

**Analisis Lama Perawatan (Los) Partus Seksio Caesarea pada Pasien
Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan Ina- Cbg's
di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2010**

Sendika Trias Nofitasari¹, Eni Mahawati²

¹Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang
vie_thamutz@yahoo.com

²Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang
ema_rafafi@yahoo.com

Abstrak

Latar Belakang: Angka lama dirawat (LD) dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (utilization management) dan untuk kepentingan finansial (financial report). Hasil survei awal berdasarkan Laporan RS dan PPK Rujukan 10 besar penyakit RI di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM RSI Sultan Agung Semarang tahun 2010, menunjukkan bahwa pada kasus seksio caesarea pasien RI Jamkesmas diketahui sebanyak 28,73% pasien jamkesmas memiliki masa perawatan melebihi standar INA – CBG'S. Pembayaran klaim jamkesmas didasarkan atas LOS rata – rata sesuai standar INA – CBG'S. Apabila rata – rata LOS di Rumah Sakit melebihi standar INA – CBG'S, maka asumsi yang ada pada LOS adalah tagihan rumah sakit. Oleh karena itu adanya LOS yang melebihi standar tersebut diatas kemungkinan berdampak pada segi finansial rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis lama perawatan (LOS) seksio caesarea pasien Jamkesmas rawat inap berdasarkan Standart LOS INA-CBG'S beserta beberapa karakteristik pasien dan karakteristik kasus yang diteliti.

Metode: Metode pengumpulan data dilakukan secara observasional melalui telaah dokumen yaitu melakukan pengamatan langsung terhadap data pasien jamkesmas persalinan seksio caesarea pada tahun 2010 dari RM1 dan indeks penyakit.

Berdasarkan hasil penelitian 160 kasus sectio caesarea tahun 2010 diketahui sebanyak 40,62% LOS pasien melebihi LOS INA CBG's dengan jenis diagnosis yang sering ditemukan yaitu placenta previa, diagnosis komplikasi serotinus dan diagnosis sekunder placenta previa. Sebanyak 91.87% level 1, 5.62% level 2 dan 2.5% level 3.

Hasil: Disarankan perlunya dilaksanakan penelitian lebih lanjut tentang dampak finansial LOS pasien jamkesmas yang melebihi LOS INA – CBG's yang sudah di standarkan menteri kesehatan.

Kata kunci: LOS, Sectio Caesarea, Jamkesmas, INA – CBG's

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu instansi kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan melalui pencegahan, penyembuhan dan rehabilitasi terhadap gangguan kesehatan. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan no. 34 / Birhub / 1972 tentang perencanaan dan pemeliharaan disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan mempunyai dan merawat statistik yang up to date dan mengelola medical record berdasarkan ketentuan – ketentuan yang ditetapkan. Statistik rawat inap digunakan untuk memantau untuk kegiatan yang ada di unit rawat inap, yang digunakan untuk perencanaan maupun pelaporan kepada instansi. Salah satu indikator rawat inap untuk menilai efisiensi pelayanan kesehatan rawat inap yaitu AvLOS yang merupakan rata – rata jumlah hari pasien rawat inap tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi lahir.¹

Angka lama dirawat (LD) dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (utilization management) dan untuk kepentingan finansial (finansial report). Dari aspek medis, semakin panjang LD demikian juga dengan aLOS, maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (lama kesembuhan). Berdasarkan aspek ekonomis, semakin panjang LD demikian juga dengan aLOS, berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien dan diterima oleh rumah sakit. Jadi, diperlukan keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai aLOS yang ideal.¹

Standar Pelayanan Medis Penyakit Dalam ditetapkan oleh RSI Sultan Agung dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kualitas pelayanan profesional dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan material. Berdasarkan Standar Pelayanan Medis yang ditetapkan oleh RSI Sultan Agung, seksio caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen atau (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Definisi ini tidak mencakup janin dari rongga abdomen pada kasus ruptur uteri atau pada kasus kehamilan abdomen.²

WHO memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin. Jumlah angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi di antara negara-negara ASEAN lainnya. Menurut Depkes

tahun 2005 jika dibandingkan AKI Singapura adalah 6 per 100.000 kelahiran hidup, AKI Malaysia mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan AKI Vietnam sama seperti Negara Malaysia, sudah mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup, dan Indonesia sendiri jumlah AKI yaitu 290 per 100.000 kelahiran hidup. Dan mengalami penurunan lagi menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000 kelahiran hidup.³

Salah satu tujuan pembangunan milenium. (Millennium Development Goals / MDGS) adalah menurunkan AKI sebanyak tiga perempat dari angka nasional pada tahun 2015. Target RPJMN Tahun 2010-2014 mengamanatkan agar AKI dapat diturunkan menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Selain itu, kesepakatan global Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan AKI di Indonesia dapat diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Upaya penurunan AKI harus difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu, yang terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Kematian ibu juga masih banyak diakibatkan faktor resiko tidak langsung berupa keterlambatan (Tiga Terlambat), yaitu terlambat mengambil keputusan dan mengenali tanda bahaya, terlambat dirujuk, dan terlambat mendapat penanganan medis. Salah satu upaya pencegahannya adalah melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁴

Dalam upaya menjamin akses pelayanan persalinan yang dilakukan oleh dokter atau bidan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB, maka pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan meluncurkan upaya terobosan berupa Jaminan Persalinan (Jampersal). Persalinan yang dilakukan di klinik dengan ketersediaan tenaga kesehatan terlatih, peralatan dan obat-obatan lebih memberikan jaminan kesehatan daripada persalinan yang dilakukan di rumah. Cara persalinan di klinik dapat dilakukan melalui dua cara yang berbeda, yaitu persalinan perabdominal dan persalinan pervaginam. Persalinan perabdominal atau seksio caesaria (SC) biasanya dilakukan bila penundaan kelahiran bayi yang lebih lama akan menimbulkan bahaya yang serius bagi ibu, janin ataupun keduanya. Menurut surat edaran Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 2002, salah satu indikator mutu pelayanan obstetri dan ginekologi adalah "Caesarian Section Rate (CSR)". Untuk rumah sakit pendidikan atau rujukan angka seksio

caesarea tidak lebih dari 20% dari total persalinan pertahun sedangkan bagi rumah sakit non pendidikan tidak lebih dari 15% dari total persalinan dalam setahun.⁵

Tindakan seksio caesarea saat ini semakin baik dengan adanya antibiotik, transfusi darah yang memadai, teknik operasi yang lebih sempurna dan anestesi yang lebih baik. Morbiditas maternal setelah menjalani tindakan seksio caesarea masih 4 – 6 kali lebih tinggi daripada persalinan pervagina, karena ada peningkatan risiko yang berhubungan dengan proses persalinan sampai proses perawatan setelah pembedahan. Komplikasi utama bagi wanita yang menjalani seksio caesarea berasal dari tindakan anestesi, risiko perdarahan, keadaan sepsis, dan serangan tromboemboli serta transfusi. Hal ini menyebabkan morbiditas dan mortalitas maternal lebih sering terjadi setelah tindakan seksio caesarea dari pada setelah tindakan persalinan pervaginam. Lama perawatan setelah persalinan perabdominal lebih lama dibandingkan dengan persalinan yang dilakukan pervagina. Komplikasi setelah tindakan pembedahan dapat memperpanjang lama perawatan di rumah sakit dan memperlama masa pemulihan.⁶

Sistem jaminan kesehatan sosial merupakan pilihan untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) akan menjadi pendorong perubahan – perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan , standarisasi tarif , penataan penggunaan obat yang rasional dan meningkatkan kemampuan serta mendorong manajemen rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk lebih efisien yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya. Jamkesmas adalah bentuk bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu serta peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Tujuannya yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dengan prinsip asuransi kesehatan sosial.⁷

Berdasarkan hasil survei awal berdasarkan Laporan RS dan PPK Rujukan 10 besar penyakit RI di RS/BP4/BKMM/BBKPM/BKPM/BKIM RSI Sultan Agung Semarang tahun 2010 diketahui sebanyak 28,73% pasien memiliki masa

perawatan melebihi standar INA – CBG’S, yaitu terdapat di level 1 dan 2 sebanyak 97,50% (level LOS Jamkesmas dengan masa perawatan 5–6 hari) dan sebanyak 2,5 % level 3 (masa perawatan 7 – 8 hari, dengan tingkat komplikasi lebih banyak dan sangat berpengaruh dengan diagnosa utamanya). Pembayaran klaim jamkesmas didasarkan atas LOS rata – rata sesuai standar INA – CBG’S. Apabila rata – rata LOS di Rumah Sakit melebihi standar INA – CBG’S , maka asumsi yang ada pada LOS adalah tagihan rumah sakit. Oleh karena itu adanya LOS yang melebihi standar tersebut diatas kemungkinan berdampak pada segi finansial rumah sakit. Apabila hal ini terjadi secara terus menerus dapat dipastikan rumah sakit mengalami kerugian yang semakin banyak.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif, yaitu penulis memanfaatkan data – data dan hasil pelayanan jamkesmas terhadap pasien yang tercatat dalam DRM dengan metode observasi secara obyektif untuk mendapatkan gambaran yang jelas. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode telaah dokumen dengan observasi langsung, yaitu melakukan pengamatan dan pencatatan data secara langsung terhadap obyek yang diteliti di lapangan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *cross-sectional*, yaitu pengambilan data dan penelitian dilakukan secara bersama-sama dengan melihat data-data yang terdapat pada indeks penyakit dan RM 1 pada DRM rekam medis. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan checklist untuk mengumpulkan data rekam medis pasien jamkesmas seksio caesarea , yaitu mencatat nama dan No.RM pasien jamkesmas dan mengamati serta meneliti karakteristik pelayanan dari DRM berdasarkan Standar Pelayanan Medis. Selain itu wawancara dengan petugas jamkesmas tentang besarnya kerugian rumah sakit dan kebijakan atau tindak lanjut rumah sakit terhadap besarnya klaim jamkesmas yang melebihi standar INA – CBG’s. Data yang diperoleh kemudian dilakukan pemeriksaan sebelum diolah agar diperoleh data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan. Selanjutnya mengelompokkan data sebelum dimasukkan dalam tabel dan grafik dalam penyajiannya. Analisis data dilakukan secara deskriptif yaitu menggambarkan hasil perbandingan LOS pasien jamkesmas seksio caesarea

rawat inap dengan LOS INA-CBG's yang dijadikan standar oleh Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada pasien jamkesmas.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

HASIL PENELITIAN

Berikut ini hasil penelitian di RSI.Sultan Agung Semarang pada tanggal 2 april s/d 7 april 2012 dengan 160 responden:

Tabel 1 : Distribusi Frekuensi Umur Ibu

Umur Ibu	Σ	%
< 20 th	2	1,25
20 – 35 th	136	85
> 35 th	22	13,75
Total	160	100

Berdasarkan tabel diatas , umur ibu 20 – 35 tahun mempunyai persentase terbesar sebanyak 85%.

Tabel 2: Distribusi Frekuensi Paritas Ibu

Paritas	Σ	%
0	43	26,87
1	53	33,12
2	37	23,12
3	15	9,37
4	2	1,25
Tidak diketahui	10	6,25
Total	160	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 3 urutan paritas terbanyak adalah paritas 1, 2 dan 0.

Tabel 3: Distribusi Frekuensi Diagnosa Utama

Diagnosa Utama	Σ	%
Fetal Distress	19	11,87
KPD	30	18,75
Bekas SC	8	5
Placenta Previa	32	20
Partus Tak maju	9	5,62
Serotinus	44	27,5
Letak sungsang	10	6,25
Letak Muka	8	5
Dagu Belakang		
Total	160	100

Berdasarkan tabel di atas 3 urutan diagnosa terbanyak adalah serotinus, KPD dan Fetal Distress.

Tabel 4: Distribusi Frekuensi Diagnosa Komplikasi

Diagnosa Komplikasi	Σ	%
Anemia	2	1,25
Bekas SC	15	9,37
Fetal distress	14	8,75
Induksi gagal	11	6,87
KPD	14	8,75
PEB	2	1,25
Letak sungsang	7	4,37
Partus macet	7	4,37
Serotinus	14	8,75
Partus tak maju	9	5,62
Ingin MOW	1	0,62
Inertia uteri	1	0,62
Premature	6	3,75
CPD	1	0,62
Leukositosis	11	6,87
DM	1	0,62
Pendarahan antepartum	7	4,37
Partus lama	1	0,62
Bayi besar	1	0,62
Hipoalbumi	2	1,25
Partus dg penyulit	1	0,62
Ruptur uteri	1	0,62
Laserisasi	1	0,62
Tidak ada Dx.komplikasi	30	18,75
Total	160	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa ditemukan 81,25% kasus yang diteliti memiliki diagnosa komplikasi. Adapun 3 urutan diagnosa komplikasi terbanyak meliputi bekas SC, fetal distress dan KPD.

Tabel 5: Distribusi Frekuensi Diagnosa Sekunder

Diagnosa Sekunder	Σ	%
Bekas SC	18	11,25
Ingin MOW	14	8,75
CPD	8	5
Anemia	1	0,62
Induksi Gagal	11	6,87
FPD	11	6,87
Presentasi KAK	1	0,62
Placenta previa	6	3,75
Fetal Distress	5	3,12
Partus Macet	12	7,5
PEB	7	4,37
Premature	1	0,62
Serotinus	19	11,87
Letak sungsang	13	8,12
KPD	2	1,25
Panggul sempit	7	4,37
Bayi besar	1	0,62
Apnoea	1	0,62
Ltk muka dagu blkg	1	0,62
Placenta abrutio	2	1,25
Tidak ada	19	11,87
Dx.Sekunder		
Total	160	100

Sebanyak 88,13% kasus yang diteliti memiliki diagnosa sekunder, dengan 3 urutan terbanyak meliputi serotinus, Bekas Sectio Caesarea dan ingin MOW.

Tabel 6: Distribusi Frekuensi Level LOS menurut INA CBG's

Level	Σ	%
1	147	91,87
2	9	5,62
3	4	2,5
Total	160	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa persentase terbanyak LOS pasien menurut INA CGB's adalah level 1 (91,87%).

Tabel 7: Distribusi Frekuensi LOS Riil Pasien

Jumlah hari perawatan	Σ	%
4 hari	14	8,75
5 hari	38	23,75
6 hari	43	26,87
7 hari	38	23,75
8 hari	18	11,25
9 hari	4	2,5
10 hari	4	2,5
11 hari	0	0
12 hari	0	0
13 hari	1	0,62
Jumlah	160	100

Persentase LOS terbanyak yaitu dengan lama perawatan 6 hari (26,87) dan dua LOS terbanyak berikutnya adalah 5 dan 7 hari (23,75).

Tabel 8: Distribusi Frekuensi Kesesuaian LOS Pasien Jamkesmas Partus Sectio berdasarkan INA CBG's

Kesesuaian LOS	Σ	%
LOS pasien yang \leq LOS INA CBG's	95	59,38
LOS pasien yang $>$ LOS INA CBG's	65	40,62
Total	160	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pasien partus SC jamkesmas dengan LOS riilnya \leq melebihi LOS INA CBG's mendekati angka 50%.

PEMBAHASAN

Umur Ibu

Umur adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulangnya. Menurut Prawirohardjo dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 35 tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan lebih baik pengetahuan untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian. Ibu yang melahirkan pertama kali pada usia sekitar 35 tahun, memiliki risiko melahirkan dengan operasi. Apalagi pada wanita dengan usia 40 keatas. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit yang berisiko, misalnya tekanan darah tinggi, jantung, kencing manis dan preeklamsia. Eklamsia (*keracunan kehamilan*) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga sering kali menyebabkan dokter memutuskan dengan operasi Caesar. Umur ibu merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persalinan.⁷ Dalam penelitian ini, peneliti membagi tiga kategori umur ibu yaitu umur < 20 tahun, 20-35 tahun dan > 35. Pada umur kurang dari 20 tahun sebanyak 24%, dimana organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Peneliti menemukan persentase umur ibu terbanyak dengan LOS > INA CBG's (90,8%) adalah umur 20 – 35 tahun, sedangkan umur ibu terkecil dengan LOS > INA CBG's (0,0%) adalah umur ibu < 20 tahun. Faktor risiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur diatas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat, apabila seorang wanita hamil pada usia ini akan lebih rentan terhadap terjadinya pre eklamsi (suatu keadaan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, protein dalam air kemih dan penimbunan cairan selama kehamilan) dan eklamsi (kejang akibat pre eklamsi), mereka juga lebih mungkin melahirkan bayi dengan berat badan rendah atau bayi kurang gizi. Risiko akan bertambah sejalan dengan meningkatnya usia calon ibu saat hamil, namun dengan persiapan yang lebih matang, informasi yang lebih lengkap, serta bantuan tenaga kesehatan yang lebih terampil dan informatif terhadap kondisi kehamilan berisiko tinggi akan membantu ibu

untuk bisa percaya diri, sehat dan semangat menjalani kehamilan dan persalinannya.⁸

Berdasarkan data penelitian, ternyata LOS pasien yang melebihi LOS INA – CBG's banyak ditemukan pada umur ibu 20 – 35 tahun sebanyak 90,8%. Hal tersebut berarti seksio caesarea banyak dilakukan di usia yang masih produktif antara 20 – 35 tahun dimana diketahui sebelumnya, justru kelompok usia ini memiliki resiko lebih kecil dibandingkan dengan umur < 20 tahun dan > 35 tahun.

Paritas.

Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang berdasarkan hasil penelitian di RM 1, dapat dilihat jumlah paritas yang tercantum dalam diagnosa utama di RM 1 dan perjalanan penyakit pada RM 2. Berdasarkan penelitian, menunjukkan bahwa kelompok paritas dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah paritas 1 sebanyak 30,8%. Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita. Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Atau jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (*28 minggu*). Berdasarkan data penelitian, ternyata LOS pasien yang melebihi LOS INA – CBG's banyak ditemukan di paritas 1 sebanyak 30,8%. Hal tersebut ternyata semakin kecil paritas, maka lebih banyak persentase pasien yang mengalami Seksio caesarea. Artinya yang belum pernah ada pengalaman melahirkan atau yang sering dilakukan pada zaman sekarang.⁹

Diagnosa Utama

Diagnosa Utama adalah diagnosa yang ditegakkan setelah dikaji yang terutama bertanggung jawab menyebabkan admission di RS berdasarkan RM 1. Diagnosa utama sangat menentukan dalam penatalaksanaan akhir dari sebuah persalinan sehingga perlu dilakukan peningkatan kepekaan tenaga medis dalam melakukan tata laksana kehamilan untuk mencegah terjadinya kesalahan dan komplikasi dalam persalinan. Diagnosa utama dapat ditentukan saat pertama kali melakukan pemeriksaan. Selain diagnosa utama dalam keadaan tertentu terdapat diagnosa lain yang perlu ditegakkan, ini dilakukan karena adanya komplikasi yang dialami pasien dalam proses persalinannya. Di

rumah sakit islam sultan agung menunjukkan bahwa responden kelompok diagnosa utama dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah *placenta previa* dan serotinus dengan persentase yang sama sebanyak 26,2% dan KPD adalah persentase terbanyak kedua sebanyak 13,8%. *Plasenta previa* adalah plasenta yang berimplantasi atau tertanam pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium utri internum. Angka kejadian plasenta previa adalah 0,4 -0,6 % dari keseluruhan persalinan. Pada awal kehamilan, plasenta mulai terbentuk, berbentuk bundar, berupa organ datar yang bertanggung jawab menyediakan oksigen dan nutrisi untuk pertumbuhan bayi dan membuang produk sampah dari darah bayi. Plasenta melekat pada dinding uterus dan pada tali pusat bayi, yang membentuk hubungan penting antara ibu dan bayi. Klasifikasi plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu, yaitu:

- a. Plasenta previa totalis : bila seluruh pembukaan jalan lahir tertutup oleh plasenta.
- b. Plasenta previa lateralis : bila hanya sebagian pembukaan jalan lahir tertutup oleh plasenta.
- c. Plasenta previa marginalis : bila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan jalan lahir.
- d. Plasenta previa letak rendah : bila plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir pembukaan jalan lahir.

Kejadian plasenta previa adalah satu dari 250 kehamilan. Insidens berganda pada kehamilan kembar seperti kembar dua atau tiga. Wanita berumur lebih dari 30 tahun cenderung mendapat plasenta previa.[10] Berdasarkan data penelitian, ternyata kelompok diagnosa utama dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah placenta previa dan serotinus dengan persentase yang sama sebanyak 26,2%.

Diagnosa Komplikasi

Diagnosa Komplikasi adalah suatu diagnosis tambahan yang menggambarkan suatu kondisi yang muncul setelah dimulainya observasi dan perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perjalanan penyakit pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan, diagnosa komplikasi muncul selama pasien dirawat di rumah sakit yang memperpanjang LOS (*Length*

of stay) pasien tersebut setidaknya satu hari rawat pada 75% kasus. Komplikasi menggambarkan suatu akibat yang tidak diharapkan atau misadventure dalam asuhan medis pasien di rumah sakit. Diagnosa komplikasi yang muncul pada suatu kasus Seksio Caesarea di rumah sakit islam sultan agung Semarang yang dilihat dari RM 1 diagnosa komplikasi menunjukkan bahwa responden diagnosa komplikasi dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah serotinus sebanyak 12,3%. Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung lebih dari perkiraan yang dihitung dari HPHT , dimana usia kehamilannya melebihi 42 minggu belum terjadi persalinan atau kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap. Diagnosa usia kehamilan didapatkan dengan perhitungan usia kehamilan dengan rumus Naegele atau dengan penghitungan tinggi fundus uteri (*Kapita Selektta Kedokteran jilid 1*). Kehamilan lewat bulan (*serotinus*) ialah kehamilan yang berlangsung lebih dari perkiraan hari taksiran persalinan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT), dimana usia kehamilannya telah melebihi 42 minggu (>294 hari). Meskipun kehamilan postterm ini mungkin mencakup 10 persen dari seluruh kehamilan, sebagian di antaranya mungkin tidak benar-benar postterm, tetapi lebih disebabkan oleh kekeliruan dalam memperkirakan usia gestasional. Sekali lagi nilai informasi yang tepat mengenai lama kehamilan cukup jelas, karena pada umumnya semakin lama janin yang benar-benar postterm itu berada didalam rahim, semakin besar pula resiko bagi janin dan bayi baru lahir untuk mengalami gangguan yang berat. Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (*postdate*) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin.

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum kita ketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin (anenefal, kelenjar adrenal janin yang fungsinya kurang baik, kelainan pertumbuhan tulang janin/osteogenesis imperfect). Beberapa faktor penyebab kehamilan lewat waktu adalah kesalahan dalam penanggalan, merupakan penyebab yang paling sering, tidak

diketahui primigravida dan riwayat kehamilan lewat bulan, defisiensi sulfatase plasenta atau anensefalus, merupakan penyebab yang jarang terjadi, jenis kelamin janin laki-laki juga merupakan predisposisi, faktor genetik juga dapat memainkan peran, jumlah kehamilan atau persalinan sebelumnya dan usia juga ikut mempengaruhi terjadinya kehamilan lewat waktu. Bahkan, ras juga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kehamilan lewat waktu. Data menunjukkan, ras kulit putih lebih sering mengalami kehamilan lewat waktu ketimbang yang berkulit hitam. Risiko kematian perinatal pada bayi postmatur cukup tinggi : 30% prepartum, 55% intrapartum, 15% postpartum. Sedangkan pengaruh terhadap janin jumlah kematian janin / bayi pada kehamilan 43 minggu tiga kali lebih besar dari kehamilan 40 minggu karena postmaturitas akan menambah bahaya pada janin. Pengaruh postmaturitas pada janin bervariasi: berat badan janin dapat bertambah besar, tetap dan ada yang berkurang, sesudah kehamilan 42 minggu. Ada pula yang bisa terjadi kematian janin dalam kandungan. Jika plasenta terus berfungsi dengan baik, janin akan terus tumbuh yang mengakibatkan bayi LGA dengan manifestasi masalah seperti trauma lahir dan hipoglikemia. Jika fungsi plasenta menurun, janin mungkin tidak mendapatkan nutrisi yang adekuat.[11]

Berdasarkan data penelitian, ternyata responden diagnosa komplikasi dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah serotinus sebanyak 12,3% dan persentase terbanyak kedua adalah KPD sebesar 9,2%. Dengan demikian yang dilakukannya tindakan seksio caesarea kebanyakan karena terjadinya komplikasi serotinus yang dapat mengakibatkan panjangnya LOS pasien yang melebihi LOS INA – CBG's.

Diagnosa Sekunder

Diagnosa sekunder adalah Kondisi lain atau diagnosa yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan - kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan kesehatan lebih lanjut berdasarkan RM 1 atau diagnosa selain diagnosa utama yang muncul atau sudah ada sebelum dan selama dirawat di Rumah Sakit. Diagnosa sekunder ditentukan untuk mendukung diagnosa utama yang telah ada sebelumnya sehingga dapat menentukan proses persalinan yang akan dilakukan pada

setiap pasien. Diagnosa sekunder terdiri dari diagnosa penyerta (*comorbidity*) dan diagnosa penyulit (*complication*). Diagnosa penyerta adalah diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada bersama pasien sebelum masuk dan dirawat di rumah sakit. Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menunjukkan bahwa responden kelompok diagnosa sekunder dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah serotinus sebanyak 10,8% dan persentase terbanyak berikutnya adalah Bekas SC, Induksi Gagal dan Partus Macet dengan persentase yang sama sebanyak 9,2%. Kehamilan terbanyak adalah serotinus seperti yang sudah dijabarkan pada diagnosa komplikasi diatas.

Berdasarkan data penelitian, ternyata responden diagnosa sekunder dengan LOS > INA CBG's terbanyak adalah serotinus sebanyak 10,8%. Dengan demikian dilakukannya tindakan seksio caesarea yang disebabkan karena adanya serotinus berperan terhadap panjangnya LOS pasien yang melebihi LOS INA – CBG's.

Standar LOS INA – CBG's

Salah satu standar penggunaan sumber daya yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana sebagai suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan prosedur atau tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektivitas pelayanan terhadap pasien. INA – CBG's dibuat berdasarkan data – data atau variable dari rumah sakit di Indonesia (INA). Dalam menentukan LOS INA – CBG's tersebut, terdapat tingkat keparahannya yang disebut dengan level yang dapat dibagi menjadi tiga level, yaitu level 1,2 dan 3. Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, software INA – CBG's sudah digunakan sejak digantinya dari INA – DRG ke INA – CBG's dengan perbedaan groupernya yaitu jika INA DRG menggunakan grouper angka sedangkan INA – CBG's menggunakan grouper huruf dimana sudah diklasifikasikan sesuai dengan penyakitnya. Namun dalam menentukan kebijakan mengenai hari perawatan, buku ketetapan rumah sakit yang diberikan pada masing – masing rumah sakit menurut keputusan menteri departemen kesehatan masih menggunakan INA DRG. INA DRG adalah salah satu solusi yang terbaik dalam mencapai target tersebut, dimana

system ini merupakan suatu format klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan tindakan pelayanan disuatu rumah sakit dengan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektivitas pelayanan itu sendiri. Sistem ini dapat pula digunakan sebagai standar penggunaan sumber daya yang diperlukan dalam penyediaan pelayanan kesehatan untuk melayani pasien di rumah sakit. INA DRG juga memudahkan implementasi program dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang sejalan dengan penggolongan penyakit atau dengan kata lain adalah system pembayaran pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam system pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsure dalam pembiayaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. Standar LOS INA CBG's ditentukan sesuai dengan level atau tingkat keparahannya yaitu ada 3 level dimana level 1 standar LOS INA CBG's adalah 5,5 atau 6 hari, level 2 yaitu 5,6 atau 6 hari, sedangkan level 3 yaitu 7,8 atau 8 hari. Di RSI Sultan Agung Semarang paling banyak adalah level 1 yaitu sebanyak 91,87% dan paling sedikit adalah level 3 yaitu sebanyak 2,5% dimana tingkat level yang paling parah dimana pada level ini paling tinggi tingkat komplikasinya lebih banyak dan sangat mempengaruhi diagnosa utama. Maka asumsi peneliti adalah dengan adanya diagnosa komplikasi, diagnosa sekunder, maka akan mengakibatkan semakin panjangnya LOS dimana tergantung dari jenis diagnosa komplikasi dan diagnosa sekunder tersebut, sehingga dimana level 3 dengan LOS yang melebihi standar LOS INA – CBG's akan berakibat pada financial rumah sakit[12].

LOS pasien atau LOS riil

LOS pasien adalah jumlah hari dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit , sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (*admisi*) hingga keluar dari rumah sakit (*discharge*) berdasarkan data RM 1 dan indeks penyakit komputerisasi dihitung LOS dari (tanggal keluar – tanggal masuk) + 1. Dalam penelitian ini, peneliti menemukan LOS terbanyak yaitu dengan lama perawatan 6 hari sebanyak 26,87% dan LOS pasien dengan nilai persentase yang sama yaitu dengan LOS pasien 5 dan 7 hari sebanyak 23,75%.

Analisis LOS pasien jamkesmas pada partus Sectio Caesarea dengan LOS berdasarkan INA – CBG's

Kesesuaian LOS yang sudah diperbandingkan antara LOS pasien dengan standar LOS INA – CBG's yaitu paling banyak ditemukan adalah LOS pasien yang melebihi standar LOS INA CBG's sebanyak 40,62% dan paling sedikit LOS pasien yang sama dengan standar LOS INA CBG's yaitu sebanyak 26,88%. Dalam membandingkan LOS pasien dengan LOS INA – CBG's, perlu diketahui diagnosa utama, sekunder maupun komplikasi, karena untuk mengetahui apa yang menyebabkan hari perawatan tersebut bertambah dan apa penyebab utama yang mempengaruhinya. Umur dan paritas juga sangat berperan penting dalam menentukan persalinan normal atau operasi, jika dengan operasi, maka jelas jika jumlah hari perawatan akan bertambah karena adanya komplikasi yang menyertai. Apabila rata – rata LOS di Rumah Sakit melebihi standar LOS INA – CBG's , maka asumsi peneliti LOS yang ada adalah tagihan Rumah Sakit, oleh karena itu adanya LOS yang melebihi standar tersebut diatas kemungkinan berdampak pada segi finansial rumah sakit.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis lama perawatan (LOS) pada partus sectio caesaria pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan lama perawatan (LOS) jamkesmas INA – CBG's pada tahun 2010 di RS Sultan Agung Semarang disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Urutan LOS terbanyak yaitu dengan 6 hari (26,87%), kemudian 5 dan 7 hari (23,75%).
2. Berdasarkan karakteristik pasien dan kasus yang diteliti, maka pengelompokan LOS > INA CBG's terbanyak ditemukan pada umur ibu 20 – 35 tahun (90,8%), paritas 1 (30,8%), diagnosa utama placenta previa dan serotinus, diagnosa komplikasi serotinus (12,3%), diagnosa sekunder serotinus (10,8%).
3. Pada kasus *sectio caesaria* yang diteliti berdasarkan standart LOS INA CBG's sebagian besar termasuk dalam level 1 (91,87%).

4. Berdasarkan prosentase LOS pasien pada tiap-tiap level LOS INA CBG's, maka prosentase terbesar yang memiliki LOS > INA CBG's adalah level 3 (100%)

SARAN

Berdasarkan simpulan di atas, maka disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Sebaiknya petugas koder untuk jamkesmas melakukan analisis kualitatif terhadap berkas DRM jamkesmas. Terkait dengan pengisian diagnosa.
2. Melakukan sosialisasi terhadap dokter tentang LOS.
3. Mengadakan sosialisasi tentang kelengkapan pengisian DRM.
4. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang dampak finansial LOS pasien jamkesmas yang melebihi LOS INA – CBG's yang sudah di standarkan menteri kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sudra, Rano Indradi. *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta : Graha Ilmu, 2010
2. Standar Pelayanan Medis RS Islam Sultan Agung Semarang (Tidak Dipublikasikan)
3. Depkes RI, 2010. *Ibu Selamat Bayi Sehat Suami Siaga*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/79>. Diakses 24 Juni 2011.
4. Depkes RI. 2010. *Buku PWS Bab I Pendahuluan*. <http://staff.blog.ui.ac.id/r-suti/files/2010/03>. Diakses 15 Juni 2011.
5. Birza, Farrer dkk, *Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI*, Sumatera Utara : Perpustakaan Universitas Sumatera Utara. 2003
6. Cunningham, dkk, *Klasifikasi Seksio Caesarea* , Bandung. 2005
7. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan - Kementerian Kesehatan RI . Jakarta: 2010
8. Suririnah. 2008. *Tanda Bahaya Pada Kehamilan Trimester I*. <http://www.kes-pro.com.id>. Diakses pada tanggal 15 Juni 2012 pukul 22.00

9. Sofyan, *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta : Salemba Madika, 2006.
10. http://www.bidankita.com/index.php?option=com_content&view=article&id=373:memintapertolongan_si_plasenta_previa &catid=44:natural-childbirth&Itemid=56. Diakses pada tanggal 23 Juni 2012
11. Hidayat. *Metode Persalinan Normal dan Komplikasi Bayi Baru Lahir*. Jakarta : JNPK-KR,2009
12. Departemen Kementerian Republik Indonesia N0: 1161/MENKES/SK/X. *Standar INA – DRG*. Jakarta : 2007.