

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bedah Sesar

1. Definisi Bedah Sesar

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Prawirohardjo 2009). Operasi sesar merupakan operasi kandungan melalui sayatan dinding perut dan segmen bawah rahim untuk mengambil janin di rahim. Pasien diindikasikan harus menjalani operasi sesar apabila persalinan melalui vagina tidak memungkinkan dan penundaan persalinan dapat membahayakan ibu serta bayi. Kelahiran sesar terus meningkat selama 20 tahun terakhir di berbagai negara (El-Ardat *et al* 2014).

Tindakan pembedahan yang dilakukan dalam upaya untuk mengeluarkan bayi akan meninggalkan sebuah kondisi luka insisi. Menurut Smeltzer & Bare (2002), menjelaskan bahwa luka insisi dibuat dengan potongan bersih menggunakan instrumen tajam sebagai contoh; luka yang dibuat oleh ahli bedah dalam setiap prosedur operasi. Seperti pada SC luka steril (luka yang dibuat secara aseptik) biasanya ditutup dengan jahitan setelah semua pembuluh yang berdarah diligasi dengan cermat. Akibat dari insisi ini akan menimbulkan terputusnya jaringan tubuh dan menjadikan luka pada orang yang dilakukan pembedahan.

2. Etiologi

Menurut Manuaba (2002) indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut:

2.1. CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*). *Cepalo Pelvik Disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal (Saifuddin 2002).

2.2. PEB (Pre-Eklamsi Berat). Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi (Saifuddin 2002).

2.3. KPD (Ketuban Pecah Dini). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, bukan di bawah 36 minggu (Saifuddin 2002).

2.4. Bayi kembar. Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *caesar*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal (Saifuddin 2002).

2.5. Faktor hambatan jalan lahir. Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas (Saifuddin 2002).

2.6. Kelainan letak janin. Kelainan letak pada janin dapat terjadi pada beberapa bagian, yaitu : Kelainan pada letak kepala, meliputi letak kepala tengadah dimana bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul. Letak kepala tengadah

(defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27 - 0,5 %. Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala. Selain itu, terdapat kelaianan letak janin berupa letak sungsang, merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin 2002).

3. Patofisiologi Bedah Sesar

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, *placenta previa*, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi *post partum* baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi *post de entris* bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri disebabkan oleh insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Saifuddin 2002).

Sebelum dilakukan operasi, pasien perlu dianestesi bisa bersifat regional dan umum. Anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan *upnoe* yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Saifuddin 2002).

Makanan masuk lambung, terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus, diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Mortilitas yang menurun menyebabkan peristaltik menurun, sehingga makanan di lambung menumpuk dan reflek batuk menurun. Pasien berisiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Motilitas yang menurun mengakibatkan perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Saifuddin 2002).

4. Klasifikasi Bedah Sesar

Klasifikasi bedah sesar berdasarkan indikasi dilakukannya operasi :

4.1. Klasifikasi bedah sesar menurut Torloni *et al* (2011), operasi *sesar* dibagi menjadi dua yaitu operasi sesar *preschedule* dan operasi sesar *emergency*. Operasi sesar *preschedule* dilakukan dengan perencanaan yang matang jauh-jauh hari sebelum persalinan. Kondisi ini dilakukan jika dokter menemukan ada masalah kesehatan yang tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal, misalnya : bayi sungsang, plasenta previa totalis, plasenta previa parsial, ibu hamil yang telah menjalani operasi rahim sebelumnya dengan pembukaan rongga endometrium, kehamilan kembar dengan bayi pertama tidak dalam plasenta *cephalic*, atau kondisi lain yang mungkin telah disepakati oleh pasien dengan dokter, sedangkan operasi *sesar emergency* dilakukan ketika terjadi kegawatan selama proses persalinan berlangsung sehingga operasi sesar harus segera dilakukan (risiko gawat janin, gagal induksi, disproporsi fetopelvik).

4.2. Tipe-tipe operasi sesar. Tipe-tipe operasi sesar meliputi operasi *sesar* ulang, histerektomi dan *porro*. Operasi *sesar* ulang (*repeat caesarean section*) adalah operasi yang dilakukan pada ibu yang telah menjalani operasi sesar pada kehamilan sebelumnya. Operasi histerektomi adalah suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan operasi sesar langsung dilakukan pengangkatan rahim atas indikasi obsterik, sedangkan operasi *sesar porro* adalah operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri pada janin yang sudah mati dan langsung dilakukan histerektomi (Listiyani 2015).

5. Jenis-jenis operasi bedah sesar

Menurut Wiknjosastro (2007), *Sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

5.1. *Sectio caesarea transperitonealis profunda.* Jenis pembedahan yang dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya *rupture* uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu, pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

5.2. *Sectio caesarea klasik atau sectio caesarea corporal.* Tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas *plika vesio uterine*. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya risiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya *rupture* uteri pada kehamilan selanjutnya. Setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* klasik sebaiknya dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada.

5.3. *Sectio caesarea ekstraperitoneal.* Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

6. Indikasi Operasi Sesar

Ibu yang mengalami kehamilan pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun cenderung akan mengalami komplikasi kesehatan. Kematangan organ reproduksi pada ibu yang berusia dibawah 20 tahun masih belum sempurna, sedangkan pada ibu usia lebih dari 35 tahun memiliki fungsi organ reproduksi

yang sudah mengalami kemunduran (Umiati *et al* 2013). Ibu dengan usia diatas 35 tahun terjadi peningkatan resiko kematian akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan, hingga 42 hari setelah penghentian kehamilan atau melahirkan dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-34 tahun (Laopaiboon *et al* 2014).

Komplikasi yang terjadi dapat mempersulit ibu untuk melakukan persalinan secara normal. Kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir dapat menjadi salah satu factor penyebab operasi sesar. Indikasi relatif kelahiran lewat vagina bisa terlaksana dengan keadaan sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat operasi sesar akan lebih aman bagi ibu maupun anak (Listiyani 2015). Beberapa indikasi yang sering muncul pada bedah sesar yaitu *plasenta previa sentralis* dan *lateralis (posterior)*; bayi letak sungsang; *ruptura uteri* mengancam; panggul sempit dimana batas terendah untuk melahirkan janin *vias normalis* ialah *cervicalix* 8 cm (Listiyani 2015).

7. Risiko Operasi Sesar

Operasi sesar dapat menyebabkan risiko bagi ibu yaitu seperti pendarahan, infeksi saluran kemih, nyeri, demam, pembekuan vena yang menyebabkan emboli, endometritis, *Surgical Site Infection* (SSI), abses pelvis, bakterimia, jaringan parut, dan kerusakan jaringan di dinding rahim (Conroy *et al* 2012). Operasi sesar dapat pula menyebabkan risiko pada bayi yaitu risiko luka bedah, kelahiran premature akibat operasi *sesar* emergency, komplikasi pernapasan, perawatan kembali ke rumah sakit, dan risiko kematian di 28 hari pertama setelah kelahiran. Risiko komplikasi operasi sesar pada bayi prematur yaitu gangguan respirasi, pencernaan, fungsi hati, pengaturan suhu tubuh, infeksi, dan penyakit kuning (Conroy *et al* 2012).

B. Infeksi

1. Definisi Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi adalah infeksi pada tempat didaerah luka setelah tindakan bedah (Anaya & Dellinger 2008). Infeksi luka operasi terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi jika tidak ada tindakan implantasi

atau dalam kurun waktu 1 tahun setelah tindakan operasi jika ada dilakukan implantasi dan infeksi yang tampak ada hubungannya setelah dilakukan tindakan operasi (Gray & Hawn 2007).

2. Klasifikasi Infeksi Luka Operasi

Tabel 1. Klasifikasi luka operasi menurut derajat kontaminasi

KELAS LUKA	DEFINISI
Kelas I (bersih)	Luka operasi yang tidak terinfeksi dimana tidak ada inflamasi yang ditemukan dan infeksi tidak menembus respiratorius, traktus gastrointestinalis dan traktus urogenitalis. Luka ditutup dan bila perlu dikeringkan dengan drainage tertutup. Luka operasi setelah trauma tumpul seharusnya termasuk dalam kategori ini jika ditemukan kriteria tersebut.
Kelas II (bersih terkontaminasi)	Luka operasi yang menembus respiratorius, traktus gastrointestinalis dan traktus urogenitalis namun masih dalam kondisi yang terkendali dan tanpa kontaminasi yang bermakna.
Kelas III (terkontaminasi)	Luka operasi akibat kecelakaan, terbuka dan masih segar. Ditambah, operasi dengan daerah kerusakan yang luas dengan traktus gastrointestinalis dan insisional yang akut, inflamasi tidak purulen yang ditemukan adalah termasuk dalam kategori ini.
Kelas IV (kotor/terinfeksi)	Luka trauma yang sudah lama dengan mempertahankan jaringan yang dilemahkan dan itu meliputi adanya infeksi klinikal atau perforasi viseral. Definisi ini menyarankan bahwa organisme penyebab infeksi pasca operasi ada di tempat operasi sebelum operasi.

Sumber : (Anaya & Dellinger 2008)

Penyebab terjadinya infeksi adalah terbukanya jaringan tubuh sehingga banyak mikroorganisme seperti bakteri, jamur, virus, mikroplasma, protozoa yang akan dengan mudahnya masuk ke dalam tubuh manusia. Gejala terjadinya infeksi pasca bedah sesar adalah demam, endometritis, purulent (nanah), peningkatan drainase (adanya cairan luka), nyeri, kemerahan dan bengkak pada sekeliling luka, peningkatan jumlah sel darah putih (Rusdiana et al 2016).

3. Macam-macam Infeksi

Surgical Site Infection (SSI) atau infeksi pada tempat operasi merupakan salah satu komplikasi utama operasi yang dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan biaya perawatan penderita di rumah sakit. Macam-macam *Surgical Site Infection (SSI)* menurut Kemenkes RI (2011):

3.1. *Surgical Site Infection (SSI)* insisional. *Surgical Site Infection (SSI)* insisional dibedakan atas :

a. *Surgical Site Infection (SSI)* insisional superfisialis

Surgical Site Infection (SSI) insisional superfisialis adalah infeksi yang terjadi pada tempat insisi dalam 30 hari pasca operasi yang mengenai kulit dan subkutis tempat operasi seperti adanya drainase purulen dari insisi superfisialis, organisme yang diisolasi dari kultur cairan atau jaringan dari insisi superfisialis yang diambil secara aseptis, setidaknya dijumpai satu dari tanda dan gejala infeksi berikut ini : nyeri, edema lokal, eritema, atau rabaan hangat dan insisi superfisialis dibuka dengan sengaja oleh ahli bedah, kecuali hasil kulturnya negatif.

b. *Surgical Site Infection (SSI)* insisional dalam

SSI insisional dalam adalah infeksi yang terjadi pada jaringan lunak tempat operasi, terjadi dalam 30 hari setelah operasi bila tanpa pemasangan implant prosthesis, atau terjadi dalam satu tahun bila disertai pemasangan implant. Infeksi diakibatkan oleh prosedur operasi atau infeksi melibatkan jaringan lunak dalam (*fasia* dan otot) tempat insisi dan memenuhi salah satu kriteria seperti drainase purulen dari insisi dalam tetapi bukan dari komponen organ/spatium tempat operasi. Suatu insisi dalam yang mengalami dehisen secara spontan ketika pasien mengalami setidaknya satu dari gejala dan tanda berikut ini: demam ($>38^{\circ}\text{C}$), nyeri lokal, nyeri tekan, kecuali bila hasil kulturnya negatif, suatu abses atau infeksi lainnya yang melibatkan insisi dalam ditemukan pada pemeriksaan langsung, selama operasi, atau oleh pemeriksa histopatologi atau radiologi.

3.2. *Surgical Site Infection (SSI)* organ/spasial. *Surgical Site Infection (SSI)* organ/spasial harus memenuhi satu dari kriteria seperti infeksi terjadi dalam 30 hari pasca-operasi tanpa insersi implant atau dalam satu tahun bila disertai insersi implant dan infeksi disebabkan oleh tindakan operasi dan infeksi melibatkan bagian anatomi manapun selain tempat yang dibuka atau dimanipulasi

selama operasi, dan setidaknya ditemukan satu dari hal berikut ini seperti *drainase purulen* dari drain yang dipasang melalui luka tusuk melalui organ/spasium (tanpa infeksi pada tempat tusukan), kuman yang diisolasi dari kultur cairan atau jaringan organ/*spasium* yang diambil secara aseptik, suatu abses atau infeksi yang melibatkan organ/*spasium* pada pemeriksaan langsung, selama operasi, atau melalui pemeriksaan histopatologi atau radiologi.

C. Antibiotika

1. Definisi Antibiotika

Antibiotika adalah suatu zat senyawa obat alami maupun sintetis yang digunakan untuk membunuh kuman penyakit dalam tubuh manusia dengan berbagai mekanisme sehingga manusia terbebas dari infeksi bakteri. Istilah “antibiotika” pada awalnya dikenal sebagai senyawa alami yang dihasilkan oleh jamur atau mikroorganisme lain yang digunakan untuk membunuh bakteri penyebab penyakit pada manusia atau hewan. Secara teknis istilah “agen anti bakteri” mengacu kepada kedua senyawa alami dan buatan tersebut baik sintesis maupun semi sintesis. Antibiotika yang akan digunakan untuk membasmi mikroba penyebab infeksi pada manusia harus memiliki sifat toksisitas selektif sehingga mungkin terhadap mikroorganisme (Katzung 2008).

2. Definisi Antibiotika Profilaksis

Antibiotik profilaksis merupakan antibiotik yang digunakan untuk mencegah maupun mengurangi terjadinya infeksi pada luka setelah operasi. Menurut Goodman dan Gilman (2012), beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada saat penggunaan antibiotik profilaksis pembedahan agar efektif dan efisien, yaitu: pada saat penutupan lokasi luka operasi terdapat aktivitas mikroba, sehingga obat antibiotik profilaksis sebaiknya diberikan tidak lama sebelum operasi untuk prosedur yang diperpanjang; antibiotik yang diberikan harus aktif terhadap mikroorganisme yang kemungkinan terbesar akan mengkontaminasi, sehingga antibiotik yang cocok diberikan adalah antibiotik golongan sefalosporin yang merupakan antibiotik bentuk kemoprofilaksis; berdasarkan pada bukti yang telah ada menyatakan bahwa penggunaan obat-obat

yang berlanjut setelah prosedur pembedahan tidak dibenarkan berpotensi membahayakan.

Antibiotik biasa diberikan pada saat induksi anestesi tetapi untuk menghindari masuknya antibiotik pada janin, dapat diberikan setelah penjepitan tali pusat dan jika perlu diberikan kembali untuk memelihara konsentrasi efektif obat dalam serum selama prosedur yang diperpanjang. Prosedur bedah sesar memiliki sifat operasi bersih terkontaminasi (tindakan bedah akan membuka saluran pernapasan dan saluran kemih), antibiotik yang disarankan adalah sefazolin yakni golongan sefalosporin generasi pertama dengan dosis 1 gram secara intravena (Goodman dan Gilman 2012).

Antibiotik profilaksis adalah antibiotik digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk terjadi infeksi, atau bila terkena infeksi dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien. Profilaksis bedah merupakan pemberian antibiotik sebelum adanya tanda-tanda dan gejala suatu infeksi dengan tujuan mencegah terjadinya manifestasi klinik infeksi. Pada dua jam pertama mekanisme pertahanan tubuh bekerja untuk menurunkan jumlah bakteri. Empat jam berikutnya, jumlah bakteri konstan karena terjadi keseimbangan antara bakteri yang bermultiplikasi dan bakteri yang dibunuh oleh sistem pertahanan tubuh. Enam jam pertama ini disebut sebagai periode emas (*Golden Period*), setelah itu bakteri bermultiplikasi secara eksponen. Antibiotik menurunkan pertumbuhan bakteri secara geometrik dan menunda reproduksi bakteri. Profilaksis antibiotik diberikan untuk memperlama `Golden Period` (Cooper 2003).

Antibiotik profilaksis harus aman, bakterisid dan efektif melawan bakteri yang menyebabkan infeksi pada bedah. Kulit pasien merupakan sumber utama infeksi sehingga antibiotik profilaksis harus melawan secara langsung bakteri yang biasa terdapat di kulit. Prinsip penggunaan antibiotik profilaksis selain tepat dalam pemilihan jenis juga mempertimbangkan konsentrasi antibiotik dalam jaringan saat mulai dan selama operasi berlangsung (Kemenkes RI 2011).

Antibiotik profilaksis pada SC sebaiknya diberikan 30-60 menit sebelum operasi dimulai. Pemberian antibiotik profilaksis yang terlalu awal dapat

menyebabkan konsentrasi antibiotik tidak memadai dalam jaringan saat dan selama operasi berlangsung. Efektifitas antibiotik dalam melindungi pasien dari bakteri penyebab infeksi pun menjadi berkurang sehingga risiko terjadinya infeksi *postpartum* akan meningkat (ASHP 2013).

Rekomendasi durasi pemberian antibiotik profilaksis yaitu maksimal 24 jam setelah pembedahan. Hal ini karena belum ditemukan bukti mendukung bahwa perpanjangan durasi antibiotik profilaksis memberikan manfaat yang baik. Kekhawatiran justru muncul karena durasi yang panjang terkait dengan munculnya resistensi (ASHP 2013).

Tabel 2. Kunci untuk pernyataan bukti dan penilaian rekomendasi, berdasarkan *Canadian Task Force*

Kualitas penilaian bukti	Klasifikasi rekomendasi
I: Bukti diperoleh dari setidaknya satu uji coba terkontrol secara acak yang benar	A: Ada bukti yang baik untuk merekomendasikan tindakan pencegahan klinis
II-1: Bukti dari uji coba terkontrol yang dirancang dengan baik tanpa pengacakan	B: Ada bukti yang adil untuk merekomendasikan tindakan pencegahan klinis
II-2: Bukti dari kohort yang dirancang dengan baik (prospektif atau retrospektif) atau studi kasus-kontrol, lebih disukai dari lebih dari satu pusat atau kelompok penelitian	C: Bukti yang ada bertentangan dan tidak memungkinkan untuk membuat rekomendasi untuk atau menentang penggunaan tindakan pencegahan klinis; Namun, faktor-faktor lain dapat memengaruhi pengambilan keputusan
II-3: Bukti diperoleh dari perbandingan antara waktu atau tempat dengan atau tanpa intervensi. Hasil dramatis dalam eksperimen yang tidak terkontrol (seperti hasil pengobatan dengan penisilin pada tahun 1940-an) juga dapat dimasukkan dalam kategori ini	D: Ada bukti yang adil untuk merekomendasikan terhadap tindakan pencegahan klinis
III: Pendapat otoritas yang dihormati, berdasarkan pengalaman klinis, studi deskriptif, atau laporan komite ahli	E: Ada bukti yang baik untuk merekomendasikan terhadap tindakan pencegahan klinis
	L: Ada bukti yang cukup (dalam jumlah atau kualitas) untuk membuat rekomendasi; Namun, faktor-faktor lain dapat memengaruhi pengambilan keputusan

Sumber : SOGC Clinical Practice Guideline (2010)

Antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar termasuk IA yang berarti bahwa ada bukti yang baik untuk merekomendasikan antibiotik profilaksis pada

pasien bedah sesar untuk mencegah terjadinya efek yang tidak diinginkan. Di bawah ini merupakan tabel rekomendasi antibiotik profilaksis untuk prosedur kebidanan, salah satunya operasi bedah sesar.

Tabel 3. Rekomendasi antibiotik profilaksis untuk prosedur kebidanan

Prosedur	Antibiotik	Dosis	Tingkat Bukti
Operasi caesar darurat atau elektif (tidak ada persalinan, tidak ada ketuban pecah)	Cefazolin IV 15-60 menit sebelum insisi kulit	1-2 gram IV	I-A
Jika alergi Penisilin	Clindamycin OR Erythromicin	600 mg IV 500 mg V	
Operasi vaginal	Tidak ada yang direkomendasikan	N/A	II-IC
Pelepasan plasenta secara manual	Tidak ada yang direkomendasikan	N/A	III-L
Perbaikan laserasi derajat 3 atau 4	Cefotetan Cefoxitin	1 gram IV 1 gram IV	I-B I-B
Dilatasi dan kuretase pascapartum <i>Cerclage</i>	Tidak ada yang direkomendasikan Tidak ada yang direkomendasikan	N/A N/A	Tidak ada bukti II-3C

Sumber : SOGC Clinical Practice Guideline (2010)

2.1. Tujuan pemberian antibiotik profilaksis. Tujuan pemberian antibiotik profilaksis pada kasus pembedahan menurut Kemenkes RI (2011):

- Penurunan dan pencegahan kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO).
- Penurunan morbiditas dan mortalitas pasca operasi.
- Penghambatan muncul flora normal resisten.
- Meminimalkan biaya pelayanan kesehatan.

2.2 Dasar pemilihan jenis antibiotik profilaksis. Dasar pemilihan jenis antibiotik untuk tujuan profilaksis menurut Kemenkes RI (2011):

- Sesuai dengan sensitivitas dan pola bakteri pathogen terbanyak pada kasus bersangkutan.
- Spektrum sempit untuk mengurangi risiko resistensi bakteri.
- Toksitas rendah dan bersifat bakterisidal.
- Tidak menimbulkan reaksi merugikan terhadap pemberian obat anestesi.

- e. Harga terjangkau.

3. Penggolongan Antibiotika

3.1. Penggolongan antibiotika berdasarkan mekanisme kerja.

Berdasarkan mekanisme kerjanya terhadap bakteri, antibiotika dikelompokkan sebagai berikut Kemenkes RI (2011):

- a. Inhibitor sintesis dinding sel bakteri memiliki efek bakterisidal dengan cara memecah enzim dinding sel dan menghambat enzim dalam sintesis dinding sel. Contohnya antara lain golongan β -Laktam seperti penisilin, sefalosporin, karbapenem, monobaktam, dan inhibitor sintesis dinding sel lainnya seperti vancomysin, basitrasin, fosfomysin, dan daptomysin.
- b. Inhibitor sintesis protein bakteri memiliki efek bakterisidal atau bakteristatik dengan cara mengganggu sintesis protein tanpa mengganggu
- c. Sel-sel normal dan menghambat tahap-tahap sintesis protein. Obat- obat yang aktivitasnya menginhibitor sintesis protein bakteri seperti aminoglikosida, makrolida, tetrasiklin, streptogamin, klindamisin, oksazolidinon, kloramfenikol.
- d. Mengubah permeabilitas membran sel memiliki efek bakteristatik dengan menghilangkan permeabilitas membran dan oleh karena hilangnya substansi seluler menyebabkan sel menjadi lisis. Obat- obat yang memiliki aktivitas ini antara lain polimiksin, amfoterisin B, gramisidin, nistatin, kolistin.
- e. Menghambat sintesa folat mekanisme kerja ini terdapat pada obat-obat seperti sulfonamida dan trimetoprim. Bakteri tidak dapat mengabsorbsi asam folat, tetapi harus membuat asam folat dari PABA (asam para amino benzoat), dan glutamat. Sedangkan pada manusia, asam folat merupakan vitamin dan kita tidak dapat menyintesis asam folat. Hal ini menjadi suatu target yang baik dan selektif untuk senyawa-senyawa antimikroba.
- f. Mengganggu sintesis DNA mekanisme kerja ini terdapat pada obat-obat seperti metronidasol, kinolon, novobiosin. Obat-obat ini menghambat asam

deoksiribonukleat (DNA) girase sehingga menghambat sintesis DNA. DNA girase adalah enzim yang terdapat pada bakteri yang menyebabkan terbukanya dan terbentuknya superheliks pada DNA sehingga menghambat replikasi DNA.

3.2. Penggolongan antibiotika berdasarkan aktivitas. Berdasarkan aktivitasnya, antibiotik dikelompokkan sebagai berikut Kemenkes RI (2011) :

- a. Antibiotika spektrum luas (*broad spectrum*) contohnya seperti tetrasiklin dan sefalosporin efektif terhadap organism baik gram positif maupun gram negatif. Antibiotik berspektrum luas sering kali dipakai untuk mengobati penyakit infeksi yang menyerang belum diidentifikasi dengan pembiakan dan sensitifitas.
- b. Antibiotika spektrum sempit (*narrow spectrum*) golongan ini terutama efektif untuk melawan satu jenis organisme. Contohnya penisilin dan eritromisin dipakai untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri gram positif. Antibiotik berspektrum sempit bersifat selektif, obat-obat ini lebih aktif dalam melawan organisme tunggal daripada antibiotik berspektrum luas.

3.3. Penggolongan antibiotika berdasarkan daya hambat. Berdasarkan daya hambat antibiotik, terdapat 2 pola hambat antibiotik terhadap kuman yaitu Tan & Kirana (2003) :

a. *Time dependent killing.*

Pada pola ini antibiotik akan menghasilkan daya bunuh maksimal jika kadarnya dipertahankan cukup lama di atas Kadar Hambat Minimal kuman. Contohnya pada antibiotik penisilin, sefalosporin, linezoid, dan eritromisin.

b. *Concentration dependent killing.*

Pada pola ini antibiotik akan menghasilkan daya bunuh maksimal jika kadarnya relatif tinggi atau dalam dosis besar, tapi tidak perlu mempertahankan kadar tinggi ini dalam waktu lama. Contohnya pada antibiotik aminoglikosida, fluorokuinolon, dan ketolid.

D. Rasionalitas Penggunaan Antibiotik

Evaluasi rasionalitas diperlukan pada kasus bedah sesar agar tujuan dari penggunaan antibiotik profilaksis dapat tercapai. Rasionalitas penggunaan

antibiotik profilaksis meliputi tepat indikasi, tepat dosis, tepat pasien, tepat obat, tepat waktu pemberian obat.

1. Tepat Indikasi

Penggunaan antibiotik profilaksis harus sesuai dengan diagnosis pasien. Ketidaktepatan dalam pemberian antibiotik profilaksis dapat menyebabkan terjadinya resistensi. Pemberian antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar dapat mengurangi adanya infeksi terhadap bakteri gram positif ataupun bakteri gram negatif (Kemenkes 2011).

2. Tepat Obat

Pemilihan obat yang tepat dapat dilakukan berdasarkan penyakit yang diderita oleh pasien dan dapat dipilih karena memberikan efek terapi yang sesuai dengan spektrum penyakitnya. Pemilihan antibiotik harus aman, bakterisid dan efektif melawan bakteri yang menyebabkan infeksi pada bedah agar tidak menimbulkan resistensi dan efek yang merugikan bagi pasien (Depkes RI 2008).

3. Tepat Pasien

Pemberian antibiotik pada pasien harus mempertimbangkan kondisi individu yang bersangkutan seperti riwayat alergi, adanya penyakit penyerta (ginjal atau kerusakan hati), atau kondisi khusus misalnya hamil, laktasi, balita dan lansia. Antibiotik golongan aminoglikosida dikontraindikasikan pada pasien gagal ginjal yang memiliki nilai ClCr <20 ml/menit, karena akan meningkatkan resiko nefrotoksik sehingga harus dihindari (Kemenkes RI 2011).

4. Tepat Dosis

Pasien yang mendapat antibiotik profilaksis dikatakan tepat dosis apabila dosis yang digunakan sesuai dengan standar yang diacu. Ketepatan dosis sangat berpengaruh terhadap efek samping obat. Pemberian dosis yang berlebihan akan sangat beresiko menimbulkan efek samping yang membahayakan pasien. Pemberian dosis yang terlalu kecil mengakibatkan antibiotik profilaksis tidak efektif untuk menghambat pertumbuhan bakteri (Kemenkes 2011).

5. Tepat Waktu Pemberian

Tepat waktu pemberian adalah pemberian obat sesuai dengan waktu yang telah diprogramkan sehingga efektifitas terapi dari obat dapat optimal (Hidayat

2009). Penggunaan antibiotik profilaksis sebelum pembedahan bertujuan pada saat pembedahan antibiotik sudah berada pada kadar optimum di jaringan target sehingga efektif untuk menghambat pertumbuhan bakteri dan untuk meminimalisasi adanya infeksi setelah pembedahan. Antibiotik profilaksis digunakan 30 atau 60 menit sebelum dilakukan insisi, penggunaan harus dilanjutkan 1 hari sampai 3 hari dengan tujuan mengurangi infeksi luka operasi (Avenia *et al* 2009).

6. Tepat Rute Pemberian

Rute pemberian obat menentukan jumlah dan kecepatan obat yang masuk kedalam tubuh, sehingga merupakan penentu keberhasilan terapi atau kemungkinan timbulnya efek yang merugikan. Pemberian antibiotik profilaksis pada umumnya diberikan secara intravena karena terbukti efektif terhadap infeksi luka operasi pada semua tipe operasi dan dapat diperkirakan kadar serum dan konsentrasinya (Husnawati & Wandasari 2016).

E. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik (Kemenkes 2009).

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Menurut Kemenkes (2009) tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Depkes (2010), rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan kepemilikan, jenis pelayanan, dan kelas.

3.1. Berdasarkan kepemilikan. Rumah sakit yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten), rumah sakit BUMN (ABRI), dan rumah sakit yang modalnya dimiliki oleh swasta (BUMS) ataupun Rumah Sakit milik luar negeri (PMA).

3.2. Berdasarkan jenis pelayanan. Yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit khusus (misalnya rumah sakit jantung, ibu dan anak, rumah sakit mata, dan lain-lain).

3.3. Berdasarkan kelas. Rumah sakit berdasarkan kelasnya dibedakan atas rumah sakit kelas A, B (pendidikan dan non-pendidikan), kelas C, kelas D.

- a. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.
- b. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas.
- c. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
- d. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

4. Profil Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta

Dalam perkembangannya, Rumah Bersalin Kasih Ibu mengalami pasang surut dan berbagai perubahan terus terjadi. Pada tahun 1981 Dr. Lo Siauwing bergabung, terjadi perombakan struktural dan pada tahun 1982 ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Umum atas pertimbangan kebutuhan akan jasa layanan kesehatan masyarakat dan atas usul IKES (Inspektur Kesehatan). Sebagai Rumah Sakit Umum, RS. Kasih Ibu tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan seputar masalah kebidanan dan penyakit kandungan saja tetapi juga untuk berbagai jenis penyakit yang lain. Oleh karena itu, sejak tahun 1982 RS. Kasih Ibu semakin berkembang dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan merintis Klinik Umum, Klinik Gigi, dan juga beragam Poliklinik Spesialis.

Dibawah kepemimpinan Dr. Lo Siauwing, pada tahun 1983 – 1984 dilakukan perluasan gedung rumah sakit sehingga kapasitasnya menjadi 95 tempat tidur. Dengan adanya kemajuan yang pesat maka Direksi mengusulkan perluasan gedung 5 lantai dan usulan ini disetujui oleh Yayasan Kasih Ibu. Pelaksanaan pembangunan gedung 5 lantai dengan atap joglo yang merupakan jati diri daerah Surakarta dimulai tanggal 20 September 1989 ditandai dengan pemancangan tiang pancang pertama oleh bapak Walikota Surakarta, Bapak R. Hartomo dan selesai tepat waktu tanggal 20 Desember 1990 (15 bulan) dan pada tanggal 2 Februari 1991 dilakukan peresmian oleh Bapak Gubernur Jawa Tengah, Bapak H. Ismail dengan kapasitas 145 tempat tidur.

Pada tahun 1991, Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta menjadi juara pertama dalam lomba bidang pelayanan kesehatan, kebersihan dan ketertiban Rumah Sakit tingkat Jawa Tengah dan menjadi juara pertama lomba Rumah Sakit tingkat Nasional dalam kategori Rumah Sakit Swasta Kelas Utama.

Pada tahun 1995 Rumah Sakit Kasih Ibu telah mampu melakukan bedah laparoskopi, pembedahan dengan luka sangat minimal dan resiko lebih kecil yang dilakukan oleh Dr. Sugandi Hardjanto, SpB yang merupakan dokter bedah umum tetap Rumah Sakit Kasih Ibu. Pada tahun 1998 Rumah Sakit Kasih Ibu mendapat Sertifikat Akreditasi Penuh dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia sebagai pengakuan bahwa Rumah Sakit Kasih Ibu telah memenuhi standar pelayanan Rumah Sakit yang meliputi 5 pokja.

Pada tanggal 22 Juli 2009 Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta mendapatkan Sertifikat Akreditasi Penuh dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia sebagai pengakuan bahwa Rumah Sakit Kasih Ibu telah memenuhi standar pelayanan Rumah Sakit yang meliputi 12 pokja. Pada tanggal 1 Maret 2012 Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta mendapatkan sertifikat sebagai Rumah Sakit Umum Kelas B sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No HK.03.05/1/356/12 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Kasih Ibu. Pada tanggal 26 Januari 2015 Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta mendapatkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan predikat Lulus Akreditasi Tingkat Paripurna. Hal ini merupakan salah satu upaya RS. Kasih Ibu Surakarta untuk tetap mempertahankan mutu pelayanan dengan menjalankan pelayanan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit.

4.1. Visi Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta. Visi dari Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta adalah menjadi Rumah Sakit unggulan dan terpercaya di Surakarta dan sekitarnya.

4.2. Misi Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta. Misi Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta adalah senantiasa berdedikasi mengutamakan keselamatan pasien dengan memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bermutu tinggi.

4.3. Tujuan Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta. Tujuan Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta adalah Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta menurunkan angka kesakitan dengan menyediakan layanan kesehatan yang bermutu dan mandiri dalam pengembangan Rumah Sakit.

F. Rekam Medis

1. Definisi Rekam Medis

Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI 2006). Definisi rekam medik menurut Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik adalah berkas yang berisikan

catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang penderita selama dirawat di rumah sakit, baik yang dirawat inap maupun yang dirawat jalan (Siregar, 2004).

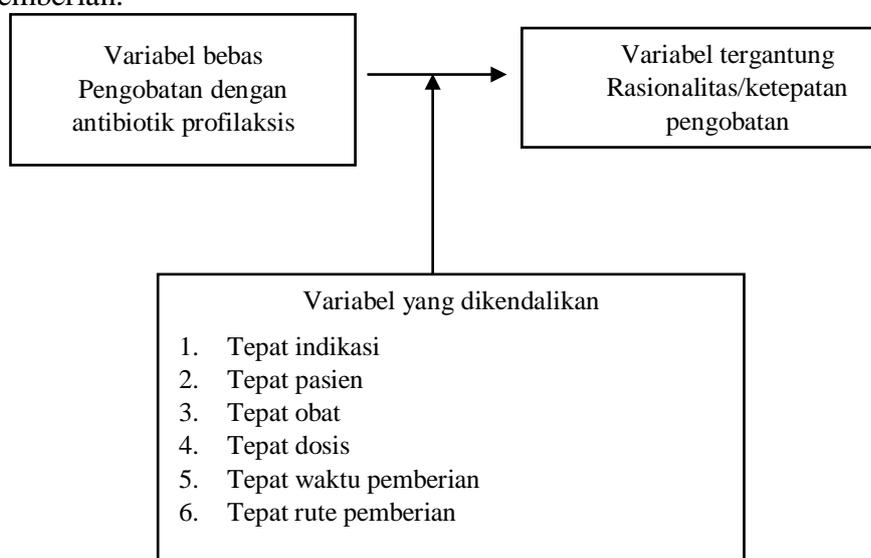
2. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Siregar (2004), kegunaan rekam medis yaitu :

- a. Digunakan sebagai dasar perencanaan dan keberlanjutan perawatan penderita
- b. Sarana komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya
- c. Melengkapi bukti dokumen terjadinya/penyebab penyakit penderita dan penanganan/pengobatan selama dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai dasar untuk kaji ulang studi dan evaluasi perawatan bagi penderita
- e. Membantu perlindungan kepentingan hukum penderita, rumah sakit, dan praktisi yang bertanggung jawab

G. Kerangka Pikir Penelitian

Penelitian ini mengkaji tentang Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis pasien bedah sesar di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Kasih Ibu tahun 2018. Dalam penelitian ini obat-obat profilaksis yang tercatat dalam rekam medis pada pasien bedah sesar merupakan variabel pengamatan dengan kategori tepat dosis, tepat pasien, tepat indikasi, tepat obat, tepat waktu pemberian, tepat rute pemberian.



Gambar 1. Skema kerangka pikir

H. Landasan Teori

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Prawirohardjo 2009). Menurut Manuaba (2002) indikasi ibu dilakukan SC adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Beberapa indikasi lain yang sering muncul pada bedah sesar yaitu plasenta *previa sentralis* dan *lateralis (posterior)*; bayi letak sungsang; ruptura uteri mengancam; panggul sempit dimana batas terendah untuk melahirkan janin *vias normalis* ialah *cervicalix* 8 cm (Listiyani 2015).

Infeksi luka operasi adalah infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi jika tidak ada tindakan implantasi atau dalam kurun waktu 1 tahun setelah tindakan operasi jika ada dilakukan implantasi dan infeksi yang tampak ada hubungannya setelah dilakukan tindakan operasi (Gray & Hawn 2007). Profilaksis bedah merupakan pemberian antibiotik sebelum adanya tanda-tanda dan gejala suatu infeksi dengan tujuan mencegah terjadinya manifestasi klinik infeksi. Profilaksis antibiotik diberikan untuk memperlama `Golden Period`. Antibiotik profilaksis harus aman, bakterisid dan efektif melawan bakteri yang menyebabkan infeksi pada bedah (Cooper 2003). Penggunaan antibiotik profilaksis pada tindakan bedah harus rasional meliputi tepat obat, tepat indikasi, tepat dosis, tepat waktu pemberian, tepat pasien serta tepat rute pemberian.

Beberapa penelitian menunjukkan sebaiknya waktu pemberian antibiotik profilaksis pada bedah sesar ditunda, bukan sebelum operasi dimulai seperti pada prosedur operasi lainnya, tetapi baru diberikan segera setelah tali pusar dipotong. Alasan utama penundaan administrasi adalah menghindari penekanan flora normal pada bayi yang baru lahir yang bisa mendorong terjadinya resistensi bakteri. Timbul pula kekhawatiran bahwa antibiotik tersebut berpotensi menutupi

infeksi neonatal, sehingga evaluasi sepsis pada neonatal menjadi sulit. Data yang lebih modern mendukung administrasi antibiotika profilaksis sebelum sayatan bedah untuk melindungi pasien terhadap risiko infeksi. Hasil penilaian terapi cefazolin 2 gram dosis tunggal sebagai profilaksis yang diberikan sebelum prosedur SC dan yang diberikan setelah tali pusar dipotong memberikan perbedaan yang tidak signifikan (ASHP 2013).

Antibiotik profilaksis pada SC sebaiknya diberikan 30-60 menit sebelum operasi dimulai. Pemberian antibiotik profilaksis yang terlalu awal dapat menyebabkan konsentrasi antibiotik tidak memadai dalam jaringan saat dan selama operasi berlangsung. Efektifitas antibiotik dalam melindungi pasien dari bakteri penyebab infeksi pun menjadi berkurang sehingga risiko terjadinya infeksi *postpartum* akan meningkat (ASHP 2013).

Rekomendasi durasi pemberian antibiotik profilaksis yaitu maksimal 24 jam setelah pembedahan. Hal ini karena belum ditemukan bukti mendukung bahwa perpanjangan durasi antibiotik profilaksis memberikan manfaat yang baik. Kekhawatiran justru muncul karena durasi yang panjang terkait dengan munculnya resistensi (ASHP 2013).

I. Keterangan Empirik

Berdasarkan landasan teori, maka dapat memberikan keterangan empirik sebagai berikut :

1. Profil penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar berdasarkan pedoman *SOGC Clinical Practice Guideline* dan *ASHP Therapeutic Guidelines* jenis antibiotik yang direkomendasikan adalah sefazolin 1-2 gram dengan rute pemberian secara intravena (iv), waktu pemberian 30-60 menit sebelum dilakukan insisi kulit, tidak ditemukan reaksi alergi terhadap sefazolin, digunakan pada pasien hamil yang menjalani bedah sesar.
2. Rasionalitas penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta periode tahun 2018 berdasarkan pedoman *SOGC Clinical Practice Guideline* dan *ASHP Therapeutic Guidelines* adalah

tepat obat, tepat indikasi, tepat dosis, tepat waktu pemberian, tepat pasien serta tepat rute pemberian..