

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembedahan seksio sesarea (*cesarean section*) adalah pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan (*incision*) pada dinding perut (*abdomen*) dan rahim (*uterus*) (Adriaansz, 2017). Definisi ini tidak termasuk pengeluaran/pengangkatan janin dari dinding abdomen pada kasus robekan spontan dinding uterus (*uterine rupture*) atau kehamilan abdomen (*abdominal pregnancy*).

Telah terjadi kecenderungan peningkatan insiden seksio sesarea di berbagai belahan dunia. Pada tahun 2008, 54 dari 137 negara memiliki angka seksio sesarea di bawah 10%, sedangkan 69 negara memiliki angka seksio sesarea di atas 15%. Namun, setelah tahun 2010 seksio sesarea telah meningkat secara global dalam beberapa dekade terakhir. Di Amerika Serikat angka persalinan dengan seksio sesarea meningkat dari 4,5% tahun 1970 menjadi 32,9% tahun 2009 dan tetap bertahan 30% sampai tahun 2015 (Cunningham *et al.*, 2018).

Di Kanada angka seksio sesarea adalah 18,0% pada tahun 1994, dan meningkat menjadi 22,1% pada tahun 2000. Di Australia angka seksio sesarea telah meningkat dari 19,1% selama tahun 1998 menjadi 29,5% tahun 2008. Di Afrika Timur, angka seksio sesarea meningkat dari 29,9% tahun 2005 menjadi 35,5% tahun 2010. Angka seksio sesarea mencapai 27,3% pada tahun 2007/08 di Asia. Di India, angka seksio sesarea adalah 171,1 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2001, dan meningkat menjadi 289,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2011 (Wang, 2016).

WHO (2015) mengusulkan untuk menghindari kematian maternal dan meningkatkan luaran maternal dan neonatal, angka ideal seksio sesarea adalah 10% sampai 15%. Namun, pada tahun 2008, hanya 10% negara yang memiliki angka seksio sesarea 10-15% yang mana 24% negara memiliki tingkat seksio sesarea kurang dari 5%, dan 50% negara memiliki tingkat seksio sesarea lebih

dari 15%. Oleh karena itu, Jurnal *The Lancet* menyebutnya sebagai kondisi epidemik global (Wang, 2016).

Di Indonesia, angka seksio sesarea meningkat 8% tahun 2005, 15% tahun 2006, dan 21% tahun 2007. Sementara itu di RSCM tahun 2012, 40% wanita melakukan persalinan dengan tindakan seksio sesarea (Santoso, Trisnantoro and Hendra, 2017). Berdasarkan hasil *Indonesia Demographic Health Survey* (IHDS) tahun 2012 angka seksio sesarea adalah 12,9% dan meningkat pada tahun 2017 sebesar 17% (IHDS, 2017). Terjadi juga peningkatan angka seksio sesarea berdasarkan Riskesdas tahun 2018 yaitu mencapai 17,6% (Riskesdas, 2018).

Provinsi Sumatera Barat berdasarkan Riskesdas tahun 2013 tingkat persalinan dengan seksio sesarea adalah 14,8% dan menunjukkan provinsi peringkat ke 6 terbanyak di Indonesia (Riskesdas, 2013). Terjadi peningkatan yang signifikan berdasarkan Riskesdas tahun 2018 Provinsi Sumatera Barat memiliki angka seksio sesarea yaitu mencapai 23,6%. Hal tersebut menunjukkan bahwa angka seksio sesarea di Sumatera Barat jauh melewati batas maksimal dari standar yang telah ditentukan oleh WHO dan menjadikan Sumatera Barat naik menjadi provinsi peringkat ke 5 terbanyak melakukan seksio sesarea di Indonesia. (Riskesdas, 2018).

Peningkatan insiden seksio sesarea ini diakibatkan tekanan terhadap penggunaan teknologi baru yang sering tidak tertahankan (WHO, 2019), peningkatan usia produktif (bonus demografi) (Cunningham *et al.*, 2018) serta *moral hazard* (bioetik) dalam tindakan seksio sesarea (Outreville and Kongstvedt, 1998). Penggunaan teknologi baru sering menimbulkan *inefficiency*. *World Health Report 2010* memperkirakan bahwa 20% hingga 40% dari semua pengeluaran kesehatan saat ini terbuang sia-sia karena *inefficiency* (Giorgio *et al.*, 2016).

Rumah sakit adalah suatu organisasi pelayanan jasa kesehatan dimana untuk memproduksi berbagai jenis layanan diperlukan sumber daya seperti tenaga kerja, bahan medis, alat kesehatan, bahan penunjang medis, biaya langsung atau tidak langsung yang mempunyai nilai dan harga tertentu yang dinyatakan dengan uang atau biaya produksi. *Output* jasa produksi ini adalah dalam bentuk layanan kesehatan yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat (konsumen) dengan

memberikan imbalan. Imbalan ini menjadi pendapatan rumah sakit yang bisa menjadi kelebihan hasil usaha atau laba. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan tata kelola yang baik agar tidak terjadi pemborosan atau efisiensi biaya (Trisnantoro, 2018).

Di Indonesia peningkatan insiden seksio sesarea ini tidak serta merta menyebabkan efisiensi biaya rumah sakit dan tidak juga meningkatkan mutu dari layanan rumah sakit (Aden, 2012). Hal ini disebabkan karena mulai 1 September 2008 pemerintah mulai menerapkan pembiayaan kesehatan dengan sistem *casemix* (INA-DRG) pada 15 rumah sakit vertikal milik Kementerian Kesehatan. Selain itu, diperkuat dengan terbitnya UU No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang membuka jalan bagi Indonesia untuk melakukan reformasi sistem pembiayaan kesehatan, mewujudkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh rakyat Indonesia. Oleh karena itu, pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menetapkan cara pembayaran fasilitas kesehatan dengan mekanisme kapitasi untuk layanan primer dan mekanisme *casemix Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) untuk layanan rujukan.

Sistem *casemix* INA-CBG's adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. Dalam pembayaran menggunakan sistem INA-CBG's, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan (*fee for services*), melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode *Case Based Group* (CBG) atau disebut *prospective payment system*. Pada sistem ini rumah sakit akan mengajukan *claim* biaya kepada pihak pembayar, dimana besarnya tarif INA-CBG's ini ditetapkan oleh pemerintah (Miller, 2005).

Berdasarkan Permenkes No.52 tahun 2016 layanan seksio sesarea dalam sistem INA CBG's disebut dengan operasi pembedahan caesar yang berada dalam *grouping* O-6-10-I, O-6-10-II, dan O-6-10-III yang masing-masing diterjemahkan sebagai paket layanan operasi pembedahan sesarea ringan, sesarea sedang, dan

sesarea berat (Permenkes No. 52, 2016). Tarif paket layanan seksio sesarea ditetapkan berdasarkan Permenkes No. 56 tahun 2016 menyebabkan beberapa rumah sakit di Indonesia mengalami kerugian setelah dihitung kembali biaya paket layanan seksio sesarea (biaya satuan) dengan menggunakan metode analisis biaya (*costing analysis*). Analisis tarif seksio sesarea berbasis sistem INA CBG's di RSUP Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta mendapatkan bahwa biaya satuan layanan seksio sesarea lebih tinggi dari tarif Permenkes sebesar 62,97% sampai 74,22% (Santoso, Trisnantoro dan Hendra, 2017). Hal yang sama juga dilakukan di RSUD Ampana Kabupaten Tojo Una Una, melakukan analisis biaya layanan seksio sesarea dengan menghitung biaya satuan menggunakan *Activity Based Costing* (ABC) dan membandingkannya dengan tarif Permenkes. Hasilnya menunjukkan bahwa persentase selisih tarif biaya satuan ABC dengan tarif INA CBG's adalah sebesar 18% dimana biaya satuan yang dihitung dengan ABC lebih tinggi (Yusfitaria, 2014). Selanjutnya, penelitian yang dilakukan di rumah sakit XY di Kudus terkait penetapan tarif seksio sesarea dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) menyimpulkan bahwa tarif seksio sesarea pada INA CBG's lebih rendah dibandingkan tarif rumah sakit (Widjayanto, Sudiro dan Suryawati, 2017).

Tidak semua rumah sakit merasa rugi dengan diberlakukannya sistem INA CBG's ini di Indonesia. Analisis biaya satuan (*unit cost*) seksio sesarea di rumah sakit Bhayangkara Yogyakarta dengan menggunakan *Activity Based Costing* mendapatkan bahwa biaya layanan seksio sesarea lebih rendah dari tarif INA CBG's (Damayanti, 2017). Di samping itu, evaluasi dampak implementasi program JKN terhadap kinerja keuangan rumah sakit vertikal menemukan bahwa terjadi kenaikan pada pendapatan khususnya pendapatan layanan secara rata-rata di 31 rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan (Wijayani, 2018).

Penelitian terkait evaluasi pendapatan rumah sakit yang menggunakan sistem INA CBG's dilakukan di Aceh, dengan menganalisis 602 *grouping* CBG's dari 14.749 kasus di tiga rumah sakit publik (kelas A, B, dan C). Penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa pendapatan rumah sakit meningkat 32,4% dengan menggunakan INA CBG's bila dibandingkan dengan sistem sebelumnya yaitu *fee for services* (Saputra, Aljunid dan Nur, 2020).

Pembayaran seperti ini sering menimbulkan beberapa permasalahan seperti *cost savings* (penghematan biaya) dianggap tidak benar atau tidak berkelanjutan, *provider reimbursement* (klaim) rumah sakit dan kompensasi untuk dokter terlalu rendah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan *quality of care* (kualitas pelayanan) yang diberikan oleh rumah sakit di bawah standar, termasuk penolakan pelayanan, akses yang sulit untuk konsultasi dengan dokter spesialis dan batas waktu untuk rawat inap serta sering muncul *moral hazard* dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat (Outreville and Kongstvedt, 1998). Oleh karena itu, BPJS harus mempunyai program jaminan mutu (kendali mutu) menuju efektivitas pelayanan dan pengendalian biaya (kendali biaya) menuju efisiensi biaya (Aden, 2012).

Upaya peningkatan mutu dan pengendalian biaya pelayanan rumah sakit di Indonesia dapat dilaksanakan melalui pendekatan program jaminan mutu (*quality assurance*), akreditasi, *Total Quality Management (TQM)*, audit etik/medik, dan penghitungan biaya (*cost accounting*). Penghitungan biaya pada dasarnya adalah upaya menghitung besaran nilai ekonomis yang harus dikorbankan oleh rumah sakit atas pemakaian sumber daya untuk menjalankan aktivitas pelayanan dan operasional rumah sakit yang disebut dengan biaya satuan (*unit cost*). Penghitungan biaya satuan dapat dilakukan dengan berbagai metode yaitu *top down costing* dan *activity based costing*. Sangat penting untuk melakukan analisis biaya agar terhindar dari inefisien layanan rumah sakit. Terdapat beberapa aktivitas yang dapat dilakukan untuk pencapaian mutu dan kendali biaya di antaranya manajemen risiko, utilization review (UR), *peer review*, indikator, prosedur tetap, audit medis, dan *clinical pathway* (Mukti, 2007).

*Clinical Pathway (CP)* telah lama diketahui merupakan *tool* yang sangat penting untuk mencapai kendali mutu (*good clinical governance*) dan kendali biaya (*good corporate governance*) di layanan rumah sakit. Berdasarkan penelitian Lin *et al* tahun 2021 menjelaskan bahwa implementasi CP terbukti telah mengurangi *Length of Stay (LOS)* dan biaya rumah sakit (Lin, Zhang and Shi, 2021). Selain itu, penelitian yang dilakukan Rotter *et al* tahun 2021 juga menyimpulkan bahwa implementasi CP akan mengurangi insiden komplikasi di

rumah sakit, meningkatkan dokumentasi, menurunkan kejadian *readmisi*, kematian, LOS, dan biaya rumah sakit (Rotter *et al*, 2010). Sejalan dengan penelitian tersebut, penelitian Haninditya tahun 2019 mengenai analisis hubungan kepatuhan pelaksanaan CP seksio sesarea terhadap *outcome* (ILO, LOS, dan nyeri) dan biaya rumah sakit tipe C di Yogyakarta menunjukkan bahwa adanya hubungan kepatuhan pelaksanaan CP layanan seksio sesarea dengan total biaya (Haninditya *et al.*, 2019).

*Clinical Pathway* (CP) adalah perencanaan multidisipliner praktik klinis terbaik berdasarkan standar pelayanan pasien dan *Evidence Based Medicine* (EBM). CP didesain untuk kelompok pasien yang spesifik dengan keadaan tertentu, yang membantu koordinasi dan pemberian pelayanan yang berkualitas tinggi. Alur klinis ini dapat digunakan dalam manajemen pasien dan berlaku seperti instrumen audit klinis yang dimulai dari pendaftaran dan berakhir dengan keluarnya pasien dari rumah sakit. CP adalah instrumen yang merincikan proses-proses perawatan, melihat inefisien, dan perbaikan kualitas perawatan pasien. Instrumen ini dipergunakan oleh sebuah tim multidisipliner yang terfokus pada kualitas dan koordinasi perawatan (Aljunid, Moshiri *and* Ahmed, 2013).

Terdapat 5 kriteria yang bisa dikategorikan sebagai CP yaitu : merupakan suatu rencana perawatan yang terstruktur, intervensi dapat disesuaikan dengan struktur local, intervensi merinci langkah-langkah pengobatan atau perawatan dalam rencana, alur, algoritma, pedoman, protokol atau tindakan lainnya, memiliki kerangka waktu atau perkembangan berdasarkan kriteria yaitu langkah-langkah diambil jika kriteria yang ditentukan terpenuhi dan intervensi bertujuan untuk menstandarisasi perawatan untuk masalah klinis tertentu, prosedur atau episode perawatan kesehatan pada populasi tertentu. : (Kinsman *et al.*, 2010).

*Clinical pathway* layanan seksio sesarea sejalan dengan CP berdasarkan Campbell *et al* yang terdiri dari terdiri dari tiga fase, yaitu fase pra operasi, intra operasi, dan pasca operasi. Pra operasi terdiri dari registrasi, prosedur asesmen awal dan edukasi (dokter umum, dokter spesialis, perawat, dan ahli gizi), prosedur pemeriksaan laboratorium, prosedur pemeriksaan diagnostik (USG, CTG, CT *Scan*), prosedur medik, dan prosedur pra operasi. Fase intra operasi terdiri dari prosedur anestesi, prosedur operasi, prosedur asesmen, dan tindakan awal bayi.

Pasca operasi terdiri dari prosedur perawatan pasca operasi, prosedur pelayanan perawatan ibu, prosedur pelayanan perawatan anak, prosedur gizi (*food services*) dan registrasi serta edukasi pulang (Ransom, Scott B, 1996).

Sampai saat ini belum ada penelitian terkait dengan pengembangan model layanan seksio sesarea yang efisien dan efektif berbasis pada perhitungan biaya dan analisis prosedur aktivitas dalam kerangka sistem INA CBG's. Berdasarkan uraian di atas, disertasi ini bermaksud melakukan analisis kinerja efisiensi dan efektivitas layanan seksio sesarea rumah sakit di Sumatera Barat yang berbasis analisis biaya dan membuat model layanan seksio sesarea yang efektif dan efisien dalam kerangka sistem INA CBG's di Sumatera Barat.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Berapakah biaya satuan (*unit cost*) dan tarif layanan seksio sesarea pada rumah sakit di Sumatera Barat?
2. Bagaimanakah efisiensi dan efektivitas pelayanan *clinical pathway* seksio sesarea rumah sakit di Sumatera Barat?
3. Bagaimanakah model layanan seksio sesarea yang efisien dan efektif dalam sistem INA-CBG's di Sumatera Barat?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan model kendali mutu dan kendali biaya layanan seksio sesarea yang efisien dan efektif berdasarkan pendekatan analisis biaya dalam sistem INA-CBG's di Sumatera Barat.

### 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Didapatkan biaya satuan (*unit cost*) dan tarif layanan seksio sesarea pada rumah sakit di Sumatera Barat dan melakukan analisis kinerja efisiensi layanan seksio sesarea di rumah sakit.
- b. Menganalisis kinerja efektivitas *clinical pathway* layanan seksio sesarea rumah sakit.
- c. Didapatkan model kendali mutu dan kendali biaya layanan seksio sesarea rumah sakit yang efisien dan efektif dalam sistem INA-CBG's di Sumatera Barat.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Spesifikasi Produk**

Produk yang dihasilkan dari penelitian ini adalah tersusunnya model Kendali Mutu dan Kendali Biaya layanan seksio sesarea dalam kerangka pelayanan INA CBG's yang valid, efektif, dan efisien. Hal ini akan membantu rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS agar terhindar dari kerugian dan juga Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam memberikan pelayanan seksio sesarea yang bermutu. Model ini dapat disebarluaskan kepada seluruh pemangku kepentingan baik melalui tatap muka maupun secara daring (*online*) sebagai bentuk kendali mutu dan kendali biaya dari layanan seksio sesarea.

##### **2. Ilmu Pengetahuan**

Model ini dapat dijadikan sebagai rujukan yang dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkait efisiensi dan efektivitas berbasis analisis biaya pada layanan seksio sesarea pada rumah sakit dan upaya kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit.

##### **3. Pembuat Kebijakan**

Model efisiensi dan efektivitas dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai proyek percontohan (*pilot project*) serta rekomendasi bagi pengelola rumah sakit agar membuat kebijakan tentang model efisien berbasis analisis biaya.



#### 4. Praktisi

Dengan dilaksanakannya model efisiensi dan efektivitas berbasis analisis biaya, diharapkan dapat menurunkan kerugian rumah sakit baik publik maupun swasta dan meningkatkan mutu layanan seksio sesarea oleh semua profesional pemberi asuhan dalam konteks sistem INA CBG's di Indonesia.

