

POTENSI BEBAN PEMBIAYAAN SECTIO CAESAREA DI PROVINSI BENGKULU: ANALISIS DATA BPJS KESEHATAN TAHUN 2014 - 2019

Dirhan¹, Chandrainy Puri², Susilo Wulan³, Pitri Subani⁴
^{1,2,3,4}STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu

*Email Korespondensi: chandrainypuri20@gmail.com

ABSTRAK

Angka Sectio Caesarea di Provinsi Bengkulu meningkat dalam 5 tahun terakhir di Era JKN. Hal ini berdampak pada pendanaan kesehatan yang relatif besar. Tujuan penelitian adalah analisis trend SC di FKRTL dan upaya pengendalian tindakan sectio caesarea secara efektif. Merupakan penelitian deskriptif menggunakan data sample BPJS Kesehatan untuk mengetahui trend dan besaran pembiayaan SC di Provinsi Bengkulu yang disajikan dalam bentuk angka absolut dan proporsi. Hasil analisis data sample BPJS diketahui bahwa 64% persalinan SC, 36% persalinan normal. Tindakan SC di FKRTL 85% merupakan kasus rujukan, 15% bukan rujukan medis. Total pembiayaan pembedahan ringan, sedang dan berat berturut-turut adalah Rp 1.668.576.600, Rp 111.226.500 dan Rp 19.418.400. Kesimpulan: pelayanan SC belum merata dan berkeadilan, tingginya kasus SC akan meningkatkan potensi pembiayaan pada tahun berikutnya, hal ini dikarenakan pasien dengan SC berpeluang SC berulang pada kehamilan berikutnya.

Kata Kunci: Pembiayaan, Sectio Caesarea.

ABSTRACT

The number of Sectio Caesarea in Bengkulu Province has increased in the last 5 years in the JKN era. This has an impact on relatively larger healthcare financing. The aim of the research is to analyze the trend of SC di advanced refferal health facilities and efforts to control SC effectively. This is a descriptive study using BPJS Kesehatan Sample Data to determine trends and the amount of SC financing in Bengkulu Province presented in the form of absolute numbers and proportions. The result of the analysis of BPJS Kesehatan sample data show that 64% of SC deliveries, 36% of normal deliveries. 85% of SC procedures in advanced refferal health facility are reffereal cases from first level health facility, 15% are not medical refferals. The total financing for minor, moderate and severe surgery is Rp 1.668.576.600, Rp 111.226.500 and Rp 19.418.400 respectively. Conclusion: SC services are not evenly distributed and fair, the high number of SC cases will increase the potential for funding in the following year, this is because patients with SC have the opportunity to have SC in their next pregnancy.

Keywords: Financing, Sectio Caesarea

PENDAHULUAN

Implementasi program JKN dilakukan dengan menyatukan jaminan kesehatan yang telah ada sebelumnya oleh Pemerintah ke dalam satu wadah JKN dengan BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyelenggaranya. Sebelum tahun 2020, BPJS Kesehatan merilis laporan bahwa telah terjadi defisit anggaran terutama pada segmen tertentu seperti PBPJ dan PBI APBD. Operasi caesar atau disebut *Sectio Caesaria* (SC), merupakan salah satu contoh intervensi yang menelan pembiayaan JKN dalam jumlah yang besar. Laporan BPJS Kesehatan tahun 2017 menunjukkan bahwa peringkat pertama klaim BPJS Kesehatan adalah operasi pembedahan caesar ringan dengan jumlah kasus sebanyak 548.978 kasus dengan total pembiayaan sebanyak Rp3.012.201.951.403 (BPJS Kesehatan, 2018).

Rata rata persentase persalinan tahun 2015 sampai dengan 2019 di seluruh faskes, dengan operasi saesar sebanyak 35%, dan persalinan normal sebanyak 65% (BPJS Kesehatan, 2020). Jumlah persalinan Caesar tersebut melebihi standar minimal WHO yakni 10 – 15%. 80% dari total pembiayaan persalinan JKN-KIS pada tahun 2019 yakni sebesar Rp18,7 triliun digunakan untuk operasi caesar, sedangkan persalinan normal hanya menghabiskan dana JKN-KIS sebesar Rp4,8 triliun (BPJS, 2020). Data-data tersebut tidak menutup kemungkinan adanya pemakaian tindakan yang tidak perlu.

Analisa Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1987 sampai 2017 di Indonesia menemukan persoalan *inequality* dalam layanan operasi caesar dalam kurun waktu 30 tahun. Di satu sisi, terjadi peningkatan tren operasi caesar di Indonesia, namun didapatkan bahwa yang paling banyak menggunakan layanan operasi caesar adalah ibu hamil yang tinggal di wilayah perkotaan, berpenghasilan dan berpendidikan lebih tinggi (Zahroh et al., 2020). Provinsi Bengkulu merupakan provinsi termiskin kedua di Sumatera setelah DI Aceh, dengan jumlah penduduk miskin sebesar 15.59% (Badan Pusat Statistik, 2017). Bengkulu terdiri dari 10 kabupaten/kota di mana ada 5 kabupaten yang termasuk dalam Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) yaitu Bengkulu Selatan, Lebong, Kaur, Bengkulu Utara, dan Seluma. Secara umum, Provinsi Bengkulu belum tercapai *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2019. Menurut data DJSN (2020) cakupan kepesertaan Provinsi Bengkulu adalah 78.50% dari total penduduk 2.003.233 jiwa.

Namun demikian, dalam beberapa tahun terakhir Pemerintah Provinsi Bengkulu secara progresif telah berupaya dalam rangka mewujudkan UHC. Salah satunya pengenaan pajak rokok untuk JKN (JamkesNews, 2019), (BeritaSatu, 2020). Pembayaran premi bagi peserta segmen PBPJ yang menunggak iuran untuk pembayaran biaya perawatan di kelas 3 di rumah sakit (Antoni, 2020). Dalam konteks operasi caesar, provinsi ini memiliki trend yang sama, di mana dalam 5 tahun terakhir sejak implementasi JKN terjadi peningkatan proporsi persalinan lewat operasi Caesar baik di rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit swasta. Jumlah kasus yang besar ini tentu akan membawa konsekuensi dalam pendanaan kesehatan yang relatif besar dibandingkan persalinan normal. Jika jumlah kasus SC meningkat, beban pemerintah dalam pembiayaan kesehatan (subsidi) juga akan meningkat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis terhadap data sample BPJS Kesehatan 2015-2018 menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan menggunakan studi kasus operasi caesar di Provinsi Bengkulu. Data dianalisis untuk mendapatkan trend persalinan di Bengkulu berdasarkan segmen, kelas, pembiayaan dan jenis tindakan SC untuk mengetahui potensi peningkatan pembiayaan SC serta untuk menjawab pertanyaan kunci apakah implementasi program JKN sudah mencapai sasarannya mewujudkan pemerataan layanan kesehatan/

keadilan sosial bagi seluruh masyarakat. Sumber data dalam penelitian yaitu data sekunder yang diolah dari data rutin BPJS Kesehatan, DJSN, dan riset kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah yang dimuat dalam dashboard kesehatan (DaSK), meliputi data SUSENAS dan RISKESDAS. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga kegiatan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Data dianalisis secara deskriptif kuantitatif disajikan dalam bentuk angka absolut dan proporsi.

HASIL PENELITIAN

Cakupan kepesertaan JKN

Cakupan kepesertaan JKN di Provinsi Bengkulu belum mencapai target sasaran program JKN yaitu 95%. Total kepesertaan program JKN di tahun 2021 baru mencapai 76,9%. Masih ada 23,1% atau sekitar 465.867 penduduk yang belum terdaftar dalam program JKN. Dari jumlah peserta program JKN 56,2% merupakan kelompok PBI, sementara proporsi terkecil adalah Bukan Pekerja yakni 1,4% (Wulan et al., 2022).

Utilisasi persalinan di FKRTL Provinsi Bengkulu tahun 2018 menggambarkan bahwa 64% persalinan dilakukan dengan mekanisme SC, 36% merupakan persalinan normal. Dari semua kasus persalinan SC, 85% merupakan kasus rujukan dan 15% dilakukan bukan berdasarkan rujukan medis. Persentase tertinggi tindakan SC adalah jenis Operasi Pembedahan Caesar Ringan (94%) dengan rujukan dari berbagai faskes baik FKTP maupun Rumah Sakit Type D dan C.

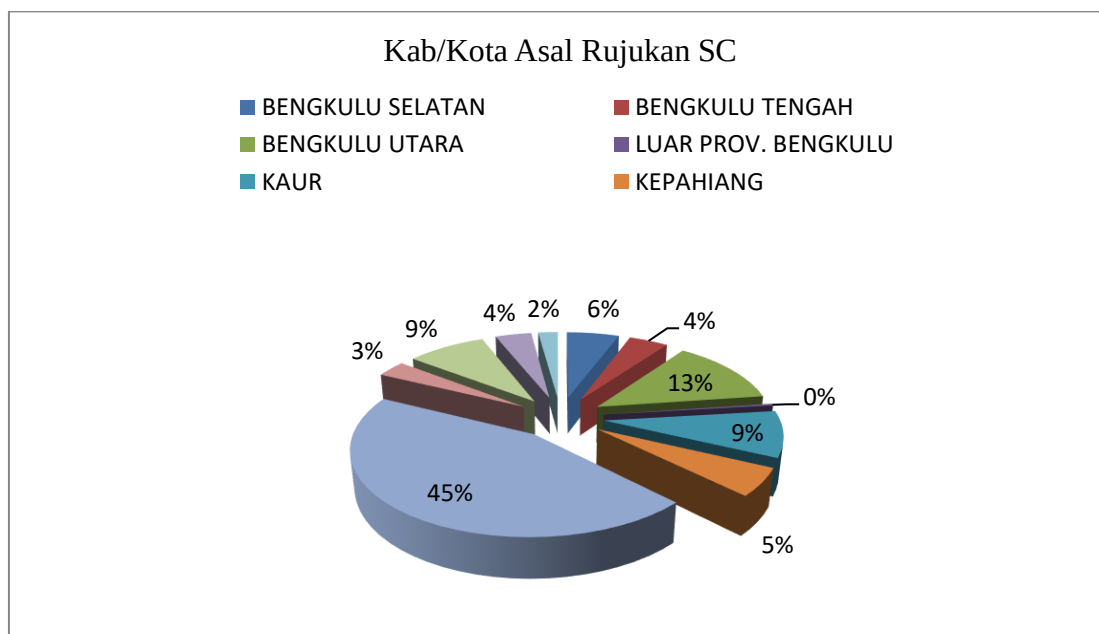


Diagram 1. Utilisasi persalinan SC di Provinsi Bengkulu.

Tindakan SC terbanyak dilakukan di Kota Bengkulu yakni 45%. Hal ini dikarenakan aksesibilitas dan affordabilitas yang memadai dibandingkan kabupaten lainnya. Di Kota Bengkulu terdapat 8 RS termasuk satu RS Rujukan tingkat Provinsi.

Tabel 1. Pembiayaan SC di Provinsi Bengkulu

Tindakan SC	Jumlah Kasus	Pembiayaan
Pembedahan Caesar Berat	3	Rp19.418.400
Pembedahan Caesar Ringan	311	Rp1.688.576.600

Pembedahan Caesar Sedang	18	Rp111.226.500
--------------------------	----	---------------

Sumber: Data BPJS Kesehatan 2020

Tabel 1 memberikan gambaran mengenai tindakan operasi caesar ringan di Provinsi Bengkulu tahun 2018. Didapatkan bahwa dari segi utilisasi layanan operasi caesar lebih digolongkan dalam tiga jenis yaitu pembedahan Ringan, Sedang dan Berat. Pembiayaan Pembedahan Ringan menempati urutan tertinggi dengan total pembiayaan sebesar Rp 1.668.576.600 diikuti pembedahan sedang dan berat yang masing-masing Rp 111.226.500 dan Rp 19.418.400.

PEMBAHASAN

Kesenjangan Kepesertaan JKN

Penelitian ini telah menunjukkan bahwa masih ada kesenjangan kepesertaan JKN di antara Kabupaten/ Kota di Provinsi Bengkulu. 23,1% atau 465.867 penduduk yang belum terdaftar dalam program JKN ini perlu segera di validasi data kependudukannya oleh dinas terkait agar strategi peningkatan kepesertaan dapat dilakukan. Upaya Pemda Provinsi untuk meningkatkan cakupan kepesertaan adalah melakukan pemetaan Kab/Kota atas capaian kepesertaan yang belum optimal, kemudian melakukan subsidi silang atau sharing pembayaran peserta. Hal ini didasarkan pada amanat Perpres 82 tahun 2018 pasal 101 dan 102, yaitu Mendanai program jaminan kesehatan dan Integrasi program jamkesda kedalam JKN yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan.

Orang terkaya dan tinggal di Perkotaan memiliki kecenderungan lebih besar untuk mengakses fasilitas kesehatan daripada rekan-rekan mereka yang paling miskin (Nababan et al., 2018). Hal ini terjadi di Provinsi Bengkulu dimana orang-orang yang tinggal di wilayah ibukota provinsi atau kotamadya memiliki akses lebih besar untuk terdaftar dalam program JKN dibandingkan dengan penduduk wilayah kabupaten. Dalam hal ini kota Bengkulu yang disupport dengan sebaran dokter umum maupun spesialis serta faskes rujukan yang lebih banyak dan lengkap dibandingkan kabupaten lainnya menyebabkan Kota Bengkulu lebih banyak menyerap dana JKN (Wulan et al., 2022). Dengan konsep Sistem rujukan berbasis kompetensi dimana kompetensi RS dinilai dari aspek kemampuan pelayanan, sarana prasarana (fasilitas kesehatan), penunjang dan SDM, tidak ditentukan oleh jarak FKTP dan FKRTL namun tetap memperhatikan patient safety dan kompetensi FKRTL serta sistem yang transparan. Hal ini mendorong Kabupaten Seluma dan Bengkulu Tengah yang memiliki keterbatasan nakes dan faskes di menyebabkan dua wilayah ini merujuk kasus persalinan ke Kota Bengkulu.

Kesenjangan utilisasi pelayanan SC antar segmen PBPU, PPU dan PBI.

Disparitas kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan dan pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan miskin hampir empat kali lebih tinggi pada kelompok miskin dibandingkan kelompok kaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur serta dengan penduduk dengan pendidikan rendah. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih pada golongan miskin lebih rendah dibandingkan dengan golongan kaya.

Dalam hal ini terjadi inequalitas dalam akses SC terjadi di Provinsi Bengkulu. Kelompok mampu dalam hal ini segmen PPU dan PBPU lebih banyak mengakses pelayanan SC (78%) dibandingkan kelompok PBI. Segmen PPU dan PBPU merupakan kelompok yang dianggap mampu karena iuran atau premi bulanan dibayarkan berdasarkan persentase

penghasilan atau secara mandiri oleh peserta, berbeda dengan PBI yang merupakan kelompok tidak mampu sehingga iuran atau preminya dibayarkan oleh Negara. Dari sisi kewilayahan, Peserta yang tinggal di Kota Bengkulu (serta Kabupaten Seluma dan Bengkulu Tengah yang merupakan daerah berbatasan langsung dengan Kota Bengkulu) lebih banyak mengakses pelayanan SC dibandingkan kabupaten lainnya. Sementara kabupaten lainnya (Kaur, Bengkulu Selatan, Kepahiang, Rejang Lebong, Lebong, Bengkulu Utara dan Muko-Muko) dengan keterediaan nakes dan faskes mampu untuk menyelesaikan SC dari rujukan FKTP di wilayah tersebut. Kondisi ini sejalan dengan riset sebelumnya yang menyatakan utilisasi Sectio Caesarea hampir 5 kali lebih sering pada kelompok terkaya dibandingkan dengan kelompok termiskin di Negara Berkembang (Delpont, 2019).

Rasio dokter umum per 100.000 penduduk di Provinsi Bengkulu menunjukkan ketimpangan antar kabupaten/kota. Hanya terdapat 4 Kab/Kota yang jumlah dokternya terdistribusi dengan baik yaitu Kota Bengkulu, Kabupten Bengkulu Selatan, Kabupaten Kaur dan Kabupaten Lebong. Sementara Kabupaten Seluma dan Kabupaten Bengkulu Utara masih terjadi ketimpangan jumlah dokter umum. Sementara untuk rasio dokter spesialis obgyn di Provinsi Bengkulu diperkirakan per 100.000 penduduk baru dapat dilayani oleh 2,57 obgyn. Keterbatasan dan distribusi bidan, dokter umum maupun dokter spesialis kandungan yang tidak merata antar kab/kota di provinsi bengkulu menyebabkan utilisasi persalinan SC di Kota daripada di Kabupaten.

Selain terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi yang tidak merata, faktor kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga menjadi salah satu faktor tingginya utilisasi persalinan di Provinsi Bengkulu. Meskipun sudah terdapat RS di setiap Kabupaten, namun kualitas pelayanan juga masih rendah. Provinsi Bengkulu baru memiliki RS 2 RS tipe B milik Pemerintah Provinsi Bengkulu, 13 RS tipe C dan 8 RS Tipe D. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil pengamatan yang menunjukkan kasus SC banyak dilakukan pada kasus kebidanan risiko rendah yang dilakukan oleh wanita berpendidikan dan SC dilakukan 1.6 kali di fasilitas swasta daripada di fasilitas milik Pemerintah (Delpont, 2019).

WHO HEAT (*World Health Organization Health Equity Assesment Toolkit*) menggunakan lima dimensi dalam mengukur inequalitas yaitu status sosial ekonomi, pendidikan, tempat tinggal (urban vs rural) dan jenis kelamin dan regional. Ketika SC dipilah berdasarkan kelompok populasi di suatu negara, dimana wanita dengan penghasilan tinggi, berpendidikan tinggi dan tinggal di perkotaan lebih cenderung menggunakan dibandingkan yang tinggal di pedesaan (Yaya et al., 2020). Prosedur bedah yang mahal ini semakin disukai oleh wanita kaya, berpendidikan dan tinggal di perkotaan, sementara kelompok perempuan yang rentan yang benar-benar membutuhkan layanan SC ini masih gagal dalam mengaksesnya (Nababan et al., 2018).

Menggunakan data sample BPJS Kesehatan ini tidak dapat memberikan gambaran mengenai sosial ekonomi peserta karena data yang tersedia hanya data kepesertaan berdasarkan segmen, kelas, asal rujukan. Sementara sosial ekonomi berdasarkan kelompok kuintil terkaya dan termiskin harus dicompare dengan data SUSENAS dengan sample yang sama.

Kinerja TKMKB dalam mengontrol Section Caesarea

Amanat UUD adalah memberi pelayanan kesehatan secara merata sehingga warga negara dimanapun memiliki hak secara merata dengan yang lain tanpa ada perbedaan dalam situasi status kesehatan antar populasi. Tujuan JKN adalah peserta memperoleh manfaat pelayanan dan perlindungan kesehatan dasar baik di faskes pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal ini termasuk pelayanan kasus Sectio Caesarea yang cakupannya tanpa batas pada jumlah kehamilan, usia kehamilan dan tidak terbatas pada status keanggotaan.

Section Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Persalinan SC di FKRTL Provinsi Bengkulu adalah 64%. Hampir 85% merupakan kasus rujukan dan 15% tanpa rujukan. Berdasarkan diagnosis primer diketahui bahwa Faktor risiko utama penyebab tingginya kasus SC dikarenakan:

1. *Delivery by elective caesarean section*
2. *Maternal care due to uterine scar from previous surgery*
3. *Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours*
4. *Maternal care for disproportion unspecified/ of other origin/ deformity of maternal pelvic, generally contracted pelvis/ hydrocephalic fetus/ inlet contraction of pelvis*
5. *Delivery by caesarean section, unspecified*
6. *Oligohydramnions*
7. *Maternal care for transverse and oblique lie*
8. *Labour and delivery complicated by fetal stress, unspecified/ by other evidence of fetal stress*
9. *Maternal care for breech presentation*
10. *Prolonged pregnancy/ first stage (of labour)/ second stage (of labour)*
11. *Obstructed labour due to breech presentation/ fetopelvic disproportion, unspecified/ incomplete rotation of fetal head/ other abnormalities of fetus*
12. *Placenta Previa with haemorrhage/ specified as without haemorrhage*
13. *Anemia Complicating pregnancy, childbirth and the puerperium*
14. *Severe pre eclampsia*
15. *Moderate pre eclampsia*
16. *Other failed induction of labour/ failed induction of labour, unspecified*
17. *Pre eclampsia, unspecified*
18. *Eclampsia in labour/ pregnancy*
19. *Twin Pregnancy*
20. *Vaginal delivery following previous caesarean section*
21. *Disease of the circulatory/ respiratory system complicating pregnancy*
22. *Gestational (pregnancy induced) hypertension without significant proteinuria*
23. *Acute hepatitis B with delta agent (coinfection) with hepatic coma*
24. *Delayed delivery of second twin, triplet, etc*
25. *False labour before 37 completed weeks of gestation*
26. *Hepatitis A without hepatic coma*
27. *Long Labour*
28. *Hypertonic incoordinate and prolonged uterine contraction*

Persentase tertinggi tindakan SC di Provinsi Bengkulu adalah jenis Operasi Pembedahan Caesar Ringan (94%) dengan rujukan dari berbagai faskes baik FKTP maupun Rumah Sakit Tipe D. SC ringan merupakan kode CBGs terbanyak untuk klaim rawat inap di Provinsi Bengkulu dengan jumlah kasus sebanyak 311 dengan total biaya terbesar dibanding klaim CBGs dengan nilai sebesar Rp 1.688.576.600, disusul SC sedang 18 kasus dengan total klaim Rp 111. 226.500 dan SC berat 3 kasus dengan nilai klaim Rp 19.148.400.

Oleh karena itu, TKMKB yang bertugas menjamin pelayanan yang diberikan kepada peserta sesuai dengan mutu yang diharapkan melalui sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi, melakukan Utilization Review, Melakukan Audit Mutu serta pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan (Wulan et al., 2020). Selain itu TKMKB wajib menilai dan memberi rekomendasi terkait kebijakan pemerataan semua wilayah baik dari perspektif relevansi, *effectivity*, *efficiency*, *quality safety* dan *sustainability* (Bachtiar, 2020).

Apakah benar SC yang terjadi di Provinsi Bengkulu dilakukan atas indikasi medis atau bukan, maka perlu dilakukan audit medis dan atau audit klinis. Audit Medis merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis. TKMKB Cabang Bengkulu belum mampu melakukan audit medis karena keterbatasan dokter spesialis (Wulan et al., 2020). Hasil penelusuran indikasi medis SC adalah bekas sectio tapi untuk menentukan SC tersebut atas permintaan sendiri atau indikasi medis ini menjadi tantangan besar tersendiri (Novelia, 2021). Peluang seorang wanita menggunakan metode caesar berbeda-beda sesuai dengan karakteristik riwayat kehamilan dan persalinan dari masing-masing individu. Penggunaan metode caesar pada persalinan tidak hanya dilakukan berdasarkan ada tidaknya indikasi medis tetapi banyak faktor lain yang berperan dalam pemilihan metode ini seperti umur, indeks kekayaan kuintil 5, riwayat komplikasi dan persalinan di RS Swasta (Sulistianingsih & Bantas, 2018).

Adverse Selection & Moral Hazard

Motivasi seseorang untuk mendaftar sebagai peserta JKN, terutama PBPJ, bisa didorong kebutuhan besarnya biaya persalinan, apalagi jika sampai SC, sehingga saat kehamilan baru mulai mendaftar sebagai peserta JKN agar dalam persalinan peserta tidak memikirkan biaya persalinan lagi.

Perspektif Pasien:

Permintaan SC pada tahun 70an adalah sebesar 5%, saat ini lebih dari 50% ibu hamil menginginkan operasi caesar (Ayuningtyas et al., 2018). Beberapa alasan mengapa wanita menginginkan SC adalah: Pasien mengetahui jika operasi SC di tanggung oleh BPJS, maka peserta merasa membayar iuran dan banyak pasien yang menginginkan SC. Hal ini sejalan dengan penelitian Widyajanti dimana Wanita dengan kepemilikan asuransi 1,12 kali lebih memilih SC dibandingkan dengan yang tidak memiliki asuransi (Widjayanti & Sjaaf, 2020).

Wanita lebih banyak memilih SC terencana (*elective*) tanpa indikasi medis dikarenakan adanya persepsi bahwa SC lebih aman. Begitu juga dengan wanita dengan indikasi medis atau masalah kebidanan lebih mungkin untuk memilih melakukan SC (Hannah, 2004). Tindakan SC tidak selalu karena indikasi medis. Beberapa kasus terjadi karena permintaan pasien sendiri dikarenakan faktor kepercayaan hari lahir membawa keberuntungan bagi bayi sehingga seorang wanita akan melakukan rekayasa hari persalinan. Selain kepercayaan faktor lainnya adalah adanya kesepakatan suami istri, pengetahuan, faktor sosial, kecemasan persalinan normal, faktor ekonomi dan pekerjaan (Salfariani & Nasution, 2012).

Perspektif Provider:

Provider maupun dokter lebih suka melakukan tindakan SC dibandingkan persalinan normal karena alasan keuangan. Tarif InaCBGs untuk operasi pembedahan Caesar Ringan dengan *premature rupture membran* (O-6-10-1) adalah Rp 6.843.500 sementara untuk tarif persalinan normal (O-7-13-0) adalah Rp 812.500. Konsekuensi negatif dari persalinan SC adalah biaya yang relatif tinggi dari persalinan normal. Dimana biaya SC mencapai dua kali lipat berupa penggunaan submer daya berupa tenaga maupun alat. Biaya SC 2-3 kali lebih mahal dari biaya persalinan normal (Rasjidi, 2009). Tindakan SC memberi insentif lebih besar bagi dokter dibandingkan persalinan normal. Insentif dalam bentuk fee yang diterima dokter melalui tindakan SC akan meningkatkan keputusan SC pada provider (Yu et al., 2019).

Alasan mengapa SC lebih disukai karena waktu tindakan SC lebih singkat dibandingkan persalinan normal (Kisa et al., 2017). Kombinasi lainnya selain durasi pendek

untuk SC adalah kemampuan dokter untuk memutuskan jadwal operasi menjadi pilihan yang nyaman bagi dokter (Elnakib et al., 2019). Kurangnya pengawasan kinerja di rumah sakit baik internal melalui peer review obstetri maupun dari luar RS melalui audit medis (Elnakib et al., 2019). Terlepas dari kebutuhan medis, semakin besar kapasitas sistem kesehatan untuk memberikan pelayanan obstetri, maka akan semakin banyak yang akan diberikan, dalam hal ini “supplier” memiliki pengaruh besar terhadap pengiriman dan berkontribusi penting terhadap kenaikan kasus SC (Lauer et al., 2010).

Peran FKTP sebagai Gatekeeper

Paket manfaat yang diterima peserta JKN adalah komprehensif dari pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang baik di FKTP maupun FKRTL. FKTP merupakan pelayanan perorangan bersifat non spesialis dimana faskes ini berperan sebagai pemberi layanan kesehatan dasar dan fungsi penapisan. Jika pelayanan FKTP tidak optimal maka kualitas pelayanan maka akan berdampak pelayanan yang tidak optimal juga di FKRTL.

Kendala Sarana Prasarana faskes pemerintah vs Swasta?

Akses merupakan kesempatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang tepat sesuai kebutuhan yang dipengaruhi oleh ketersediaan dokter dan kemudahan dalam menghubungi dokter (Wulan et al., 2022). Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakkadilan kesehatan antar kelompok masyarakat (Misnaniarti et al., 2018). Dengan Ketersediaan faskes maupun nakes yang memadai maka peserta atau masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan.

Distribusi dokter umum sangat tidak merata. Kota Bengkulu sebagai ibukota Provinsi mempunyai dokter umum yang sangat banyak dibanding dengan jumlah dokter umum di Kabupaten lain di Provinsi Bengkulu (Nurdan et al., 2020). Kesenjangan faskes maupun nakes di Provinsi Bengkulu perlu segera diupayakan perbaikan dalam peningkatan pelayanan kesehatan. Pemerintah Daerah perlu melakukan Peningkatan pelayanan kesehatan dalam hal penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, pemenuhan standar pelayanan minimal dan peningkatan mutu layanan. Standarisasi teknis pelayanan menjadi sangat penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang disamping kontrol biaya dalam pelayanan kesehatan agar tujuan rumah sakit dapat berjalan seefisien mungkin.

Kebijakan pembiayaan kesehatan dimana SC merupakan kasus darurat mempengaruhi manajemen dan proses rujukan mendorong pragmatisme dokter melakukan moral hazard dengan melakukan tindakan SC meskipun tanpa indikasi medis (Murray, 2000). Peluang penggunaan metode caesar pada persalinan ibu dengan riwayat komplikasi adalah 34,2% dan 71,2% pada kelompok ibu dengan umur >35 tahun, status ekonomi kuitil 5, persalinan di RS swasta (Sulistianingsih & Bantas, 2018). Tindakan Caesar pada kehamilan sebelumnya akan meningkatkan kejadian persalinan caesar berulang (Mylonas & Friese, 2015). Dengan menggunakan model prediksi tersebut, maka dapat dipastikan bahwa peluang potensi pembiayaan SC di Provinsi Bengkulu akan mengalami peningkatan yang signifikan pada dua tahun kedepan.

Diharapkan di era JKN ini, para praktisi termasuk para dokter dari berbagai level pelayanan kesehatan baik primer maupun sekunder untuk mengedukasi ibu dan juga keluarga untuk sepenuhnya memahami risiko persalinan SC, sehingga kepemilikan asuransi kesehatan tidak mendorong tingginya trend melahirkan SC.

Agar sustainabilitas dari program JKN berjalan maka diperlukan monitoring dan evaluasi standar pelayanan SC sebagai bagian dari kualitas mutu pelayanan rumah sakit

melalui *clinical pathway* maupun prosedur operasi serta audit medis atau audit klinis secara rutin dan berkesinambungan.

KESIMPULAN

Tingginya kasus SC baik dengan indikasi medis maupun tanpa indikasi medis akan meningkatkan potensi pembiayaan SC pada tahun-tahun berikutnya. Pelayanan Kesehatan *Sectio Caesarea* di Provinsi Bengkulu belum merata dan berkeadilan. Utilisasi layanan operasi caesar lebih banyak dinikmati oleh penduduk yang tinggal di Kota Bengkulu, meskipun di sisi lain masih perlu pendalaman terkait tingginya *Sectio Caesaria* pada peserta JKN. Dengan mempelajari kesenjangan ini semoga berguna dalam menghilangkan tingginya inequality melalui dukungan fiskal dan kebijakan pada RS di Kota dan Daerah.

REFERENSI

- Antoni, H. (2020). *Evaluasi Capaian Kepesertaan, Pemerataan dan Mutu Pelayanan Kesehatan Program JKN di Provinsi Bengkulu*.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, N., & Sutrisnawati, D. (2018). *Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics in Childbirth through Sectio Caesaria without Medical Indication*. 14(1), 9–16.
- Bachtiar, A. (2020). *Tkmkb Strategis Mendukung JKN*.
- Badan Pusat Statistik. (2017). *Persentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi*.
- BeritaSatu. (2020). *Pemprov Bengkulu Alokasikan Rp 17,6 Miliar untuk Subsidi BPJS*.
- BPJS. (2020). *Kendali Mutu Dan Biaya Jamin Keberlangsungan JKN KIS*.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017*.
- Delpont, S. (2019). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 394(10192), 23–24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30717-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30717-2)
- Elnakib, S., Abdel-tawab, N., Orbay, D., & Hassanein, N. (2019). *Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt : a hospital-based retrospective study*. 2, 1–11.
- Hannah, M. E. (2004). Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *Cmaj*, 170(5), 813–814. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1032002>
- JamkesNews. (2019). *Pemda Bengkulu Tengah Sepakat Tambah Kuota Jamkesda Melalui Pajak Rokok*.
- Kisa, S., Kisa, A., & Younis, M. Z. (2017). *Opinions and attitudes of obstetricians and midwives in Turkey towards caesarean section and vaginal birth following a previous caesarean section*. <https://doi.org/10.1177/0300060516663998>
- Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Wojdyla, D. (2010). *Determinants of caesarean section rates in developed countries : supply , demand and opportunities for control*.
- Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., Besral, B., Purwoko, B., Trihono, T., & Yulaswati, V. (2018). Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), 6–16. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i1.425>
- Murray, S. F. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *British Medical Journal*, 321(7275), 1501–1505. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1501>
- Mylonas, I., & Friese, K. (2015). The indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(29-30), 489–495.

- <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>
- Nababan, H. Y., Hasan, M., Marthias, T., Dhital, R., Rahman, A., & Anwar, I. (2018). Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia, 1986–2012. *International Journal of Women's Health*, 10, 11–24. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S144828>
- Novelia, E. (2021). *Penggunaan APBN dan BPJS kesehatan dalam Prospek Keadilan Sosial: Studi Kasus PBI APBN, Defisit dan Pengeluaran untuk Penyakit Jantung, Cancer dan SC*. <https://www.youtube.com/watch?v=eLovMnNW1sQ>.
- Nurdan, J. H., Wulan, S., Yandrizal, & Kurniawan, M. F. (2020). *Evaluasi Capaian Pemerataan Layanan yang Berkeadilan di Era JKN di Provinsi Bengkulu*.
- Rasjidi, I. (2009). *Seksio Sesarea dan Laparotomi Kelainan Adneksa*. CV Sagung Seto.
- Salfariani, I., & Nasution, S. S. (2012). Faktor Pemilihan Persalinan Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis di RSUD Bunda Thamrin Medan. *Jurnal Keperawatan*, 1((1)), 7–12.
- Sulistianingsih, A. R., & Bantas, K. (2018). Peluang Menggunakan Metode Sesar Pada Persalinan Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(2), 125–133. <https://doi.org/10.22435/kespro.v9i2.2046.125-133>
- Widjayanti, T. B., & Sjaaf, A. (2020). *Characteristics Sectio Caesaria under National Health Insurance Program at the Non Profit Referral Hospital in Jakarta. December 2018*.
- Wulan, S., Hasari, E. T., & Djasari, H. (2020). *Evaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Komitmen dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu Menggunakan Pendekatan Realist Evaluation*. 1–14.
- Wulan, S., Nurdan, J. H., Yandrizal, Y., Kurniawan, M. F., Setiawan, E. R., & Dirhan, D. (2022). Evaluasi Capaian Peta Jalan JKN di Provinsi Bengkulu Studi Kasus Sectio Caesarea Tahun 2014 Sampai 2019. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 111–125. <https://doi.org/10.7454/eki.v6i2.5252>
- Yaya, S., Zegeye, B., Idriss-wheeler, D., & Shibre, G. (2020). *Inequalities in caesarean section in Burundi : evidence from the Burundi Demographic and Health Surveys (2010 – 2016)*. 1–8.
- Yu, Y., Lin, F., Dong, W., Li, H., Zhang, X., & Chen, C. (2019). *The effectiveness of financial intervention strategies for reducing caesarean section rates : a systematic review*. 1–11.
- Zahroh, R. I., Disney, G., Betrán, A. P., & Bohren, M. A. (2020). Trends and sociodemographic inequalities in the use of caesarean section in Indonesia, 1987-2017. *BMJ Global Health*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003844>