

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Persalinan sesar atau *partus sectio caesarea* adalah proses melahirkan janin melalui jalur abdominal dengan laparotomi yang selanjutnya memerlukan insisi ke dalam uterus dengan histerotomi (Norwitz & Schorge, 2007).

2. Indikasi

Indikasi utama *sectio caesarea* di Amerika Serikat dan negara industri adalah 85% karena adanya riwayat seksio sesarea sebelumnya, distorsia persalinan, *fetal distress*, dan kelahiran sungsang (Chunningham *et al.*, 2006). Indikasi seksio sesarea bisa berasal dari fakto ibu dan juga bayi. Faktor dari ibu yaitu adanya endometriosis, komplikasi perlukaan, atau luka operasi. Sedangkan, dari faktor bayi yaitu adanya kemungkinan *apgar score* ≤ 3 , *umbilical artery* pH $< 7,0$, *hypotoxic ischemic encephalopathy*, atau kematian bayi pada kelahiran (Chunningham *et al.*, 2010)..

3. Teknik Insisi pada *Sectio Caesarea*

a. Insisi abdomen

Dari segi kosmetika, insisi transversal lebih banyak dipilih oleh sebagian wanita dan dianggap lebih kuat dan kemungkinan lepasnya

kecil. Namun, insisi vertikal lebih disukai oleh para dokter daripada insisi lintang (transversal) karena memudahkan dalam memperluas ruang jika diperlukan ruang yang lebih banyak (Chunningham *et al.*, 2006).

b. Insisi uterus

Insisi uterus juga terdiri dari dua teknik yaitu teknik insisi vertikal (klasik) dan insisi melintang. Insisi klasik adalah insisi vertikal ke dalam korpus uterus di atas segmen bawah uterus sampai mencapai fundus uterus. Insisi klasik sudah jarang digunakan dan beralih ke insisi melintang (transversal) karena mudah untuk diperbaiki dan dari segi lokasinya memiliki kemungkinan yang sedikit untuk ruptur dan tidak menyebabkan pelekatan usus atau omentum ke garis insisi (Chunningham *et al.*, 2010).

4. Komplikasi

Pada proses bedah sesar terdapat berbagai komplikasi seperti : perdarahan, infeksi, cedera pada janin, cedera pada organ di dekat uterus (usus, kandung kemih, ureter, pembuluh darah), dan memerlukan pembedahan lebih lanjut (histerektomi masa nifas, jahitan pada usus) (Norwitz dan Schorge, 2007).

5. Penatalaksanaan Peripartum

a. Pra-operasi

Pada perawatan pra-operasi, wanita yang dijadwalkan untuk menjalani operasi sesar harus dicek darah terlebih dahulu dan asupan

oralnya dihentikan paling tidak delapan jam sebelum operasi berlangsung. Pasien dapat diberikan antasida sesaat sebelum induksi anestesi untuk mencegah risiko trauma paru akibat naiknya asam lambung jika terjadi aspirasi (Chunningham *et al.*, 2006).

Pemilihan teknik anestesi harus dipertimbangkan secara individual berdasarkan pertimbangan kebidanan, atau faktor resiko janin (misalnya persalinan elektif dan *emergency*), preferensi pasien, dan keputusan ahli anestesi. Ada dua macam anestesi yaitu lokal dan umum. Teknik anestesi yang biasa digunakan adalah anestesi lokal. Anestesi spinal adalah salah satu jenis anestesi lokal yang paling sering dipilih untuk *sectio caesarea*. Anestesi umum dapat menjadi pilihan yang paling tepat dalam kondisi tertentu, misalnya ruptur uterus, pendarahan berat, bradikardi pada janin, dan lain-lain (Apfelbaum, 2015).

b. Operasi

Transfusi darah sangat diperlukan untuk mempertahankan volume darah. Cairan intravena yang dapat diberikan seperti larutan Ringer Laktat atau larutan kristaloid serupa dan ditambah dekstrosa 5% (Chunningham *et al.*, 2006). Namun, berdasarkan penelitian Rudi (2012) menyebutkan bahwa pemberian infus Ringer Laktat lebih baik dibandingkan NaCl 0,9% karena NaCl 0,9% dapat menimbulkan alkalosis dan asidosis lebih besar daripada Ringer Laktat (Rudi, 2012).

c. Pasca-operasi

Analgesia perlu juga diberikan pada pasca-operasi karena sewaktu pasien lepas dari anaesthesinya, kemungkinan besar akan timbul nyeri yang berat. Pilihan analgesia bisa dengan meperidin 75 sampai 100 mg atau morfin 10 sampai 15 mg secara intravena dan selanjutnya bisa dengan intramuskular (paling sering setiap 3 jam). Pemberian narkotik biasanya disertai dengan antiemetik seperti prometazin 25 mg. Antibiotik profilaksis juga diperlukan karena morbiditas demam pasca-operasi cukup besar. Pilihan antibiotiknya adalah ampisilin 2 g dosis tunggal, atau dari golongan sefalosporin atau penisilin spektrum luas (Chunningham *et al.*, 2006).

Tanda vital dimonitoring setiap empat jam dengan memeriksa tekanan darah, suhu badan, jumlah urin, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri (Chunningham *et al.*, 2006).

B. Analisis Farmakoekonomi

Ekonomi kesehatan adalah ilmu yang menilai biaya (*cost*) dan manfaat (*benefit*), tidak digunakan dalam proses pengambilan keputusan tetapi untuk menginformasikan mengenai pilihan terapi kepada pasien. Farmakoekonomi merupakan bagian dari ekonomi kesehatan yang lebih menjurus kepada terapi pengobatan (Walley, 2004). Penelitian farmakoekonomi merupakan suatu proses mengidentifikasi, mengukur, dan membandingkan biaya, risiko, dan manfaat dari program, layanan, atau terapi serta menentukan alternatif menghasilkan *outcome* yang bermanfaat pada bidang kesehatan (DiPiro *et al.*, 2005).

Biaya menurut Walley (2004) dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. *Direct cost* atau biaya langsung yaitu biaya segi penyedia pemberi layanan kesehatan. Biaya langsung dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu biaya langsung medis (*direct medical cost*) dan biaya langsung non-medis (*direct non-medical cost*). Biaya medis langsung adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien yang meliputi jasa pelayanan medis, pengobatan, pencegahan, dan penanganan efek samping. Biaya langsung non-medis adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien yang tidak terkait langsung terhadap pelayanan medis seperti biaya transportasi dari rumah menuju rumah sakit, biaya administrasi, dan biaya lainnya (Vogenberg, 2001).
2. *Indirect cost* atau biaya tidak langsung yaitu biaya dari perspektif masyarakat secara keseluruhan termasuk hilangnya pendapatan, hilangnya produktivitas, hilangnya waktu luang, dan biaya perjalanan ke rumah sakit, dan sebagainya.
3. *Intangible cost* atau biaya yang tidak terada seperti rasa nyeri, khawatir, dan yang lainnya yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien.

Tipe studi farmakoekonomi berdasarkan metodologi untuk menganalisis biaya dan benefits dapat dikelompokkan menjadi 5 tipe, antara lain:

1. *Cost Analysis (CA)* yaitu analisis yang sederhana untuk mengetahui jumlah semua biaya dalam suatu pelaksanaan pengobatan tapi tidak membandingkannya dengan pelaksanaan atau efikasi suatu pengobatan (Tjandrawinata, 2000).
2. *Cost Minimisation Analysis (CMA)* yaitu analisis yang hanya berfokus pada perhitungan biaya saja, khususnya biaya pelayanan kesehatan. Analisis ini

membandingkan dua alternatif terapi yang identik dan tidak dapat digunakan untuk mengevaluasi program atau terapi yang memiliki *outcome* yang berbeda (Walley, 2004).

3. *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) yaitu metode untuk membandingkan biaya yang diukur dengan uang dengan *outcome* yang dapat berupa keberhasilan terapi yang dapat diukur dengan *natural unit*, misalnya biaya yang diperlukan untuk mengobati pasien atau menyelamatkan hidup pasien (Walley, 2004).
4. *Cost Utility Analysis* (CUA) yaitu metode yang mirip dengan *cost effectiveness analysis* untuk menilai efisiensi dari intervensi kesehatan tapi *outcome* yang diukur berupa kualitas dan kuantitas hidup pasien (Walley, 2004).
5. *Cost Benefit Analysis* (CBA) yaitu metode untuk mengukur manfaat ekonomi yang terkait intervensi yang satuannya sama atau berbeda dan selalu dihargai dalam bentuk satuan biaya (uang), misalnya perbandingan antara uang yang digunakan untuk pencegahan dengan uang yang digunakan untuk mengobati penyakit tertentu (Walley, 2004).

C. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah suatu badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan sendiri merupakan suatu badan hukum yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional yang pelaksanaan kepesertaannya mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014 (Putri, 2014).

Menurut Peraturan Pemerintah No. 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, pengertian jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan yang dapat memberi manfaat dalam kebutuhan dasar dan pemeliharaan kesehatan kepada peserta yang telah membayar iuran atau dibayarkan iurannya oleh pemerintah. Manfaat yang dijamin mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang sudah termasuk obat dan bahan medis (Putri, 2014). Prinsip dari program ini adalah kegotongroyongan antar peserta, portabilitas atau berkelanjutan, kepesertaan bersifat wajib dan menyeluruh, dikelola dengan prinsip nirlaba, dan dana berupa dana amanat serta digunakan penuh untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta (Depkes RI, Tanpa Tahun).

Peserta JKN terbagi menjadi dua golongan utama yaitu Penerima Bantuan Iuran JKN (PBI) dan Bukan Bantuan Iuran JKN (non-PBI). Yang termasuk ke dalam PBI adalah fakir miskin dan orang tidak mampu menurut Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2011. Sedangkan, non-PBI terdiri atas pekerja penerima upah dan anggota keluarganya (dalam hal ini pegawai negeri dan swasta), pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya (pekerja mandiri), dan bukan pekerja dan anggota keluarganya (investor, pemberi kerja, dan pensiunan) (Putri, 2014).

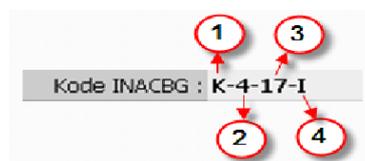
Pelayanan rawat inap dibagi menjadi tiga kelas ruang perawatan, urutan dari kelas tertinggi ke kelas terendah, yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Dalam kondisi tertentu, peserta yang ingin meningkatkan kelas perawatan di atas

haknya, bisa dengan membayar selisih biaya yang telah dijamin oleh BPJS Kesehatan (Putri, 2014).

D. Sistem INA-CBG's

Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) merupakan terapan dari sistem pembayaran *casemix* (*case based payment*). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* (Permenkes RI^b, 2014). Pengelompokan INA-CBG's pada dasarnya menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur.

Tarif INA-CBG memiliki 1.077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 kode kelompok rawat inap dan 288 kode kelompok rawat jalan dengan menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Berikut adalah contoh kode INA-CBG's berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) :



Gambar 1. Struktur Kode INA-CBG's

Keterangan :

1. Digit ke-1 : CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 : tipe kasus.
3. Digit ke-3 : CBG kasus

4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

Sub-grup pertama adalah *Case-Mix Main Groups* (CMGs) yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z) dan berhubungan dengan sistem organ tubuh. Terdapat 30 CMGs dalam UNU *Groupers* (22 *Acute Care CMGs*, 2 *Ambulatory CMGs*, 1 *Subacute CMGs*, 1 *Chronic CMGs*, 4 *Special CMGs* dan 1 *Error CMGs*). Sub-grup kedua menunjukkan 9 tipe kasus yang dilambangkan dengan angka 1-9. Sub-group ketiga menkode secara spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99. Sub-grup keempat melambangkan tingkat keparahan kasus dengan kode romawi I, II, dan III.

Kode INA-CBG's yang digunakan pada prosedur *sectio caesarea* adalah O-6-10-I, O-6-10-II, dan O-6-10-III. Digit I yaitu huruf O artinya *deliveries groups* atau prosedur persalinan. Digit II yaitu angka 6 menunjukkan tipe kasus rawat inap kebidanan. Digit II yaitu angka 6 yang menunjukkan prosedur *sectio caesarea*. Digit IV menunjukkan tingkat keparahannya yaitu I untuk keparahan ringan, II untuk keparahan sedang, dan III untuk tingkat keparahan berat.

Tarif rumah sakit ada tujuh yaitu tarif rumah sakit kelas A, tarif rumah sakit kelas B, tarif rumah sakit kelas B Pendidikan, tarif rumah sakit kelas C, tarif rumah sakit kelas D, tarif rumah sakit khusus rujukan nasional, dan tarif rumah sakit umum rujukan nasional. Pengelompokan tersebut berdasarkan Hospital Base Rate (HBR) yang dihitung dari total biaya pengeluaran rumah sakit.

Regionalisasi rumah sakit dibagi berdasarkan Indeks Harga Konsumen (IHK). Regionalisasi dalam tarif INA-CBGs bertujuan untuk mengakomodir

perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Terdapat lima regional yaitu regional I, regional II, regional III, regional IV, dan regional V.

Berdasarkan Permenkes RI No. 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, tarif INA-CBG's RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan termasuk ke dalam tipe C dan terletak di regional I sehingga tarif klaim INA-CBG's untuk *sectio caesarea* di rumah sakit tersebut ditunjukkan pada tabel 2.

Tabel 1. Tarif Rawat Inap Pasien *Sectio Caesarea*

No	Kode INA- CBG's	Diskripsi kose INA-CBG's	Tarif kelas 3 (Rp)	Tarif kelas 2 (Rp)	Tarif kelas 1 (Rp)
1	O-6-10-I	Prosedur operasi pembedahan caesar ringan	4.022.100	4.826.600	5.631.000
2	O-6-10-II	Prosedur operasi pembedahan caesar sedang	4.438.400	5.326.100	6.213.800
3	O-6-10-III	Prosedur operasi pembedahan caesar berat	4.655.200	5.586.200	6.517.300

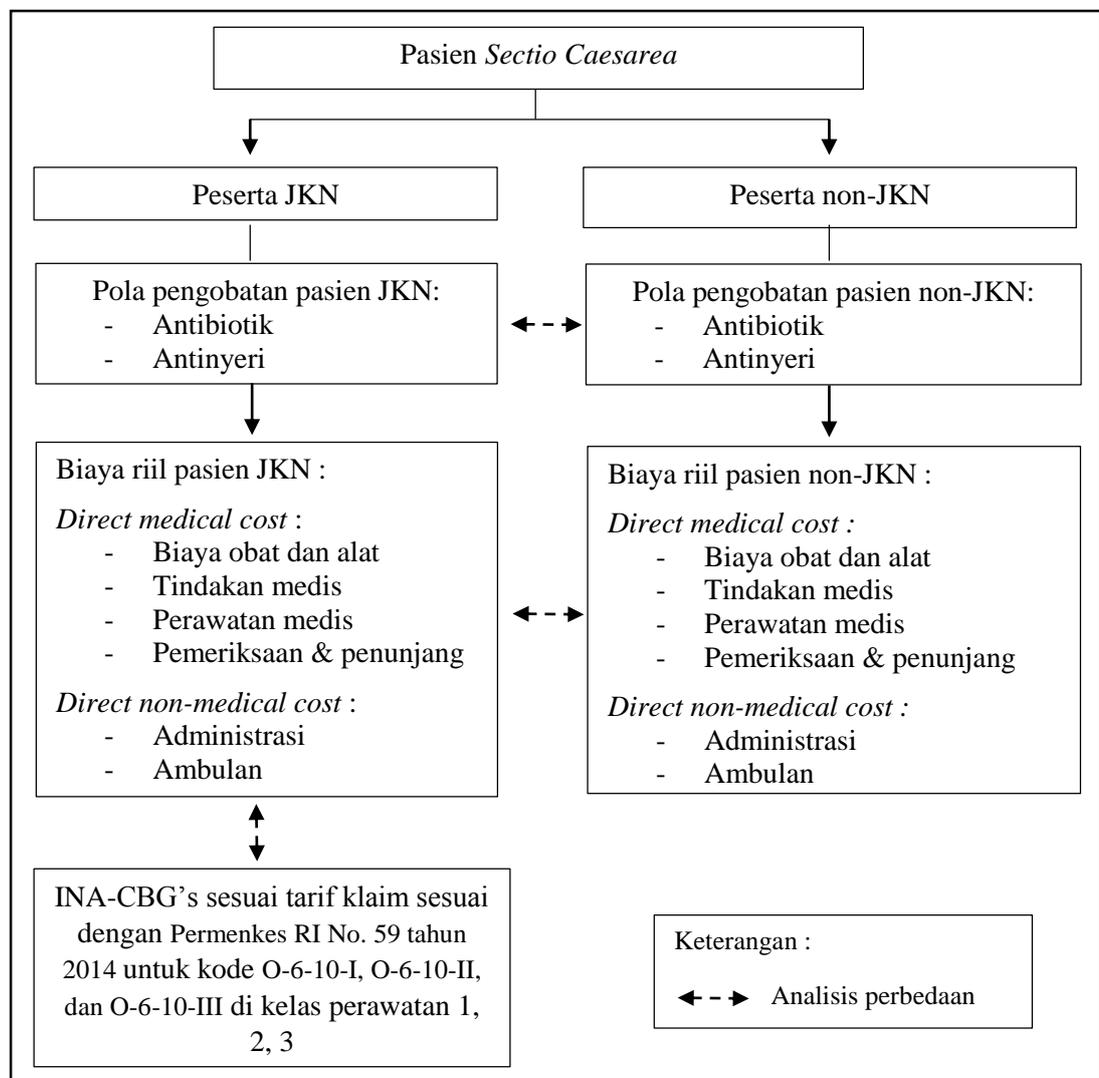
E. Landasan Teori

1. *Sectio caesarea* memiliki prevalensi tinggi seperti yang dilaporkan pada penelitian yaitu terdapat 139 pasien dengan kasus *sectio caesarea* atau 25,3% dari keseluruhan pasien persalinan di RSUD Tugurejo Semarang pada triwulan pertama tahun 2013 (Kusumaningtyas, Kresnowatti, dan Ernawati, 2013). Selain itu, estimasi dana pada tahun 2008 yang dibutuhkan untuk pembiayaan prosedur *sectio caesarea* di Indonesia menurut WHO adalah 19.532.824 *US dollars* (Gibbons *et al.*, 2010).

2. Pasien yang menerima prosedur persalinan *sectio caesarea* dibagi menjadi dua yaitu pasien peserta JKN dan non-JKN. Pasien peserta JKN adalah pasien yang menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan pelayanan yang telah berlaku dan disepakati oleh pihak rumah sakit dengan penyedia layanan program jaminan kesehatan. Rumah sakit termasuk dalam tempat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sehingga dalam proses pembiayaannya menggunakan sistem INA-CBG's.
3. Prevalensi dan biaya yang tinggi untuk *sectio caesarea* sehingga perlu dilakukan analisis biaya di rumah sakit lain. Analisis biaya juga dilakukan untuk semua pasien *sectio caesarea* baik pasien peserta JKN maupun non-JKN. Analisis biaya pada pasien JKN dapat dilakukan dengan membandingkan biaya riil menggunakan standar tarif yang berlaku pada tahun 2015 yaitu Permenkes RI No. 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
4. Penggunaan obat antibiotik dan analgesik merupakan obat yang paling banyak digunakan pada tindakan *sectio caesarea*. Keduanya juga memiliki harga yang bervariasi karena di pasaran tersedia berbagai golongan dan merek sehingga memungkinkan untuk memilih obat sesuai dengan jenis pembiayaan pasien. Adanya perbedaan pemberian obat antara pasien JKN dengan non-JKN karena pasien JKN cenderung terbatas dalam segi biaya sehingga perlu dilakukan analisis terhadap pola penggunaan antibiotik & analgesik pada pasien *sectio caesarea* peserta JKN dan non-JKN.

5. Penelitian Isti (2015) menyebutkan bahwa total biaya diabetes militus di PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk pasien non-JKN berbeda secara bermakna dengan biaya pasien peserta JKN. Perbedaan biaya peserta JKN dan non-JKN ini juga dapat muncul pada *sectio caesarea* mengingat besarnya biaya pembiayaan *sectio caesarea* sehingga perlu dilakukan penelitian terhadap perbedaan pembiayaan pada pasien JKN dan non-JKN.

F. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

G. Keterangan Empiris

1. Mengetahui rata-rata biaya riil pasien *sectio caesarea* berkisar antara Rp 4.022.100,00 sampai dengan Rp 4.655.200,00 untuk pasien rawat inap kelas 3, Rp 4.826.600,00 sampai dengan Rp 5.586.200,00 untuk pasien rawat inap kelas 2, dan Rp 5.731.000,00 sampai dengan Rp 6.515.300,00 untuk pasien rawat inap kelas 1 sesuai dengan klaim INA-CBG's.
2. Mengetahui perbedaan biaya riil persalinan SC pada pasien peserta JKN dengan tarif paket INA-CBG's berbeda secara bermakna dengan standar tarif yang telah ditetapkan pada Permenkes RI No. 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
3. Mengetahui perbedaan biaya riil perawatan yang dikeluarkan pada prosedur persalinan SC peserta JKN dan non-JKN pada kelas perawatan yang sama berbeda secara bermakna.
4. Mengetahui pola penggunaan antibiotik dan analgesik pada pasien *sectio caesarea* peserta JKN dan non-JKN.