

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian dan kesakitan ibu merupakan indikator kesehatan umum dan kesejahteraan masyarakat. Sasaran pembangunan kesehatan dalam MDGs yang terkait kesehatan ibu adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) ^{3/4} antara tahun 1990-2015, dan menurut RP-JMN kementerian kesehatan yakni menurunkan AKI dari 228/100.000 menjadi 102/100.000 kelahiran hidup (Andriani, 2012).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2011, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tercatat 226 orang/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut lebih rendah dari angka kematian ibu (AKI) di tahun sebelumnya yang tercatat mencapai diatas 300 orang/100.000 kelahiran hidup. Angka-angka diatas menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi walaupun dari tahun ke tahun terdapat penurunan. Penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 28%, eklampsia 24%, infeksi 11%, partus lama 5%, dan abortus 5 %. Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kurang Energi Kronis pada kehamilan 37% dan anemia pada kehamilan 40% (Ramdhani, 2017).

Dalam beberapa tahun terakhir kecenderungan pilihan melahirkan dengan operasi *caesarea* meningkat di berbagai negara. Adanya peningkatan pilihan melahirkan dengan operasi *caesarea* di seluruh dunia, telah menjadi sorotan dan masalah kesehatan masyarakat di dunia. Pada Tahun 2007 diperkirakan 15% dari kelahiran di seluruh dunia terjadi dengan operasi *caesarea*. Di negara berkembang, proporsi kelahiran dengan cara *caesarea* berkisar 21,1% dari total kelahiran yang ada, sedangkan di negara maju hanya 2%. Awalnya badan kesehatan dunia WHO menetapkan indikator *caesarea* 15% untuk setiap negara, dan tidak dibedakan antara negara maju atau berkembang, atau negara dengan angka kematian ibu/bayi rendah atau tinggi. Pada tahun 1994 indikator tersebut

diperbaiki oleh WHO *Indicator To Monitor Maternal Health Goal* menjadi kisaran 5–15%.

Dari data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi *caesarea* di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3 – 6,8%. Persalinan *caesarea* di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11% dan 3,9% (Suryati, 2012). Sedangkan menurut data Riskedas (2013) di propinsi Gorontalo angka kejadian bedah sesar dari tahun 2010 sampai 2013 mencapai 14%.

Angka resiko kematian pada bedah *caesar* sangat tinggi akibat infeksi. Komplikasi infeksi akibat bedah caesar meliputi demam, *wound infection* (infeksi pada luka operasi), endometritis, bakterimia, dan infeksi saluran kemih. Menurut Bensons dan Pernolls, angka kematian pada operasi caesar adalah 40-80 tiap 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut menunjukkan resiko 25 kali lebih besar dibanding persalinan pervaginam. Kasus karena infeksi mempunyai angka 80 kali lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam (Ramdhani, 2017).

Infeksi karena operasi berbeda menurut jenis luka operasinya. Klasifikasi jenis luka operasi terbagi menjadi luka operasi bersih, bersih terkontaminasi, dan kotor. Klasifikasi ini menentukan jenis penggunaan antibiotik yaitu untuk tujuan profilaksis atau terapeutik. Antibiotik profilaksis adalah antibiotik yang digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk mendapatkannya atau bila terkena infeksi dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien (Husnawati dkk, 2014).

Sebagian kasus bedah, pemakaian suatu jenis antibiotik profilaksis telah terbukti secara meyakinkan dapat mencegah atau mengurangi kejadian infeksi, sehingga pemakaiannya dianjurkan secara luas dalam praktek karena betapa bersihnya operasi dilakukan, kuman selalu dapat menemukan luka operasi. Antibiotik profilaksis dapat menurunkan komplikasi infeksi *postoperative* pada bedah sesar nonelektif. Kuman penyebabnya antara lain *Escherichia coli* dan *Enterobacteriaceae* lain, bakteri anaerob (coccus gram positif, *Bacteroides*), *Enterococcus faecalis* dan *enterococcus* kelompok D lain, dan *S. Agalactiae* (kelompok B) (Ramdhani, 2017).

Antibiotik profilaksis dianjurkan pada persalinan bedah sesar karena dapat mencegah atau mengurangi kejadian infeksi yang disebabkan oleh kuman pada saat operasi (Wiguna dkk, 2016). Infeksi bedah sesar yang biasanya terjadi yaitu demam, infeksi luka, endometritis, dan infeksi saluran kemih. Tanda infeksi pasca bedah berupa *purulent* (nanah), peningkatan *drainase* (adanya cairan luka), nyeri, kemerahan dan bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih (Purmaningrum dkk, 2014).

Penggunaan antibiotik untuk profilaksis di rumah sakit sangat bervariasi, hal ini mengakibatkan besarnya biaya antibiotik yang bervariasi yang tentunya mengakibatkan biaya obat yang bervariasi pula (Baroroh dkk, 2016). Analisis efektivitas biaya (*Cost Effectiveness Analysis/CEA*) merupakan suatu cara untuk memilih dan menilai program atau obat yang terbaik bila terdapat beberapa pilihan dengan tujuan yang sama untuk dipilih. CEA mengonversi biaya dan efektivitas dalam bentuk rasio. Penghitungan CEA untuk intervensi yang berbentuk kombinasi dilakukan dengan menggunakan *Incremental Cost Effectiveness Ration* (ICER) (Rahayu dkk, 2013).

Dalam penelitian yang dilakukan Arniah dkk (2017) menemukan bahwa berdasarkan hasil pengobatan dan penggunaan antibiotik pada pasien bedah sesar di salah satu rumah sakit di Samarinda periode Juni 2015 – Juni 2016 menunjukkan bahwa persentase antibiotik yang digunakan yaitu seftriakson sebesar 79,04% dan seftazidim sebesar 17,14%. Hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa antibiotika profilaksis dengan biaya paling minimal pada bedah sesar adalah seftazidim dengan rata-rata total biaya yaitu Rp 9.246.569,- daripada seftriakson yaitu Rp 9.424.801,-.

Penelitian lain oleh Baroroh dkk (2016) yang dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta menemukan bahwa komponen biaya terbesar pada tindakan bedah sesar adalah biaya tindakan bedah sebesar 56,31% - 59,35%, kemudian biaya obat sebesar 13,93% 17,78%, dan biaya rawat inap sebesar 10,35% - 13,27,35%. Jenis antibiotika yang banyak digunakan Ceftriaxon injeksi (antibiotik profilaksis) Amoxicillin oral (antibiotik terapi pasca bedah) sebanyak 37 pasien (63,8%) biaya antibiotika sebesar 0,36% - 11,77% dari biaya

perbekalan farmasi, dimana biaya perbekalan farmasi sebesar 13,93% - 17,78% dari total biaya medik langsung. Lama hari rawat inap tidak berpengaruh terhadap besarnya biaya antibiotik yang digunakan pada pasien bedah sesar ($p > 0.05$)

Adapun pada Penelitian Andayani dkk (2005) di di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta tahun 2000 antibiotik yang digunakan adalah golongan penicillin spektrum luas dan golongan sefalosporin generasi ketiga, dengan jumlah penggunaan terbanyak adalah Sulbenicillin injeksi yang dilanjutkan Klindamisin secara oral (31%), kemudian Amoxicillin, kalium klavulanat dilanjutkan Amoxicillin oral (23%). Biaya yang dikeluarkan untuk antibiotik berkisar antara 12,5% sampai 44,4% dari biaya yang dikeluarkan untuk perbekalan farmasi dan 6,7% sampai 14,8 % dari biaya keseluruhan yang dibayarkan pasien. Lama hari perawatan untuk pasien bedah sesar rata-rata berkisar antara 5 sampai 6 hari. Penentuan lama hari perawatan ini berdasarkan keputusan dokter bahwa pasien sudah sembuh dan diperbolehkan untuk pulang. Tidak ada hubungan antara besarnya biaya antibiotik dengan lama rawat hari perawatan

Dari observasi awal yang dilakukan di RSIA Siti Khadijah yang merupakan salah satu Rumah Sakit swasta di Gorontalo bahwa jumlah pasien untuk bedah sesar cukup banyak tercatat sebanyak 573 orang selama periode Januari 2017 hingga Desember 2017. Antibiotik profilaksis yang biasanya digunakan oleh pasien adalah Seftriakson dan Sefotaksim. Seftriakson dan Sefotaksim merupakan antibiotik golongan sefalosporin generasi ketiga (Shamma dkk, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, maka penelitian ini dirancang untuk menganalisis efektivitas serta efisiensi biaya penggunaan antibiotik profilaksis bedah sesar (*Sectio Caesarae*) di RSIA Siti Khadijah.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana efektivitas biaya dari penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar yang di rawat inap di RSIA Siti Khadijah ?

1.3 Tujuan Penelitian

Mengukur efektivitas biaya penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah sesar yang di rawat inap di RSIA Siti Khadijah ?

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dan teori yang diperoleh pada saat kuliah dan untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam mengaplikasikan ilmu farmakoekonomi, khususnya analisis efektivitas biaya.

1.4.2 Bagi RSIA Siti Khadijah

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi referensi dalam penentuan pemilihan obat yang efektif dengan biaya rendah pada penggunaan antibiotik profilaksis pra operasi sesar.

1.4.3 Bagi Institut Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan masukan keputakaan dan informasi serta dapat meningkatkan pengetahuan mengenai analisis efektivitas biaya penggunaan antibiotik profilaksis pra operasi sesar.