkes RI maka penggunaan antibiotik tersebut termasuk dalam kategori IV A (Paulina, 2016). Antibiotik profilaksis yang paling banyak masuk dalam kategori ini adalah Cefotaxim. Alasan Cefotaxim masuk kedalam kategori IV A karena Cefotaxim merupakan golongan

antibiotik sefalosporin generasi 3 (tiga) yang dianggap tidak lebih efektif jika dibanding dengan penggunaan sefalosporin generasi pertama sesuai dengan anjuran Kemenkes RI (Kemenkes, 2011).

Namun penggunaan Cefotaxime ini adalah waktu paruh yang cukup lama hingga 8 jam, sehingga aktifitas antimikroba dapat diperlama. Selain itu, Cefotaxime merupakan antibiotik yang memiliki efektivitas tinggi terhadap bakteri gram negatif, sehingga kemampuannya dalam menghambat sintesis dinding sel bakteri akan lebih kuat (Rizka, 2016). Menurut data tabel 12 menunjukkan bahwa kualitas penggunaan antibiotik profilaksis di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode Januari – Desember 2016 tidak ada yang termasuk pada kategori 0, artinya penggunaan antibiotik belum ada yang sesuai dengan standar Kemenkes RI.

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini tidak mendapatkan SPO (Standar & Prosedur Operasional) dan tidak berkesempatan berdiskusi dengan dokter yang meresepkan antibiotik profilaksis di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, sehingga keterbatasan dalam mengevaluasi penggunaan obat dari segi ruang lingkup RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang tidak sesuai berdasarkan Kemenkes RI.