

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bedah Sesar atau *Sectio Caesarea*

Bedah sesar atau dalam istilah kedokteran biasa disebut dengan *Sectio Caesarea*, merupakan proses pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (*laparotomi*) dan dinding rahim (*histerotomi*). *Sectio Caesarea* dilakukan jika ibu tidak dapat melahirkan secara pervaginam atau persalinan normal, yang disebabkan oleh adanya kelainan seperti presentasi atau letak abnormal pada janin, *placenta previa* dan adanya komplikasi medis lainnya. *Sectio Caesarea* bisa dilakukan ketika terdapat risiko yang dapat membahayakan nyawa ibu ataupun janin (Finger, 2003).

Indikasi *Sectio Caesarea*

Hal-hal yang bisa menjadi pertimbangan dilakukannya *Sectio Caesarea* menurut SGO (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2012) antara lain ; adanya kelelahan saat persalinan, preeklamsia, putus tali pusar, resiko luka parah pada rahim, proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*distosia*) detak jantung janin melambat (*fetal distress*), kegagalan persalinan dengan induksi, bayi dalam posisi sungsang atau menyamping, kontraksi pada pinggul, ukuran bayi yang besar (*makrosomia*) berat badan lahir lebih dari 4,2 kg, kegagalan proses persalinan dengan alat bantu (*forceps* atau *vacum*), *Placenta previa* (ari-ari menutupi jalan lahir), dan kepala bayi yang lebih besar dari ukuran normal (*hidrosefalus*).

Jenis *Sectio Caesarea*

- a. Berdasarkan irisannya dibagi menjadi dua :
 - 1) *Sectio Caesarea* segmen bawah diindikasikan untuk janin yang letaknya memanjang, tidak ada kesulitan untuk mencapai segmen bawah rahim dan untuk yang masih ingin memiliki anak.
 - 2) *Sectio Caesarea* yang kesulitan mencapai segmen bawah rahim, disebabkan letak lintang dengan janin besar, gawat janin, dan *plasenta previa* dengan insersi didepan.
- b. Berdasarkan waktunya dibagi menjadi dua :
 - 1) *Emergency* artinya apabila persalinan tidak disegerakan akan mengancam jiwa janin dan ibu.
 - 2) *Elective* artinya persalinan yang sudah direncanakan sebelumnya

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *Sectio Caesarea*

- a. Usia
 - 1) Usia <20 tahun, usia yang terlalu muda berpengaruh pada saat persalinan dikarenakan usia ≤ 20 tahun rahim dan panggul belum berkembang dengan baik, sehingga dapat menimbulkan kesulitan persalinan.
 - 2) Usia >35 tahun, usia yang terlalu tua juga berpengaruh pada persalinan dikarenakan pada usia tersebut, ibu menjadi mudah lelah pada saat persalinan (Depkes, 2003).

b. Parietas

Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami komplikasi persalinan pada kehamilan selanjutnya. Keadaan rahim sudah lemah biasanya ketika jumlah parietas yang lebih dari 4. Hal ini dapat menimbulkan persalinan lama dan perdarahan saat kehamilan (Depkes, 2003)

c. Hipertensi

Wanita hamil dengan hipertensi berisiko mengalami komplikasi saat persalinan sedangkan janin yang dikandung berisiko tinggi mengalami hambatan pertumbuhan (Akhmad, 2008)

d. Anemia

Kondisi anemia pada ibu hamil memiliki risiko bayi lahir dengan berat rendah, keguguran, kelahiran premature serta kematian pada ibu dan bayi yang baru lahir. Biasanya anemia pada ibu hamil disebabkan oleh kekurangan zat besi hal ini berdampak pada angka kesakitan dan kematian janin sehingga mengganggu pada proses persalinan normal (Mulyawati, 2011)

Penatalaksanaan Peripartum dan Postpartum

Pada pengobatan pre-operasi, wanita diharuskan untuk cek darah terlebih dahulu dan asupan oralnya dihentikan minimal delapan jam sebelum operasi berlangsung. Pasien dapat diberikan antasida sesaat sebelum induksi anestesi untuk mencegah trauma paru akibat naiknya asam lambung jika terjadi aspirasi. Transfusi darah sangat penting untuk

mempertahankan volume darah. Cairan intravena yang dapat diberikan adalah larutan Ringer Laktat atau larutan kristaloid serupa ditambah dekstrosa 5% (Sukesih, 2003).

Pada pengobatan pasca-operasi, dapat diberikan analgesik karena besar kemungkinan pasien akan mengalami nyeri setelah anestesiya hilang. Analgetik yang dapat diberikan penggunaan ketorolak trometamina, tramadol, ketoprofen, hiosiani N-butyl bromida + paracetamo, dan petidin. Berdasarkan Penelitian Sebelumnya analgetik yang paling dominan digunakan adalah ketorolak trometamina (Sukesih, 2003). Antibiotik juga diperlukan karena morbiditas demam pasca operasi cukup besar. Pilihan antibiotiknya adalah ampisillin atau dari golongan sefalosporin (Purnamaningrum, 2013).

Berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Tri Murti Andayani bahwa penggunaan antibiotik profilaksis memakan biaya pembekalan farmasi paling banyak yaitu sebesar 12,5 % - 44 % (Andayani, 2005). Analgesik merupakan obat yang paling sering digunakan pada. Analgesik merupakan obat yang paling sering digunakan untuk terapi pasca bedah tujuannya untuk menghilangkan nyeri setelah pembedahan (Purnamaningrum, 2013).

Komplikasi *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan *Sectio Caesarea* memiliki beberapa risiko komplikasi diantaranya:

a. Infeksi Puerperal

- 1) Ringan, dengan gejala kenaikan suhu beberapa hari saja
- 2) Sedang, dengan gejala kenaikan suhu yang lebih tinggi diikuti dehidrasi dan perut kembung
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Ini sering kita temukan pada partus yang terlambat ditangani, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal disebabkan oleh ketuban yang pecah terlalu lama.

b. Pendarahan

Dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti, terdapat banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, pendarahan pada plasenta, luka pada kandung kemih, pada kehamilan mendatang kemungkinan terjadi *ruptura uteri spontanea*.

B. Analisis Farmakoekonomi

Farmakoekonomi merupakan sistem pendeskripsian dan analisis mengenai harga obat yang digunakan dalam suatu terapi kesehatan. Farmakoekonomi juga dapat didefinisikan sebagai suatu sistem yang terdiri dari identifikasi, keuntungan program atau pelayanan dengan memilih alternatif yang lebih efektif dan efisien dari berbagai perspektif (Dipiro *et al.*, 2005).

Sistem farmakoekonomi juga dapat digunakan untuk memilih pengobatan yang tepat dengan cara mencari hasil optimal dengan pengeluaran biaya yang rendah. Salah satu acuan dalam pengambilan keputusan di farmakoekonomi dapat dilihat dari perspektif penyedia layanan kesehatan. Bila dilihat dari

perspektif penyedia layanan kesehatan biaya bersifat langsung dan tercatat. Penyedia layanan kesehatan bisa rumah sakit, *Managed-care organization* (MCOs), ataupun lembaga kesehatan swasta. Bila dilihat dari perspektif ini biaya langsung (*direct cost*) seperti pembelian obat, pembayaran pengobatan dirumah sakit, dan tes laboratorium, masukan dan pengeluaran selama pengobatan dapat diidentifikasi, diukur serta dibandingkan.

Biaya dapat didefinisikan sebagai nilai dari sumber daya yang digunakan untuk suatu program atau terapi obat. Biaya diklasifikasikan dalam empat kategori pada tahun 1980 dan 1990, yaitu biaya tidak langsung, biaya tidak teraba, biaya medik langsung dan biaya non-medik langsung (Andayani, 2013). Biaya yang berhubungan langsung dengan pengobatan pasien seperti biaya obat, biaya alat kesehatan, biaya pengobatan, biaya tindakan medis, biaya pemeriksaan penunjang, biaya fisioterapi dan biaya tindakan kefarmasian merupakan biaya medis langsung. Biaya non-medik langsung biaya yang tidak berhubungan dengan pengobatan pasien yaitu biaya makan, biaya pencucian pakaian, biaya pemeliharaan ruangan kamar pasien dan biaya administrasi (Phillips, 2012).

Biaya juga dapat didefinisikan sebagai pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang sudah terjadi ataupun kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Total biaya adalah suatu intervensi biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan suatu program pengobatan diukur berdasarkan nilai uang (Vogenberg, 2001).

Cost Analysis, merupakan jenis analisis sederhana yang mengevaluasi intervensi-intervensi biaya. *Cost Analysis* berguna untuk melihat semua biaya

pelaksanaan atau pengobatan, dengan tidak membandingkan pelaksanaan dengan pengobatan dan efikasi (Phillips, 2012). Ada beberapa metode yang digunakan untuk evaluasi *Cost Analysis* yaitu, *Cost Minimization Analysis* (CMA), *Cost Effectiveness Analysis* (CEA), *Cost Utility Analysis* (CUA), *Cost Benefit Analysis* (CBA) (Dipiro *et al.*, 2005).

Analisis biaya rumah sakit merupakan suatu proses yang lebih dinamis, analisis ini memberi informasi mengenai komponen biaya dan distribusinya pada masing-masing unit di rumah sakit dan biaya satuan rumah sakit. Biaya yang ditanggung oleh pasien dalam menjalani terapi berupa biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Pada analisis yang perspektifnya rumah sakit yang dihitung hanya biaya langsung (*direct cost*). Biaya langsung atau *direct cost* meliputi pembelian obat, pembayaran pengobatan dirumah sakit, dan tes laboratorium (Vogenberg, 2001).

C. JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Di Indonesia, JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN diselenggarakan melalui Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program JKN ditujukan untuk memberikan manfaat berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif dan dapat memenuhi kebutuhan medik yang diperlukan untuk memelihara, memulihkan dan meningkatkan kesehatan peserta dan anggota keluarganya. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang biasa disingkat BPJS merupakan badan yang menyelenggarakan program JKN (Jaminan, 2013).

Pada penyelenggaraan JKN, BPJS kesehatan menjalankan suatu sistem yang disebut Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN dijalankan dengan tujuan untuk memberikan perlindungan sosial, sehingga setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak agar terwujudnya kesejahteraan bagi seluruh penduduk Indonesia. SJSN ini ditujukan untuk melaksanakan amanat Pasal 28 H ayat (3) dan pasal 34 ayat (2) Amandemen UUD tahun 1945 (Jaminan, 2013).

D. INA-CBG's

INA-CBG's merupakan sistem yang digunakan dan dikembangkan untuk pembayaran paket prospektif rumah sakit yang memberikan pelayanan JKN. Untuk menentukan tarif INA-CBG's digunakan kode untuk tiap paket pengobatannya. Untuk pengelompokan tarif INA-CBG's adalah ICD-10 digunakan untuk diagnosa (14.500 kode) dan ICD-9 CM untuk prosedur/tindakan (7500 kode). Kemudian dari kedua kode tersebut dikelompokan lagi menjadi 1.077 kode INA CBG's (789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan) dengan berbagai tingkat keparahan berbasis data rill cost rumah sakit yang dipilih (Depkes, 2012). 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 *Deleiveries 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. Goup 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 pengobatan. Terdiri dari
- A. "0" = rawat jalan
 - B. "I" = ringan untuk rawat inap
 - C. "II" = berat untuk rawat inap

Tarif INA-CBG's merupakan tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit tipe A, B, C, dan D dalam regional 1, 2, 3, dan 4, rumah sakit rujukan nasional, dan rumah sakit khusus rujukan nasional. Penetapan regional berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

Tabel 1. Daftar Regionalisasi tarif INA-CBG's sebagai berikut :

REGIONALISASI				
I	II	III	IV	IV
Banten	Sumatera	NAD	Kalimantan	Bangka
DKI Jakarta	Barat	Sumatera	Selatan	belitung
Jawa Barat	Riau	Utara	Kalimantan	NTT
Jawa Tengah	Sumatera Selatan	Jambi	Tengah	Kalimantan Timur
DI	Lampung	Kepulauan		Kalimantan Utara
Jogjakarta	Bali	Riau		Maluku
Jawa Timur	NTB	Kalimantan Barat		Maluku Utara
		Sulawesi Utara		Papua
		Sulawesi Tengah		Papua Barat
		Sulawesi Tenggara		
		Gorontalo		
		Sulawesi Barat		
		Sulawesi Selatan		

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jogja sehingga masuk kedalam regional I (Permenkes, 2014)

1. Paket Tarif INA CBG's untuk *Sectio Caesarea*

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 Jogja yang berada pada regional I dan rumah sakit termasuk dalam rumah sakit tipe B dapat dilihat pada tabel 2

Tabel 2. Paket Tarif INA-CBG's *Sectio Caesarea*

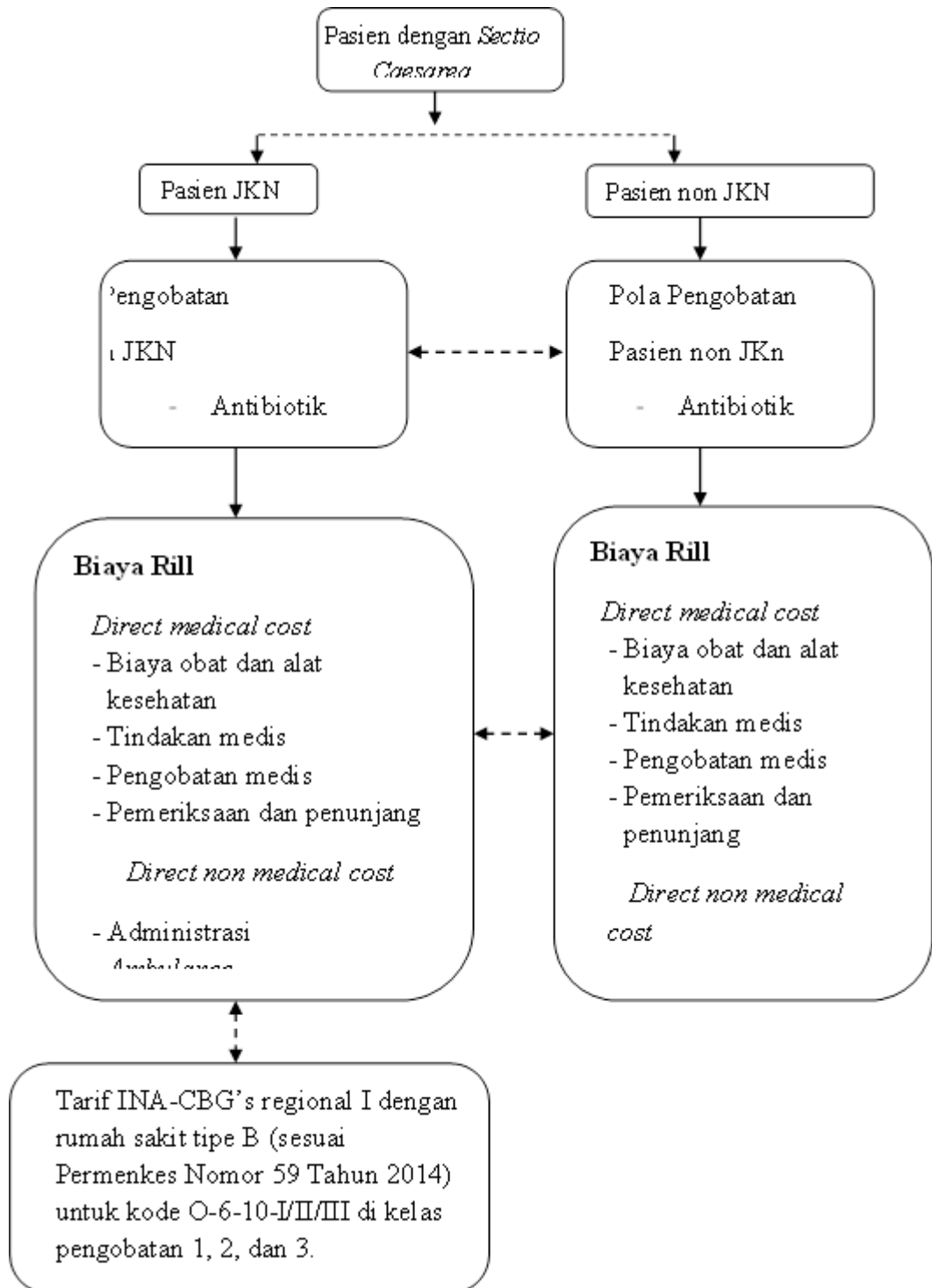
Kode INA CBG's	Deskripsi Kode	Kelas III	Kelas II	Kelas I
0-6-10-I	Prosedur operasi pembedahan caesar ringan	4.424.347	5.309.216	6.194.086
0-6-10-II	Prosedur operasi pembedahan caesar sedang	4.882.245	5.858.694	6.835.142
0-6-10-III	Prosedur operasi pembedahan caesar berat	5.120.722	6.144.866	7.169.010

E. Landasan Teori

1. Prevalensi *Sectio Caesarea* cukup tinggi yaitu sekitar 15% yang terjadi di Jogjakarta. Prevalensi yang tinggi ini diikuti dengan peningkatan pembiayaan *Sectio Caesarea*. Pembiayaan *Sectio Caesarea* sekitar 19,5 juta dolar Amerika per tahun di Indonesia.
2. Pasien *Sectio Caesarea* di rumah sakit di bagi menjadi dua yaitu pasien JKN dan non JKN. Pasien JKN adalah pasien yang biaya pengobatan dan pengobatannya sesuai dengan tarif klaim INA-CBG's. Pasien non JKN adalah pasien yang biaya pengobatannya berdasarkan pembiayaan sendiri.
3. Perbandingan biaya riil rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan tarif INA-DRG's sehingga rumah sakit mengalami kerugian. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk melihat apakah tarif yang baru memiliki perbedaan yang signifikan atau tidak. (Wilsya, 2010)

4. Penggunaan antibiotik memakan biaya pembekalan farmasi paling banyak yaitu sebesar 12,5 % - 44 % (Andayani, 2005). Selain antibiotik, penggunaan analgesik merupakan golongan obat yang paling sering digunakan untuk terapi pasca bedah (Purnamaningrum, 2013).
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.,*et al* 2014).

F. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

G. Keterangan Empiris

1. Mengetahui rata-rata biaya pengobatan *Sectio Caesarea* pasien JKN dan non JKN di Rumah Sakit Jogja periode tahun 2015.
2. Mengetahui perbedaan biaya pengobatan *Sectio Caesarea* pasien peserta JKN dengan tarif INA-CBG's berdasarkan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014.
3. Mengetahui perbedaan biaya pengobatan *Sectio Caesarea* pasien peserta JKN dan non JKN di Rumah Sakit Jogja periode tahun 2015.
4. Mengetahui pola pengobatan antibiotik profilaksis dan analgesik peserta JKN dengan Non JKN di Rumah Sakit Jogja.