

Kesenjangan Sosio-Ekonomi dan Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Seksio Sesarea di Indonesia

SOCIO-ECONOMIC INEQUALITY AND FACTORS RELATED TO CAESAREAN SECTION IN INDONESIA

Suparmi, dan Iram Barida Maisya

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat
Jln. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia
E-mail: suparmi@litbang.depkes.go.id

Submitted : 4-5-2017, Revised : 19-5-2017, Revised : 28-5-2017, Accepted : 9-8-2017

Abstract

Cesarean section rates in Indonesia increase almost double in the past five years, from 6.8% (2007) to 12.3% (2012). Very high cesarean section rates associated with adverse maternal and neonatal outcomes. The Sustainable Development Goals (SDGs) target number 10 is to reduce inequalities in all sectors, including health. The study aims to explore socio-economic inequality and factors associates to cesarean section in Indonesia. This study was a cross-sectional study using data from the 2012 Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS). The sample study was 12,973 mothers who ever gave live-birth in the last five years before the survey. The backward logistic regression was used for analysis. Our analysis shows socio-economic inequality of cesarean section rates. Mothers with highest socio-economic status had 4-fold higher odds of cesarean section compared to lowest quintile. Furthermore, complication of pregnancy and delivery, first pregnancy, twin, had health insurance, aged more than 35 years and live in urban area had higher odds of cesarean section. Therefore, it is important to assure cesarean section based on medical indications and increase health promotion on side effect of elective cesarean section without medical indication.

Keywords: cesarean section, inequality, socio-demographic, Indonesia

Abstrak

Persalinan seksio sesarea meningkat hampir dua kali lipat dalam periode lima tahun terakhir dari 6,8% (2007) menjadi 12,3% (2012). Tingginya proporsi persalinan seksio sesarea dapat berdampak pada kesehatan ibu dan neonatal. Selain itu, Target Sustainable Development Goals (SDGs) ke-10 adalah mengurangi kesenjangan di berbagai bidang, termasuk kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesenjangan sosio-ekonomi serta faktor yang berhubungan dengan persalinan seksio sesarea di Indonesia. Penelitian ini merupakan studi potong lintang menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Sampel dalam penelitian ini sebesar 12.973 ibu yang pernah melahirkan anak hidup pada kurun waktu lima tahun sebelum survey. Metode analisis yang digunakan adalah regresi logistik. Hasil analisis menunjukkan kesenjangan persalinan seksio sesarea menurut sosio-ekonomi. Ibu dengan status sosio-ekonomi terkaya memiliki kemungkinan 4 kali lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea dibandingkan ibu dengan status termiskin. Selain itu, ibu yang mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan, kehamilan pertama, kelahiran kembar, memiliki jaminan kesehatan, usia ibu diatas 35 tahun, dan tinggal di perkotaan memiliki kemungkinan lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea. Oleh sebab itu, perlu untuk memastikan bahwa persalinan seksio sesarea dilakukan atas dasar indikasi medis dan penting untuk meningkatkan promosi kesehatan terkait efek samping persalinan seksio tanpa indikasi medis.

Kata kunci: seksio sesarea, kesenjangan, sosio-demografi, Indonesia

PENDAHULUAN

Dalam beberapa tahun terakhir kecenderungan pilihan melahirkan dengan operasi caesaria meningkat di berbagai belahan dunia, baik di negara maju maupun berkembang. Proporsi seksio sesarea di dunia meningkat dari 6,7% (1990) menjadi 19,1% (2014). Pada tahun 2014, proporsi kelahiran dengan cara caesaria di negara miskin sebesar 6,1%, sedangkan di negara berkembang dan negara maju memiliki proporsi yang lebih besar yaitu 20,9% dan 27,2%.¹

Pada tahun 1985, WHO menetapkan batasan maksimum proporsi persalinan secara seksio sesarea sebesar 10-15% yang selanjutnya direvisi dengan rekomendasi dibawah 10%. Negara dengan proporsi persalinan seksio sesarea diatas 10% tidak menunjukkan adanya kemanfaatan dalam menurunkan kematian ibu dan anak.² Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi caesaria di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2012 yaitu 1,3–12,3%.^{3,4} Laporan SDKI 2012 menunjukkan bahwa persalinan caesaria di wilayah perkotaan (16,8%) dua kali lebih tinggi dibandingkan di wilayah perdesaan (7,9%).⁴ Berdasarkan data Riskesdas 2010 menunjukkan angka kejadian seksio sesarea sebesar 15,3%, terendah di Sulawesi Tenggara 5,5% dan tertinggi di DKI Jakarta 27,2%.⁵ Kecenderungan meningkatnya proporsi persalinan seksio sesarea perlu mendapatkan perhatian karena tidak adanya bukti kemanfaatan dan dapat meningkatkan risiko komplikasi baik pada ibu maupun bayinya.⁶

Keputusan untuk memilih persalinan dengan cara *sectio* sesarea harus mengikuti prosedur medis yang sudah ditetapkan atas dasar indikasi medis tertentu baik pada ibu maupun bayinya. Seharusnya, persalinan seksio sesarea merupakan alternatif persalinan ketika dilakukan persalinan secara normal tidak dapat dilaksanakan.⁷ Namun, saat ini persalinan seksio sesarea dilakukan bukan saja karena indikasi medis, akan tetapi karena adanya permintaan dari pasien.^{8,9}

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan status ekonomi kaya memiliki persentase lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea.^{10,11} Hal ini sejalan dengan hasil SDKI 2012 yang menunjukkan sebesar 23,1% ibu dengan status sosial ekonomi terkaya melakukan persalinan secara seksio sesarea. Persentase ini enam kali lebih besar bila dibandingkan ibu dengan status sosial ekonomi

termiskin (3,7%). Selain itu, hasil studi di Medan menunjukkan bahwa sumber biaya persalinan seksio sesarea sebagian besar tidak dari biaya sendiri (92,9%) yang meliputi Jampersal, Askes dan asuransi lainnya.¹² Hal ini menjadi tantangan untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) ke-10 dalam mengurangi kesenjangan di bidang kesehatan khususnya kesenjangan antar sosial ekonomi. Oleh sebab itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kesenjangan sosial-ekonomi serta faktor yang mempengaruhi persalinan seksio sesarea di Indonesia.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan analisis lanjut data sekunder Sosial Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 merupakan survei berskala nasional dengan desain potong lintang yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan (Kemkes).⁴ Data SDKI 2012 diunduh secara gratis dari website *Demographic and Health Survey* (DHS) dengan alamat www.dhsprogram.com. Sebelum diunduh, penulis telah mendapatkan ijin untuk mengakses data tersebut.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua wanita yang berusia 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu lima tahun terakhir sebelum survei. Responden yang menjawab tidak tahu atau missing tidak diikutkan dalam analisis, sehingga besar sampel yang diperoleh untuk analisis adalah 12,972 responden. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah metode persalinan yang dibagi dalam dua kelompok, yaitu persalinan normal (per-vaginam) dan operasi sesar. Variabel independen meliputi komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, kepemilikan asuransi, paritas, *antenatal-care*, kelahiran gameli/kembar, ukuran janin, usia ibu, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, status sosial ekonomi, tempat tinggal.

Definisi komplikasi kehamilan dalam penelitian ini adalah apabila ibu mengalami persalinan premature, perdarahan, kejang/pingsan dan komplikasi kehamilan lainnya. Responden dikatakan mengalami komplikasi persalinan apabila menyatakan mengalami antara lain partus lama, perdarahan, demam, kejang, ketuban pecah dini,

atau menyatakan komplikasi persalinan lainnya. Perdarahan dapat terjadi pada saat kehamilan, persalinan maupun nifas. Paritas dalam penelitian ini adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh ibu, yang kemudian dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu satu orang anak, dua orang anak, tiga orang anak atau lebih. Ibu dikatakan melakukan kunjungan ANC (*antenatal care*) bila melakukan pemeriksaan kehamilan minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua dan minimal dua kali pada trimester ketiga. Usia ibu dibagi dalam tiga kelompok, yaitu 15-19 tahun, 20-34 tahun dan 35-49 tahun. Pendidikan ibu dibagi menjadi empat kelompok, yaitu tidak sekolah, SD-SMP, SMA dan Perguruan Tinggi (PT). Pekerjaan ibu dibagi menjadi dua kelompok, yaitu ibu yang bekerja dan tidak bekerja. Status sosial ekonomi menggunakan indeks kekayaan yang dibagi menjadi lima kelompok, yaitu termiskin, menengah bawah, menengah, menengah atas dan terkaya. Sedangkan tempat tinggal dibagi menjadi dua kelompok, yaitu perkotaan dan perdesaan.

Seluruh variabel dianalisis dengan Stata versi 12. Analisis multivariate dilakukan dengan regresi logistik ganda menggunakan metode backward dengan signifikansi 5% dan 95% *confidence interval*,¹³ sehingga dapat diperoleh hubungan komplikasi kehamilan dan faktor sosio-demografi terhadap persalinan seksio sesarea. Seleksi kandidat variabel pada analisis bivariat dilakukan dengan regresi logistik sederhana dengan signifikansi 25%. Tabulasi silang dilakukan untuk memperoleh proporsi tiap kategori variabel menurut metode persalinan.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan gambaran karakteristik sosio-demografi responden pada wanita usia 15-49 tahun. Sebesar 14% responden menyatakan melakukan persalinan seksio sesarea pada anak terakhir dalam kurun waktu tahun 2008-2012. Sebesar 13,3% responden menyatakan pernah mengalami komplikasi kehamilan. Distribusi responden hampir merata disetiap status sosial ekonomi, dengan persentase terendah pada ibu dengan status ekonomi termiskin (16,2%). Sebagian besar responden berusia 20-35 tahun (75%), bekerja (52,2%) dan berpendidikan minimal SMA (69,3%). Berdasarkan tempat tinggal, responden yang tinggal di perkotaan (52,7%) lebih besar

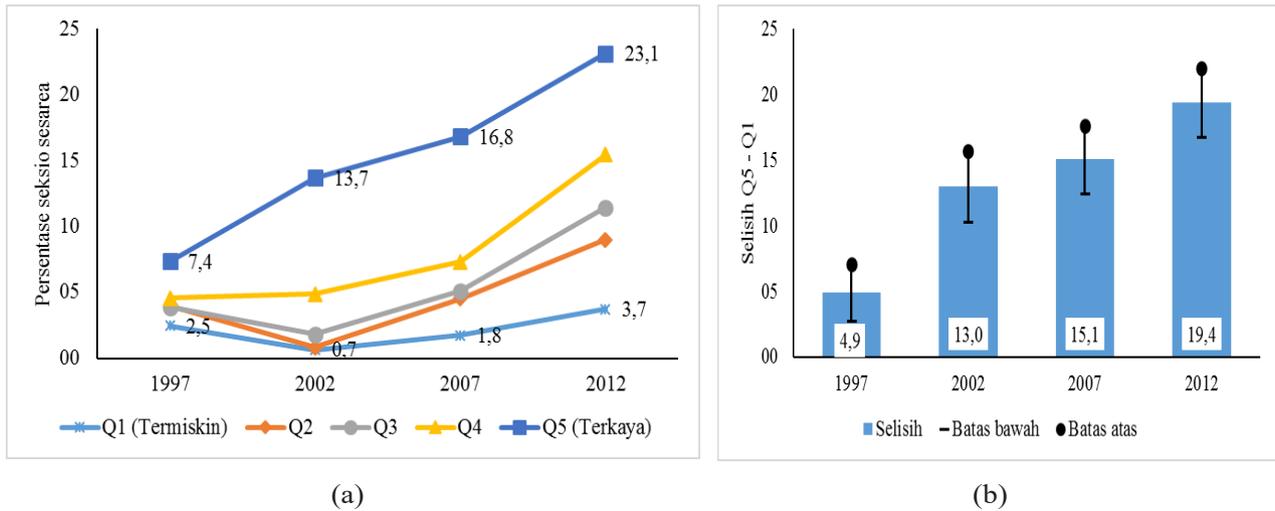
dibandingkan yang tinggal di perdesaan (47,3%).

Gambar 1 menunjukkan kecenderungan persalinan seksio sesarea berdasarkan hasil SDKI 1997-2012. Pada ibu dengan sosial ekonomi terkaya memiliki tren peningkatan persalinan seksio sesarea yang cukup tinggi sejak tahun 1997. Pada ibu dengan status ekonomi menengah atas (Q4) mengalami peningkatan tajam pada tahun 2007 ke 2012. Gambar 1 juga menunjukkan kesenjangan persentase persalinan seksio sesarea antara ibu status ekonomi terkaya dengan status ekonomi termiskin. Pada tahun 1997, perbedaan persentase persalinan seksio sesarea antara ibu status ekonomi terkaya dengan status ekonomi termiskin sebesar 4,9% dan kesenjangan tersebut semakin lebar pada tahun 2012 menjadi 19,4%.

Gambaran persalinan seksio sesarea menurut karakteristik sosio-demografi ditampilkan pada Tabel 2. Sebesar 16,9% responden usia 36-49 melakukan persalinan seksio sesarea. Proporsi persalinan seksio sesarea tampak lebih besar pada ibu yang bekerja (15%), memiliki pendidikan tinggi (26,8%) dengan status sosial ekonomi tinggi (23,7%) dan tinggal di daerah perkotaan (17,7%).

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Sosio-Demografi Responden

Variabel	n	%
Tipe persalinan		
Normal	11154	86,0
Seksio sesarea	1818	14,0
Status sosial ekonomi		
Termiskin	2101	16,2
Menengah bawah	2545	19,6
Menengah	2673	20,6
Menengah atas	2944	22,7
Terkaya	2709	20,9
Umur ibu (tahun)		
15-19	410	3,2
20-35	9730	75,0
36-49	2832	21,8
Pekerjaan ibu		
Tidak bekerja	6199	47,8
Bekerja	6773	52,2
Pendidikan ibu		
Tidak sekolah	109	0,8
SD/SMP	3866	29,8
SMA	7309	56,3
D3/S1+	1688	13,0
Tempat tinggal		
Perdesaan	6130	47,3
Perkotaan	6842	52,7



Gambar 1. Kecenderungan (a) dan kesenjangan (b) persalinan seksio sesarea menurut status sosial ekonomi, SDKI 1997-2012

Tabel 2. Hubungan Karakteristik Sosio-Demografi dengan Persalinan Seksio Sesarea

Variabel	Tipe persalinan				Crude OR	95% CI	p-value
	Normal		Seksio sesarea				
	n	%	n	%			
Umur ibu (tahun)							
15-19	380	92,8	30	7,2	0,50	0,29 - 0,86	0,012
20-35	8419	86,5	1311	13,5	ref		
36-49	2354	83,1	478	16,9	1,30	1,11 - 1,54	0,002
Pekerjaan ibu							
Tidak bekerja	5400	87,1	800	12,9			
Bekerja	5754	85,0	1019	15,0	1,20	1,04 - 1,38	0,015
Pendidikan ibu							
Tidak sekolah	100	91,1	10	8,9			
SD/SMP	3549	91,8	317	8,2	0,92	0,35 - 2,38	0,856
SMA	6270	85,8	1038	14,2	1,70	0,66 - 4,36	0,274
D3/S1+	1235	73,2	453	26,8	3,76	1,45 - 9,74	0,006
Status sosial ekonomi							
Termiskin	1983	94,4	118	5,6			
Menengah bawah	2290	89,9	256	10,1	1,88	1,42 - 2,48	0,000
Menengah	2345	87,7	329	12,3	2,36	1,80 - 3,08	0,000
Menengah atas	2469	83,9	475	16,1	3,23	2,49 - 4,19	0,000
Terkaya	2067	76,3	642	23,7	5,22	4,06 - 6,71	0,000
Tempat tinggal							
Perdesaan	5522	90,1	608	9,9			
Perkotaan	5632	82,3	1211	17,7	1,95	1,68 - 2,27	0,000
Kepemilikan jaminan kesehatan							
Tidak	7192	88,0	983	12,0			
Ya	3962	82,6	836	17,4	1,54	1,34 - 1,78	0,000

Tabel 3 menunjukkan gambaran seksio sesarea menurut faktor gynekologi. Sebesar 12,4% responden yang menyatakan tidak mengalami komplikasi kehamilan maupun komplikasi persalinan, namun melakukan seksio

sesarea. Selain itu, sebesar 17,4% responden yang memiliki jaminan kesehatan melakukan persalinan secara seksio sesarea. Proporsi persalinan seksio lebih besar pada kehamilan pertama (15,8%) dan kehamilan kembar (22,3%).

Tabel 3. Hubungan Faktor Gynekologi dengan Persalinan Seksio Sesarea

Variabel	Tipe persalinan				Crude OR	95% CI	p-value
	Normal		Seksio sesarea				
	n	%	n	%			
Komplikasi kehamilan							
Tidak	9856	87,6	1393	12,4			
Ya	1298	75,3	426	24,7	2,32	1,94 - 2,77	0,000
Komplikasi persalinan							
Tidak	5634	87,6	798	12,4			
Ya	5519	84,4	1021	15,6	1,31	1,13 - 1,51	0,000
Paritas							
1	4217	84,2	791	15,8			
2	3662	86,1	592	13,9	0,86	0,73 - 1,02	0,085
3+	3275	88,2	436	11,8	0,71	0,59 - 0,85	0,000
Kunjungan ANC							
Tidak pernah	146	95,5	7	4,5			
1-3 kali	821	93,2	60	6,8	1,57	0,68 - 3,62	0,295
≥ 4 kali	10187	85,3	1752	14,7	3,67	1,69 - 7,98	0,001
Kelahiran kembar/gamely							
Tidak	11070	86,0	1795	14,0			
Ya	83	77,7	24	22,3	1,77	0,95 - 3,28	0,070
Ukuran janin							
Rata-rata	6261	86,1	1009	13,9			
Sangat kecil	181	85,0	32	15,0	1,09	0,61 - 1,95	0,766
Lebih kecil dari rerata	1228	85,5	209	14,5	1,06	0,83 - 1,34	0,657
Lebih besar dari rerata	3082	86,2	495	13,8	1,00	0,85 - 1,18	0,974
Sangat besar	402	84,4	74	15,6	1,15	0,80 - 1,64	0,460

Tabel 4. Hasil Akhir Analisis Multivariat Persalinan Seksio Sesarea di Indonesia

Variabel	Adjusted OR	95% CI	p-value
Komplikasi kehamilan			
Tidak	1,00	referensi	
Ya	2,27	1,88 - 2,73	0,000
Komplikasi persalinan			
Tidak	1,00	referensi	
Ya	1,18	1,01 - 1,37	0,033
Paritas			
1	1,00	referensi	
2	0,72	0,60 - 0,86	0,000
3+	0,52	0,41 - 0,65	0,000
Kelahiran kembar/gamely			
Tidak	1,00	referensi	
Ya	2,36	1,21 - 4,58	0,011
Kepemilikan jaminan kesehatan			
Tidak	1,00	referensi	
Ya	1,40	1,21 - 1,62	0,000
Umur ibu (tahun)			
15-19	0,57	0,32 - 1,01	0,053
20-35	1,00	referensi	
36-49	2,93	1,61 - 5,33	0,000
Status sosial ekonomi			
Termiskin	1,00	referensi	
Menengah bawah	1,74	1,31 - 2,30	0,000

Menengah	2,06	1,55 - 2,72	0,000
Menengah atas	2,70	2,05 - 3,56	0,000
Terkaya	4,09	3,12 - 5,36	0,000
Tempat tinggal			
Perdesaan	1,00	referensi	
Perkotaan	1,29	1,09 - 1,52	0,003

Tabel 4 menunjukkan karakteristik sosio-demografi dan faktor ginekologi yang berhubungan dengan persalinan seksio sesarea. Analisis menunjukkan bahwa komplikasi kehamilan dan persalinan, kehamilan pertama, kelahiran kembar, kepemilikan jaminan kesehatan, usia ibu diatas 35 tahun, status sosial ekonomi tinggi dan tinggal di perkotaan memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk melakukan persalinan seksio sesarea. Responden yang memiliki status sosial ekonomi terkaya memiliki kemungkinan 4 kali lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea. Selain itu, responden yang memiliki 3 orang anak atau lebih memiliki kemungkinan 48% lebih rendah untuk melakukan persalinan seksio sesarea.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa 14,0 % responden melakukan persalinan seksio sesarea. Hasil ini melebihi batasan rekomendasi WHO sebesar 10%.² Selain itu, hasil analisis data WHO pada 159 negara dari tahun 1980 sampai dengan 2012 menunjukkan bahwa proporsi seksio sesarea diatas 10% tidak berhubungan dengan penurunan kematian ibu dan neonatal.¹⁴ Namun, penelitian yang dilakukan oleh Molina menggunakan data WHO pada 194 negara tahun 2005 sampai dengan 2012 menunjukkan batasan sebesar 19%.¹⁵ Hal ini dimungkinkan karena pada beberapa tahun terakhir terjadi peningkatan proporsi persalinan seksio di berbagai negara.

Penelitian ini menunjukkan tren peningkatan proporsi persalinan seksio sesarea pada ibu dengan sosial ekonomi kaya. Selain itu, proporsi seksio sesarea pada ibu termiskin dengan terkaya memiliki kesenjangan cukup lebar. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ibu dengan status ekonomi terkaya memiliki kemungkinan 4 kali lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dalam analisis lanjut Riskesdas 2010¹⁶ dan penelitian lain di Canada,¹⁷

Ethiopia¹⁰ dan China¹⁸ serta analisis data DHS di 26 negara.¹⁹ Hal ini dimungkinkan karena semakin besarnya proporsi ibu yang melakukan persalinan seksio secara elektive.^{7,9} Penelitian yang dilakukan di Jakarta menunjukkan proporsi persalinan elektive lebih besar bila dibandingkan proporsi persalinan seksio emergency.⁸

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat persalinan seksio sesarea tanpa indikasi medis atas permintaan ibu (*elective caesarean section*) memiliki risiko lebih tinggi terjadinya penempelan plasenta secara tidak normal pada miometrium/lapisan otot dinding rahim baik sebagian maupun seluruhnya (*placenta accreta*) pada kelahiran berikutnya, hal ini dapat memicu perdarahan berat saat persalinan.⁹ Selain itu, persalinan seksio sesarea memiliki beban biaya,²⁰ lama rawat inap dan risiko kesakitan yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan persalinan normal.^{6,21}

Komplikasi dalam kehamilan maupun persalinan berhubungan dengan persalinan seksio sesarea. Ibu yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan memiliki kemungkinan 2,27 kali lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea. Hal ini sejalan dengan analisis lanjut Riskesdas 2010^{3,16} serta penelitian lain di Jakarta²² dan Afrika.²³ Hipertensi dalam kehamilan, diabetes dan perdarahan merupakan faktor penyebab komplikasi utama yang mendorong dilakukan persalinan seksio sesarea.

Penelitian ini juga menunjukkan ibu yang berumur 36-49 tahun memiliki kemungkinan 3 kali lebih besar untuk melakukan persalinan seksio sesarea dibandingkan ibu berumur 20-35 tahun. Hal ini dikarenakan pada ibu yang berumur diatas 35 tahun memiliki risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhife He, dkk di China yang menyebutkan bahwa proporsi persalinan seksio sesarea pada ibu yang berumur diatas 35 tahun lebih besar dibandingkan persalinan normal.²⁴

Hasil analisis multivariat menunjukkan

paritas berhubungan dengan persalinan seksio sesarea, dimana persalinan seksio caesarea lebih banyak terjadi pada kehamilan pertama. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di China¹⁸ dan Australia.²⁵ Hal ini dimungkinkan karena kondisi psikologis calon ibu serta ada ketakutan akan rasa sakit saat melahirkan (*fear of childbirth*).²⁵ Namun, temuan ini berkebalikan dengan penelitian di Afrika yang menunjukkan proporsi seksio sesarea semakin meningkat seiring bertambahnya paritas.¹⁰ Paritas yang lebih tinggi terkait dengan risiko komplikasi dalam persalinan. Perbedaan ini dimungkinkan karena tingginya proporsi persalinan seksio elective di Indonesia.⁸

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa persalinan seksio sesarea cenderung dilakukan oleh ibu dengan bekerja dan memiliki tingkat pendidikan tinggi. Hal ini dimungkinkan karena status pekerjaan sering dikaitkan dengan tingkat sosial ekonomi, sehingga akan sangat berpengaruh pada jenis pelayanan kesehatan yang dipilih. Pada wanita yang bekerja, kemungkinan besar mereka lebih mandiri secara ekonomi karena mempunyai penghasilan sendiri. Pada ibu berpendidikan tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik sehingga memiliki kemampuan mengambil keputusan sendiri untuk proses persalinannya.

Hasil analisis multivariat juga menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan berhubungan dengan persalinan seksio sesarea. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di Jakarta²⁶ dan China.²⁴ Beberapa studi telah membuktikan adanya pengaruh kepemilikan asuransi terhadap peningkatan operasi caesar, terutama di negara yang memberlakukan “*blanket insurance*” untuk semua penduduknya.³ Di Indonesia, dengan adanya BPJS Kesehatan yang telah diberlakukan maka seluruh penduduk akan dijamin untuk mendapat pelayanan kesehatan perorangan yang diperlukan, termasuk didalamnya persalinan seksio sesarea.

KESIMPULAN

Proporsi persalinan seksio caesarea di Indonesia memiliki kecenderungan semakin meningkat yang diiringi dengan semakin lebarnya kesenjangan antara sosial ekonomi terkaya dan termiskin. Ibu dengan status ekonomi miskin memiliki proporsi persalinan seksio sesarea rendah sedangkan ibu dengan status ekonomi

terkaya memiliki proporsi yang sangat tinggi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persalinan seksio sesarea antara lain komplikasi kehamilan dan persalinan, kehamilan pertama, kelahiran kembar, kepemilikan jaminan kesehatan, usia ibu diatas 35 tahun, status sosial ekonomi tinggi dan tinggal di perkotaan.

Oleh sebab itu, perlu memastikan bahwa ibu hamil yang miskin dengan kasus komplikasi memiliki akses persalinan seksio sesarea serta meningkatkan kewaspadaan persalinan seksio sesarea tanpa indikasi medis khususnya pada ibu dengan status ekonomi kaya. Selain itu, perlu adanya promosi kesehatan terkait efek samping persalinan seksio sesarea tanpa indikasi medis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Macro International yang telah mengizinkan penggunaan data SDKI 2012 dalam penelitian ini. Selain itu ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Dr. dr. Julianty Pradono, MKes yang telah memberikan masukan selama penulisan artikel ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
2. The World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015
3. Suryati T. Persentase operasi caesaria di Indonesia melebihi standard maksimal, Apakah sesuai indikasi medis? *Bul Penelit Sist Kesehatan*., 2014;15:331–8.
4. Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), ICF International. Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International; 2013.
5. Depkes RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Depkes RI; 2010.
6. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is

- associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010;8(71):1–10.
7. Ecker J. Elective cesarean delivery on maternal request. *Jama.* 2013;309(18):1930–6.
 8. Andayasari L, Muljati S, Sihombing M, Arlinda D, Opitasari C, Fajar D, et al. Proporsi seksio sesarea dan faktor yang berhubungan dengan seksio sesarea di Jakarta. *Bul Penelit Kesehat.* 2015;43(2):105–16.
 9. The Royal Australia and New Zealand College of Obstetrician and Gynaecologist. *Caesarean Delivery on Maternal Request (CDMR).* 2016.
 10. Gebremedhin S. Trend and socio-demographic differentials of Caesarean section rate in Addis Ababa, Ethiopia: analysis based on Ethiopia demographic and health surveys data. *Reprod Health.* 2014;11(1):14.
 11. Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The Relationship Between Socioeconomic Status and the Prevalence of Elective Cesarean Section in Nulliparous Women in Niknafs Teaching Centre in Rafsanjan, Iran. *Women’s Heal Bull.* 2014;1(2):1–5.
 12. Siti Maisyaroh Fitri Siregar R, Jemadi. Karakteristik ibu bersalin dengan sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Pirngadi Medan Tahun 2011-2012. *J Gizi, Kesehat Reproduksi dan Epidemiol.* 2013;2(5).
 13. David W. Hosmer, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression, 3rd Edition.*s.n: Wiley; 2013.
 14. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Glmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: A worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(5):745–53.
 15. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *Jama [Internet].* 2015;314(21):2263–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26624825> [Cited 2017 Feb 15].
 16. Suparmi, Basuki B. Signs or symptoms of complications in pregnancy and risk of caesarean section : an Indonesia national study. *Heal Sci J Indones.* 2011;2(2):71–6.
 17. Leeb K, Baibergenova A, Wen E, Webster G, Zelmer J. Are there socio-economic differences in caesarean section rates in Canada? *Healthc policy.* 2005;1(1):48–54.
 18. Feng XL, Xu L, Guo Y, Ronsmans C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ.* 2012;90(1):30–9.
 19. Cavallaro FL, Cresswell JA, França VA, Victora CG, Barros JD. Trends in Caesarean Delivery by Country and Wealth Quintile : Cross-sectional Surveys in Southern Asia and sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ.* 2015;91(August 2013):914–22.
 20. Borghi J, Bastus S, Belizan M, Carroli G, Hutton G, Fox-Rushby J. Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. *Salud Publica Mex.* 2003;45(1):27–34.
 21. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, Mandell K, Chatterjee D, Wakeel F, et al. Determinants of Cesarean Delivery in the US: A Lifecourse Approach. *Matern Child Health J.* 2014;19(1):84–93.
 22. Sihombing M, Andayasari L. Determinan persalinan seksio sesarea pasien kelas tiga di dua rumah sakit di jakarta tahun 2011. *J Kesehat Reproduksi.* 2015;6(3):173–81.
 23. Cresswell JA, Campbell OMR, De Silva MJ, Slaymaker E, Filippi V. Maternal obesity and Caesarean delivery in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Heal [Internet].* 2016;21(7):879–85. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/tmi.12713> [Cited 2017 Feb 10].
 24. He Z, Cheng Z, Wu T, Zhou Y, Chen J, Fu Q, et al. The Costs and Their Determinant of Cesarean Section and Vaginal Delivery: An Exploratory Study in Chongqing Municipality, China. *Biomed Res Int [Internet].* 2016;2016(Figure 1):1–9. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/5685261/> [Cited 2017 Maret 12].
 25. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 2014;14(1):275. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-275> [Cited 2017 Maret 26].
 26. Anggraini AB, Andayasari L. Sources of funding for caesarean section in two hospitals in Jakarta. *Heal Sci J Indones.* 2013;4(2):93–7.