

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Sectio Caesarea***

##### **1. Definisi**

*Sectio caesarea* adalah cara mengeluarkan janin dengan pembedahan pada dinding abdomen dan uterus. *Sectio caesarea* merupakan bagian dari metode obstetrik operatif. Persalinan *sectio caesarea* dilakukan sebagai pilihan ketika persalinan normal tidak dapat dilakukan. Tujuan dilakukan persalinan dengan cara ini agar ibu dan bayi yang dilahirkan sehat dan selamat (Reeder, Martin, & Griffin, 2011).

##### **2. Epidemiologi**

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan kelahiran bedah sesar sebesar 9,8 persen dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). DIY berada di proporsi empat tertinggi yaitu 15%. Secara umum pola persalinan melalui bedah sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada ibu yang menyelesaikan D1-D3/PT (perguruan tingginya) (25,1%), pekerjaannya sebagai pegawai (20,9%), tinggal di perkotaan (13,8%), dan kuintil indeks kepemilikannya teratas (18,9%). Dari data di atas bisa diketahui bahwa rata-rata yang melakukan operasi cesar adalah masyarakat dengan ekonomi menengah ke atas dan dengan jenjang pendidikan yang cukup tinggi. (RISKESDAS, 2013).

### 3. Indikasi

Ada 3 hal yang mengindikasikan dilakukannya persalinan dengan cara *sectio caesarea* (SC) yaitu faktor ibu, faktor janin, faktor plasenta atau kombinasi antara satu dengan lainnya (Reeder, Martin, & Griffin, 2011). Indikasi yang masuk ke dalam faktor ibu adalah penyakit ibu yang berat seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, preeklamsia berat atau eklamsia dan kanker serviks. Selain itu juga adanya infeksi berat seperti virus herpes simplex tipe II atau herpes genitalis. Hal ini membutuhkan persalinan dengan sesar dengan beberapa alasan, yang pertama adalah untuk mempercepat proses dari persalinan dalam kondisi yang kritis, yang kedua dikarenakan ibu maupun janin tidak dapat menoleransi persalinan normal, dan yang terakhir mencegah janin terpajan resiko yang berbahaya ketika dilakukan persalinan dengan normal. Faktor ibu selanjutnya adalah riwayat pembedahan uterus seperti miomektomi maupun persalinan dengan *sectio caesarea*.

Faktor janin yang berpengaruh adalah gawat janin, seperti kasus janin dengan prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplacenta berat, dan malpresentasi (seperti letak melintang, janin dengan presentasi dahi). Kehamilan ganda dengan posisi melintang bokong sehingga menjadi bagian terendah janin kembar. Faktor plasenta berupa plasenta previa dan solusio plasenta (pemisahan plasenta sebelum waktunya).

Faktor kombinasi antara faktor ibu dan janin adalah distosia (kemajuan persalinan abnormal) yang disebut sebagai suatu “kegagalan kemajuan”

dalam persalinan. Hal ini yang memungkinkan adanya hubungan ketidaksusaiian antara ukuran panggul ibu dan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi, atau aksi kontraksi uterus yang abnormal. Persalinan dengan upaya ini memiliki resiko yang tinggi yaitu 4-6 kali lebih besar dibandingkan kelahiran dengan pervaginam (Hacker & Moore, 2001).

Faktor resiko yang paling banyak terjadi adalah efek anestesi, banyaknya darah yang dikeluarkan oleh ibu ketika proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah), dan pemulihan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Resiko yang bersifat ringan adalah naiknya suhu badan selama beberapa hari ketika masa nifas (Kasdu, 2003).

#### 4. Jenis-jenis sayatan *sectio caesarea*

Ada dua jenis sayatan dalam operasi *sectio caesarea* yaitu :

##### a. Sayatan melintang

Sayatan ini dilakukan di bagian bawah rahim dari ujung selangkangan di bagian atas batas rambut kemaluan sekitar 10-14 cm. Keuntungan dari jenis ini adalah meminimalkan resiko robek rahim, karena pada masa nifas bagian bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka dapat sembuh dengan sempurna (Kasdu, 2003).

b. Sayatan memanjang (bedah sesar klasik)

Sayatan dibuat secara vertikal atau mediana, tegak lurus mulai dari tepat di bawah perut pusar sampai tulang kemaluan. Sayatan ini berupa pengirisan yang panjang sehingga memberikan ruang yang luas untuk jalan keluarnya janin. Namun jenis ini jarang digunakan karena lebih beresiko untuk menyebabkan komplikasi.

Suatu tindakan obstetrik (seperti bedah sesar atau pengeluaran plasenta secara manual) dapat meningkatkan risiko seorang ibu terkena infeksi sehingga diperlukan antibiotik profilaksis yang diberikan sebelum atau segera saat operasi. Hal ini dilakukan untuk menghambat pertumbuhan kuman atau membunuh kuman. Pemakaian antibiotik untuk profilaksis harus diulang apabila operasi sudah berjalan satu jam atau lebih karena pada umumnya antibiotik tersebut hanya memiliki waktu paruh yang pendek antara satu hingga dua jam saja. Pada bedah sesar, untuk menghindari masuknya antibiotik pada janin, antibiotik dapat diberikan segera setelah penjepitan tali pusat (Saifuddin, 2008). Selain antibiotik, digunakan juga obat non antibiotik untuk mengobati gejala-gejala pasien sehingga mengurangi kesakitan dan mempercepat penyembuhan pasien. Salah satu golongan obat yang sering digunakan adalah antinyeri.

## **B. Analisis Farmakoekonomi**

### 1. Definisi Farmakoekonomi

Farmakoekonomi adalah deskripsi dan analisis tentang biaya terapi dari suatu sistem pelayanan kesehatan. Definisi lebih spesifik adalah sebuah penelitian yang dilakukan untuk melihat proses identifikasi, mengukur dan membandingkan biaya, resiko serta keuntungan dari suatu program pelayanan dan terapi (Vogenberg, 2001).

Tujuan farmakoekonomi adalah untuk membandingkan obat yang berbeda untuk pengobatan dengan kondisi yang sama dan juga membandingkan pengobatan yang berbeda pada kondisi yang berbeda (Vogenberg, 2001). Hasil dari farmakoekonomi bisa dijadikan sebagai informasi yang membantu para pembuat kebijakan dalam menentukan pilihan alternatif pengobatan agar pelayanan kesehatan menjadi efisien dan ekonomis. Informasi ini dinilai sama pentingnya dengan informasi khasiat dan keamanan obat dalam menentukan pilihan obat. Farmakoekonomi dapat diaplikasikan baik dalam skala mikro maupun dalam skala makro (Trisna, 2007).

### 2. Metode Farmakoekonomi

#### a. *Cost Analysis*

*Cost-Analysis* adalah tipe analisis sederhana yang mengevaluasi intervensi-intervensi biaya. Tipe ini dilakukan untuk melihat semua biaya dalam pelaksanaan atau pengobatan (Tjandrawinata, 2000). Ada tiga syarat yang harus dipenuhi sebelum melakukan analisis biaya, yaitu

struktur organisasi yang baik, sistem akuntansi yang tepat, dan adanya informasi statistik yang cukup baik (Trisnantoro, 2005).

b. *Cost Minimization Analysis*

*Cost Minimization Analysis* adalah tipe analisis tentang perbandingan biaya terendah dengan manfaat yang diperoleh sama. Analisis ini bertujuan untuk menguji biaya yang sama dalam hasil yang diperoleh. (Orion, 1997).

c. *Cost Effectiveness Analysis*

*Cost effectiveness analysis* adalah tipe analisis yang digunakan untuk menilai dan menentukan program terbaik dengan cara memilih berbagai program yang berbeda dengan tujuan yang sama. *Cost effectiveness analysis* merupakan metode yang paling sering digunakan. Metode ini biasa digunakan untuk perbandingan obat dengan hasil terapi yang dapat dibandingkan. Sebagai contoh, membandingkan dua obat yang digunakan untuk indikasi yang sama tetapi biaya dan efektivitasnya berbeda (Trisna, 2007).

d. *Cost Benefit Analysis*

*Cost benefit analysis* adalah analisis yang digunakan untuk menghirung biaya dan manfaat suatu intervensi dengan ukuran moneter serta pengaruhnya dalam hasil perawatan kesehatan. Dapat digunakan untuk membandingkan perlakuan yang berbeda untuk kondisi yang berbeda (Vogenberg, 2001).

e. *Cost Utility Analysis*

*Cost utility analysis* adalah tipe analisi yang membandingkan biaya terhadap program kesehatan yang diterima dengan peningkatan kesehatan yang dikarenakan perawatan kesehatan. Dalam *cost utility analysis*, peningkatan kesehatan diukur dalam bentuk penyesuaian kualitas hidup (*quality adjusted life years*, QALYs) dan hasilnya ditunjukkan dengan biaya per penyesuaian kualitas hidup. Data kualitas dan kuantitas hidup dapat dikonversi ke dalam nilai QALYs.

3. Biaya

a. Biaya langsung medis (*direct medical cost*)

Biaya langsung medis adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk pelayanan jasa medis yang digunakan dalam mencegah maupun mendeteksi penyakit seperti kunjungan pasien, obat-obatan yang diresepkan, dan lama perawatan. Kategori-kategori untuk biaya langsung medis adalah pengobatan, pengobatan untuk efek samping, pelayanan pencegahan dan penanganan (Orion, 1997) (Vogenberg, 2001).

b. Biaya langsung nonmedis (*direct nonmedical cost*)

Biaya langsung nonmedis adalah biaya yang dikeluarkan pasien yang tidak terkait langsung dengan pelayanan medis, seperti transportasi pasien ke rumah sakit, makanan, jasa pelayanan lainnya yang diberikan pihak rumah sakit (Vogenberg, 2001).

c. Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Biaya tidak langsung adalah biaya yang dapat mengurangi produktivitas pasien, atau biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang. (Vogenberg, 2001).

d. Biaya tak terduga (*intangibile cost*)

Biaya yang sulit diukur seperti rasa nyeri/cacat, kehilangan kebebasan, efek samping. Sifatnya psikologis, sukar dikonversikan dalam nilai mata uang (Vogenberg, 2001).

### **C. Jaminan Kesehatan Nasional**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

UU No. 40 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014.



Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba.

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), pengobatan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*).

JKN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Prinsip asuransi sosial meliputi:

1. kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah;
2. kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif;
3. iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk pekerja yang menerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk pekerja yang tidak menerima upah;
4. dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan

disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan.

Peserta JKN adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta berhak atas manfaat JKN. Untuk tetap memperoleh jaminan pelayanan kesehatan, Peserta wajib membayar iuran JKN secara teratur dan terus-menerus hingga akhir hayat.

Pasien JKN adalah pasien yang mendapat pelayanan dari pihak rumah sakit sesuai dengan ketepatan pelayanan yang berlaku di rumah sakit tersebut dan mengikuti program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS. Pasien non JKN adalah pasien yang menerima pelayanan dari pihak rumah sakit sesuai dengan ketetapan pelayanan yang berlaku di rumah sakit tersebut dengan pembiayaan sendiri.

#### **D. INA-CBG's**

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif yang dikenal adalah *Casemix (case based payment)* yang sudah diberlakukan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). 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*. Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia-*

*Diagnosis Related Group*). Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) (Permenkes No. 27 Tahun 2014).

Struktur kode INA-CBG's terdiri dari :

1. Digit ke-1 adalah Casemix Main Groups's dikodekan dengan huruf Alphabet A sampai Z berdasarkan sistem organ tubuh. Kode ini sesuai dengan kode diagnosa ICD 10. Untuk Sectio Caesarea termasuk dalam Deliveries Groups sehingga menggunakan kode O.
2. Digit ke-2 adalah tipe kasus yang terdiri dari:
  - a. Group 1 (prosedur rawat inap)
  - b. Group 2 (prosedur besar rawat jalan)
  - c. Group 3 (prosedur signifikan rawat jalan)
  - d. Group 4 (rawat inap bukan prosedur)
  - e. Group 5 (rawat jalan bukan prosedur)
  - f. Group 6 (rawat inap kebidanan)
  - g. Group 7 (rawat jalan kebidanan)
  - h. Group 8 (rawat inap neonatal)
  - i. Group 9 (rawat jalan neonatal)
3. Digit ke-3 adalah spesifikasi dari Case Based Group's pada digit ini digunakan angka 01 sampai 99
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan tingkat keparahan kasus berdasarkan diagnosa sekunder dalam masa perawatan. Terdiri dari

- a. "0" = rawat jalan
- b. "I" = ringan untuk rawat inap
- c. "II" = berat untuk rawat inap

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No.59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, daftar paket tarif INA CBG's 2014 untuk pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta (RSUD Yoga) yang berada pada regional I dan rumah sakit termasuk dalam rumah sakit tipe B dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1.** Paket Tarif INA-CBG's *Sectio Caesarea*

Kode INA CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
0-6-10-I	Prosedur operasi pembedahan caesar ringan	4.424.347	5.309.216	6.194.086
0-6-10-II	Prosedur operasi pembedahan caesar sedang	4.882.245	5.858.694	6.835.142
0-6-10-III	Prosedur operasi pembedahan caesar berat	5.120.722	6.144.866	7.169.010

## E. Landasan Teori

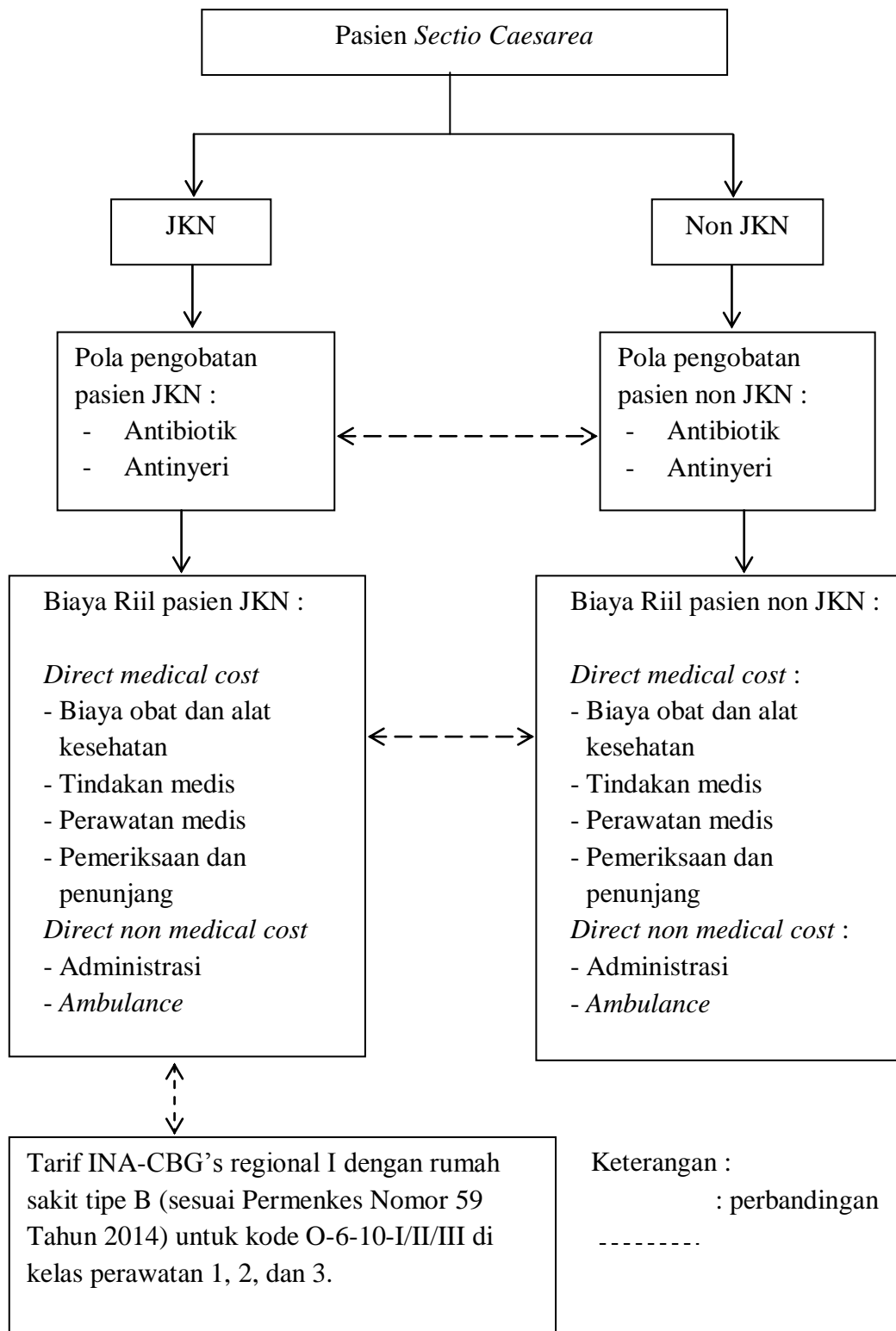
1. *Sectio Caesarea* (SC) memiliki prevalensi yang tinggi sebesar 15% di daerah DIY dan menempati peringkat ke empat tertinggi di Indonesia.

Selain prevalensi yang tinggi, biaya untuk bedah sesar di Indonesia juga tinggi yaitu 19,5 juta dolar Amerika per tahun.

2. Pasien SC di rumah sakit di bagi menjadi dua yaitu pasien JKN dan non JKN. Pasien JKN adalah pasien yang biaya pengobatan dan perawatannya sesuai dengan tarif klaim INA-CBG's. Pasien non JKN adalah biaya pengobatan dan perawatannya berdasarkan pembiayaan sendiri.
3. Perbandingan biaya perawatan di rumah sakit dengan tarif INA-CBG's untuk kasus persalinan dengan *Sectio Caesaria* di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2013 adalah sebesar 61% biaya riil rumah sakit melebihi tarif paket INA-CBGs sehingga rumah sakit mengalami kerugian (Kusumaningtyas, 2013).
4. Suatu tindakan obstetrik (seperti bedah sesar atau pengeluaran plasenta secara manual) dapat meningkatkan risiko seorang ibu terkena infeksi sehingga diperlukan antibiotik profilaksis yang diberikan sebelum atau segera saat operasi. Hal ini dilakukan untuk menghambat pertumbuhan kuman atau membunuh kuman.
5. Pola antibiotik dan biaya pengobatan pasien JKN dan non JKN penderita demam tifoid di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado 2014 memiliki perbedaan yang signifikan. Dilihat dari hasil penelitian, jenis obat yang digunakan untuk pasien JKN adalah thiamfenicol sebesar 19% dengan rata-rata biaya Rp 23.480,00. Sedangkan untuk pasien non JKN adalah cefixime sebesar 46,2% dengan rata-rata biaya Rp 122.729,00 (Halwang dkk, 2014).

6. Selain antibiotik, digunakan juga obat non antibiotik untuk mengobati gejala-gejala pasien sehingga mengurangi kesakitan dan mempercepat penyembuhan pasien. Salah satu golongan obat yang sering digunakan adalah antinyeri.
7. INA-CBG's adalah sistem *casemix* dengan pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Kode INA-CBG's untuk prosedur operasi pembedahan caesar di rumah sakit tipe B wilayah regional I telah tercantum pada tabel 1.

## F. Kerangka Konsep



**Gambar 1.** Kerangka Konsep

## **G. Keterangan Empirik**

1. Mengetahui rata-rata biaya perawatan partus *sectio caesarea* pasien JKN dan non JKN di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2015 sesuai dengan Permenkes No. 59 Tahun 2014 adalah untuk kelas I sekitar Rp 6.194.086,00 sampai Rp 7.169.010,00, kelas II sekitar Rp 5.309.216,00 sampai Rp 6.144.866,00 dan kelas III sekitar Rp 4.424.347,00 sampai Rp 5.120.722,00.
2. Biaya perawatan *sectio caesarea* pasien JKN dengan tarif INA-CBG's berbeda secara bermakna dengan standar tarif pada Permenkes Nomor 59 Tahun 2014.
3. Mengetahui biaya perawatan *sectio caesarea* pasien JKN dan non JKN untuk kelas perawatan yang sama berbeda tidak secara bermakna.
4. Mengetahui pola pengobatan antibiotik profilaksis dan antinyeri tidak berbeda antara peserta JKN dengan non JKN.