

**(ANALISIS LANJUT DATA RISKESDAS 2010)
PERSENTASE OPERASI CAESARIA DI INDONESIA MELEBIHI
STANDARD MAKSIMAL, APAKAH SESUAI INDIKASI MEDIS?**

**(Percentage of Sectio Caesaria in Indonesia is Passed the Maximum
Standard, is it in accordance to Medical Indication)**

Tati Suryati¹

ABSTRACT

Background: WHO establish Caesaria labor indicators 5–15% for every country, when it is not an indication Caesaria surgery can increase the risk of morbidity and mortality for the mother and baby. Based on data RISKESDAS in 2010, the rate of caesarean deliveries in Indonesia 15.3%. The sample of 20 591 women who gave birth within the last 5 years that were interviewed in 33 provinces. **Methods:** Further analysis carried out to investigate the characteristics of mothers as well cesarean surgery risk factors that accompany them during pregnancy or childbirth. Data analysis using SPSS with multiple logistic regressions. **Results:** The results of statistical analysis using the “test chi-square (x²), the acquisition value of the probability (p) with a significance level ($\alpha < 5\%$). Cesarean figure in Indonesia has passed a maximum limit of WHO standards. An overview mother Caesarean surgery; 64.52% reside in the city, maternal education 50.25% passed the junior high school, and 47.5% in the poor quintiles (1 and 2), and approximately 72% of family heads jobs informal sector (farmers/laborer/not working). Approximately 38% of mother’s cesarean surgeries were primiparous, 75% not at high risk age for normal vaginal deliveries (less than 20 years old or over 35 years). 80% of mothers in the section also do not have a history of fetal death and those with signs of complications during pregnancy only 15.4%. An overview the risk factors for mother at delivery/surgery Caesaria were; only 13.4% due to premature rupture of membranes, also pre-eclampsia only 5.49%, and 5.14% had bleeding, 4.40% due to the birth canal closed, and 2.3% due to the uterus tear.

Key words: woman, caesaria, labor

ABSTRAK

Latar Belakang: WHO menetapkan indikator persalinan caesaria 5–15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi caesaria dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2010, tingkat persalinan caesar di Indonesia 15,3% Sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancara di 33 provinsi. **Metode:** Analisis lanjut dilakukan untuk mengetahui karakteristik ibu yang dioperasi caesar serta faktor risiko yang menyertai ibu saat kehamilan atau persalinan. Analisis data dengan menggunakan perangkat lunak SPSS dengan uji regresi logistik ganda. **Hasil:** Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji “chi square (x²), perolehan nilai probabilitas (nilai p) dengan tingkat signifikansi ($\alpha < 5\%$). Angka tindakan operasi caesar di Indonesia sudah melewati batas maksimal standard WHO. Gambaran ibu yang dioperasi caesar; 64,52% bertempat tinggal di kota, 50,25% pendidikan ibu lulus SLTP ke bawah, dan 47,5% pada penduduk miskin (kuintil 1 dan 2), dan sekitar 72% pekerjaan kepala keluarga di sektor informal (petani/buruh/tidak bekerja). Sekitar 38% ibu yang dioperasi caesar adalah anak pertama/primipara, 75% ibu caesar bukan pada usia yang berisiko tinggi untuk persalinan normal melalui vagina (kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun). 80% ibu yang di caesar juga tidak mempunyai riwayat janin meninggal, dan yang mempunyai tanda komplikasi selama kehamilan hanya 15,4%. Gambaran adanya faktor risiko ibu saat melahirkan/

¹ Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Percetakan Negara 23 A Jakarta 10560
Alamat korespondensi: E-mail: tsuryati@yahoo.com

dioperasi caesaria adalah; hanya 13,4% karena ketuban pecah dini, juga hanya 5,49% pre-eklamsi dan 5,14% mengalami perdarahan, 4,40% karena jalan lahir tertutup, dan 2,3% karena rahim sobek.

Kata kunci: perempuan, caesaria, persalinan

Naskah Masuk: 17 September 2012, Review 1: 19 September 2012, Review 2: 20 September 2012, Naskah layak terbit: 30 Oktober 2012

PENDAHULUAN

Bagi seorang wanita melahirkan adalah pengalaman yang mendalam dan tak terlupakan. Seringkali persalinan digambarkan dengan perasaan kegembiraan atas suatu prestasi, meskipun pengalaman wanita lain termasuk trauma, takut, atau sakit yang sampai meregang nyawa. Cara wanita melahirkan, baik normal atau dengan operasi caesaria, kemungkinan akan berdampak pada jiwa mereka. Dalam beberapa tahun terakhir kecenderungan pilihan melahirkan dengan operasi caesaria meningkat di berbagai negara. Adanya peningkatan pilihan melahirkan dengan operasi caesaria di seluruh dunia, telah menjadi sorotan dan masalah kesehatan masyarakat di dunia. Tahun 2007 diperkirakan 15% dari kelahiran di seluruh dunia terjadi dengan operasi caesaria. Di negara berkembang, proporsi kelahiran dengan cara caesaria berkisar 21,1% dari total kelahiran yang ada, sedangkan di negara maju hanya 2%.¹ Awalnya badan kesehatan dunia WHO menetapkan indikator caesaria 15% untuk setiap negara, dan tidak dibedakan antara negara maju atau berkembang, atau negara dengan angka kematian ibu/bayi rendah atau tinggi.² Pada tahun 1994 indikator tersebut diperbaiki menjadi kisaran 5–15% (*WHO Indicator To Monitor Maternal Health Goal, 1994*)³. Di China tingkat operasi caesaria meningkat drastis dari 3,4% tahun 1988 mencapai 39,3% tahun 2008⁴, bahkan data *WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2008* menunjukkan 46,2%⁵. Meskipun tarif operasi caesar meningkat lebih tiga kali lipat di semua wilayah di China, namun peningkatan operasi caesaria tetap terjadi. Bahkan di kalangan perempuan perkotaan 64,1% dari seluruh kelahiran dengan caesaria.⁴ Menurut studi *The SEA ORCHID (South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing countries)* dengan sumber data dari fasilitas kesehatan, proporsi tindakan operasi caesaria di Asia yang diwakili 9 negara sebesar 27,3% dan di Asia Tenggara sebesar 27%.⁶ Data Survey Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan

operasi caesaria di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3–6,8%. Persalinan caesaria di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11% vs 3,9%.⁷ Walaupun cenderung banyak menjadi pilihan, namun harus dipahami bahwa operasi caesaria tetap merupakan prosedur pembedahan disertai dengan sayatan perut dan rahim, yang dapat mengakibatkan timbulnya jaringan parut dan perlengketan pada bekas lukanya. Beberapa studi membuktikan adanya peluang terjadi peningkatan masalah pada kehamilan berikutnya baik untuk ibu dan bayinya.

Tahun 2005 WHO melakukan suatu study kohort prospektif kesehatan ibu dan perinatal, pada 410 fasilitas kesehatan dari 24 daerah di delapan negara Amerika Latin yang dipilih secara acak. Hasilnya diketahui bahwa ibu yang menjalani persalinan caesaria terbukti secara bermakna meningkatkan maternal morbiditas dibandingkan persalinan normal, risiko pada operasi caesaria yang direncanakan/elektif lebih besar dari pada caesaria intrapartum dengan nilai OR 2,3 (95% CI: 1,7–3,1) vs OR 2,0 (95% CI: 1,6–2,5). Risiko yang mengancam jiwa ibu seperti *plasenta accreta* dan histerektomi darurat pada saat persalinan, hanya 0,13% setelah ibu menjalani dua kali caesaria. Namun risiko meningkat setelah empat kali caesaria menjadi 2,13%, dan setelah enam kali operasi atau lebih menjadi 6,74%. Selain itu risiko penggunaan antibiotik pasca melahirkan lima kali lipat dari persalinan vagina. Di negara berkembang persalinan caesaria juga meningkatkan *infant morbidity* dan *mortality*^{5,8,9}. Pada kasus presentasi kepala kasus caesaria inpartu, risiko bayi untuk tinggal di NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) lebih dari 7 hari lebih besar (OR 2.1 (95% CI.1.8– 2.6)) dari pada caesaria yang direncanakan/dengan operasi elektif (OR 1.9 (95% CI.1.6–2.3)). Risiko kematian bayi pada saat keluar rumah sakit untuk caesar inpartu lebih rendah (OR1.7 (95% CI.1.3–2.2)) dari pada caesaria yang direncanakan (OR 1.9 (95% CI.1.5–2.6)). Angka risiko tersebut bahkan masih tinggi setelah semua kelahiran kasus sesar dengan gawat janin di eliminasi. Jadi persalinan caesaria

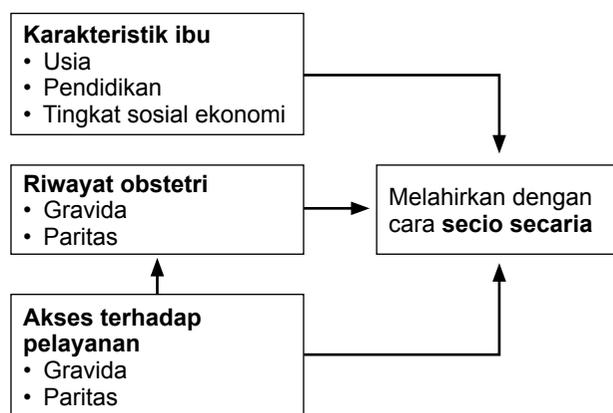
dengan kasus presentasi kepala, dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas bayi, peningkatan risiko tinggal di NICU lama, namun tidak tampak pada kasus bayi sungsgang. Dengan presentasi sungsgang, persalinan caesar memiliki efek perlindungan yang bermakna untuk kematian janin, namun meningkatkan risiko morbiditas yang berat pada ibu.⁵ Operasi caesar menjadi lebih aman seiring perkembangan dunia kedokteran, antara lain teknik anestesi dan bedah yang membaik, juga dengan penggunaan obat pascaoperasi untuk memerangi peningkatan risiko infeksi dan pembekuan darah pada ibu. Namun di lain sisi ada catatan yang menunjukkan kecenderungan tingginya operasi caesar yang dilakukan di rumah sakit tanpa indikasi klinis yang spesifik.¹⁰

Data WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health di 23 negara, menunjukkan tingkat kelahiran caesaria tanpa indikasi medis berkisar antara 0,01–2,10%, bahkan di China mencapai 11,6%.⁵ Bedah caesaria sepatutnya disarankan ketika proses kelahiran melalui vagina berpotensi menyebabkan risiko bagi sang ibu atau si bayi. Bahkan alasan pemilihan yang disebabkan operasi caesaria pada kelahiran sebelumnya, menurut National Collaborating Centre for Women's and Children Health dan Royal Colege of Obs-tetricians & Gynaecologists Amerika, bukan merupakan indikasi. Dulu dokter mengkhawatirkan operasi caesar dengan "cara klasik", menyebabkan luka bekas sayatan pisau mudah sobek karena perlengketan jaringan dan menyebabkan perdarahan, maka diwajibkan untuk melakukan operasi caesar untuk semua kelahiran berikutnya. Namun dengan suatu penelitian klinis dibuktikan bahwa dengan sayatan yang lebih rendah, tidak menyebabkan luka bekas sayatan mudah sobek ataupun perdarahan.¹¹ Studi yang dilakukan di Asia Tenggara menunjukkan tingginya kematian ibu akibat caesar karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kondisi jalan lahir pascacaesar yang direncanakan, dan penatalaksanaan persalinan normal. Sebagai penyebabnya ditengarai kurangnya pengetahuan dan pelatihan tenaga kesehatan profesional di negara berkembang untuk menginformasikan, serta merekomendasikan persalinan normal melalui vagina.^{12,13}

Riskesdas tahun 2010 telah menghasilkan serangkaian informasi situasi kesehatan berbasis komunitas yang spesifik, antara lain berkaitan indikator kesehatan anak dan ibu (MDG 4 dan 5). Tujuan dari

tulisan ini adalah mengetahui karakteristik ibu yang melakukan operasi caesaria di Indonesia berdasarkan data bersumber komunitas RISKESDAS 2010, serta faktor penyulit apa yang terjadi pada ibu selama kehamilan atau persalinan yang berhubungan dengan pemilihan persalinan dengan cara operasi caesaria.

Kerangka Konsep



METODE

Studi ini merupakan analisis data sekunder Risert Kesehatan Dasar tahun 2010, yang merupakan data survey di komunitas dengan metode potong lintang, dari 33 provinsi dan 440 kabupaten/kota, meliputi 69.300 sampel rumah tangga. Teknik pengambilan data dengan cara wawancara menggunakan instrumen terstruktur.

Populasi dalam studi ini adalah seluruh perempuan di Indonesia yang melahirkan anak pada periode 1 Januari 2005 sampai Agustus tahun 2010. Sampel seluruh responden wanita yang melahirkan anak terakhir/diwawancarai dengan operasi caesaria. Variabel yang dianalisis meliputi anak terakhir yang dilahirkan dengan secio saecaria, dengan variabel karakteristik ibu antara lain: tempat tinggal, umur, pendidikan yang ditamatkan, tingkat sosial ekonomi keluarga dan pekerjaan kepala keluarga. Variabel riwayat paritas meliputi: jumlah anak, urutan kelahiran. Riwayat gravida meliputi ada tanda bahaya (komplikasi) selama kehamilan, meliputi variabel; mules yang kuat & teratur lebih sehari semalam, perdarahan, suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau dan kejang-kejang. Sedangkan tanda komplikasi pada saat melahirkan variabel yang dianalisis meliputi; perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi (bengkak pada tungkai & darah tinggi/kejang), rahim sobek, jalan lahir

tertutup, ketuban pecah dini (> 6 jam sebelum lahir), hamil di luar rahim.

Analisis data dengan menggunakan perangkat lunak SPSS dengan uji regresi logistik ganda. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi square* (χ^2), perolehan nilai probabilitas (nilai *p*) dengan tingkat signifikansi ($\alpha < 5\%$). Untuk dapat menggambarkan populasi yang sebenarnya, sebelum analisis terlebih dahulu data dilakukan pembobotan.

HASIL

Jumlah perempuan hamil melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai, sebanyak 20.591 orang, diketahui rentang usia 10–54 tahun. Dari seluruh ibu melahirkan yang diwawancarai, sebanyak 15,3% (3.154 orang) melahirkan anak terakhirnya dengan operasi caesaria. Variabel karakteristik ibu yang berhubungan dengan caesaria adalah pendidikan, pekerjaan kepala rumah tangga, tempat tinggal (kota/desa) dan tingkat pengeluaran perkapita ($p < 0,05$).

Sebagian besar ibu yang dioperasi caesar bertempat tinggal di kota (64,52%), jika dibandingkan dengan lokasi tempat tinggal maka hanya 19,3% penduduk kota yang melahirkan dengan operasi caesar dan 11% di desa. Perbandingan latar belakang pendidikan antara yang berpendidikan tinggi dan rendah hampir seimbang. Sebagian besar ibu yang dioperasi caesar dengan kondisi kepala keluarga tidak bekerja, hanya 27% yang mempunyai pekerjaan tetap/formal. Berdasarkan gambaran tingkat sosial ekonomi, sebagian besar ibu yang dioperasi (53,5%) termasuk dalam katagori miskin (kuintil 1–3).

Sebagai perbandingan gambaran operasi caesar di Asia yaitu China, tahun 2008 sebanyak 64,1% perempuan perkotaan melahirkan melalui operasi caesaria dan 75% merupakan kelahiran anak pertama (primipara). Sebagian besar perempuan yang dioperasi caesaria berpendidikan tinggi dan kelompok ekonomi kaya (RR: 3.63, 95% CI: 2.61–5.04). Dalam analisis yang telah disetarakan diketahui pula bahwa pendidikan tetap menjadi penentu yang signifikan terhadap pemilihan operasi caesar, sedangkan penghasilan dan asuransi kesehatan tidak. Adanya kebijakan satu anak pada tahun 1979, ditengarai telah berkontribusi secara tidak langsung meningkatnya angka operasi caesar. Karena banyak orang tua yang berharap hanya memiliki satu anak, maka risiko medis

Tabel 1. Sebaran Karakteristik Ibu yang Melahirkan Anak Terakhir dengan Caesaria Periode 1 Januari 2005 sampai Akhir 2010 di Indonesia, RISKESDAS 2010

	n	%	p
Tempat tinggal:			0,000
Kota	2.035	64,52	
Desa	1.119	35,48	
Pendidikan ibu:			0,000
Lulus SLTA/perguruan tinggi	1.569	49,75	
Lulus SLTP ke bawah	1.585	50,25	
Pekerjaan kepala keluarga:			0,000
TNI/POLRI/PNS	356	11,28	
Wiraswasta	496	15,72	
Sekolah	23	0,73	
Petani/nelayan/buruh	380	12,04	
Tidak bekerja/lainnya	1.900	60,22	
Tingkat pengeluaran per kapita			0,000
Kuintil 1	469	14,9	
Kuintil 2	564	17,9	
Kuintil 3	648	20,5	
Kuintil 4	709	22,5	
Kuintil 5	769	24,2	

akibat adanya pengulangan operasi caesar jadi kecil, sehingga caesaria dipandang menjadi pilihan metode persalinan yang aman di China.⁴

Gambaran ibu yang dioperasi sebagian besar (74,98%) bukan pada usia yang berisiko tinggi (melahirkan di usia kurang dari 20 tahun atau 35 tahun lebih) atau berindikasi medis dilakukannya operasi caesaria. Sebagian besar ibu yang dioperasi caesar pernah melahirkan sebelumnya (mempunyai anak 2–3 orang), dan sebagian besar ibu (80,37%) tidak memiliki riwayat janin meninggal sebelumnya.

Sebagian besar ibu yang dioperasi caesar (84,6%) juga tidak mengalami tanda komplikasi selama kehamilan. Dari sub-variabel komplikasi kehamilan yang ada, hanya variabel perdarahan yang tidak berhubungan dengan pemilihan operasi ($p > 0,05$), walaupun terlihat 32,4% ibu yang dioperasi caesar ada tanda perdarahan selama kehamilannya. Tanda komplikasi selama kehamilan yang tampak dalam data RISKESDAS 2010 lain adalah adanya mules sebelum 9 bulan (30,5%) demam (13,6%) dan kejang (9,7%). Jika data RISKESDAS memuat cara persalinan anak yang dilahirkan sebelumnya, maka dapat diketahui berapa banyak ibu yang melakukan operasi caesar berulang. Hasil studi ORCHID di Asia Tenggara menunjukkan,

alasan terbanyak (7%) dilakukan operasi caesar adalah karena kelahiran sebelumnya juga dengan caesar⁶ dan ini tidak sesuai dengan indikasi medis. Data survey global kesehatan perinatal tahun 2007–2008 oleh WHO di 9 negara Asia menunjukkan, kemungkinan pengangkatan rahim/histrektomy wanita yang kelahiran sebelumnya juga dengan caesar, lima sampai tujuh kali dibandingkan yang lahir spontan melalui vagina (OR: 5,8–6,9).⁵ Para peneliti juga membuktikan, kemungkinan kematian ibu bersalin melalui vagina dengan bantuan (*forcep/vacum*) dan caesaria tiga kali dibandingkan jika persalinan melalui vagina secara spontan (rasio odds, 3,1).⁹

Berdasarkan data RISKESDAS 2010, faktor risiko yang menyertai ibu saat operasi caesaria adalah; perdarahan, preeklamsia, rahim sobek, jalan lahir tertutup dan ketuban pecah dini, sedangkan hamil di luar rahim tidak ($p > 0,05$). Faktor risiko ibu yang tampak saat melahirkan dengan operasi caesar yang paling banyak (13,14%) adalah ketuban pecah dini dan yang paling sedikit (2,3%) adalah rahim sobek. Pada studi SEA ORCHID di tahun 2006, gambaran komplikasi kehamilan operasi caesar untuk Indonesia yang sesuai dengan indikasi *National Collaborating Centre for Women's and Children Health (NCCWCH)* adalah: mal presentasi (5,5%), pengalaman caesar sebelumnya (4,5%), cephalopelvic disproportion (3,8%), lahir gagal maju (3,4%) dan fetal distress (3,3%). Alasan komplikasi kehamilan seperti pre-eklamsia dan perdarahan antepartum bukan menjadi alasan utama dilakukan caesaria, dan ibu kehilangan darah > 500 ml hanya 4%. Secara umum gambaran hasil

Tabel 2. Gambaran Faktor Risiko Selama Kehamilan pada Ibu dengan Operasi Caesaria, RISKESDAS 2010

	n	%	p
Umur berisiko (< 20 th/35 th +)	789	25,02	0,011
Urutan kelahiran: 1	1222	38,7	0,000
2–3	1513	48,0	
4–5	322	10,2	
6 +	95	3,0	
Riwayat janin meninggal	619	19,62	0,000
Ada tanda komplikasi selama kehamilan:	485	15,4	0,000
Mules sebelum 9 bulan	148	30,5	0,000
Perdarahan	157	32,4	0,428
Demam	66	13,6	0,010
Kejang atau pingsan	47	9,7	0,033

Tabel 3. Gambaran Faktor Risiko Ibu saat Melahirkan dengan Operasi Caesaria, RISKESDAS 2010

	n	%	p
Faktor risiko saat melahirkan:			
Perdarahan	160	5,14	0,000
Pre-eklamsi	170	5,49	0,000
Rahim sobek	70	2,3	0,023
Jalan lahir tertutup	136	4,40	0,000
Ketuban pecah dini	407	13,14	0,000
Hamil di luar rahim	9	0,29	0,054

studi dari 4 negara ASEAN tersebut menyimpulkan sebagian besar alasan dilakukan caesar tidak sesuai dengan indikasi medis.⁶ Harus dicermati pula bahwa dalam studi tersebut data Indonesia bersumber dari 2.086 kasus yang diambil dari catatan rekam medik pada 2 rumah sakit (rumah sakit rujukan/pendidikan dan rumah sakit kabupaten).

PEMBAHASAN

Gambaran persentase ibu yang dioperasi caesar di Indonesia tahun 2010 sudah melampaui standard maksimal WHO (15,3% vs 15%). Peningkatan tersebut sangat tinggi jika dibandingkan dengan data bersumber komunitas Survei Demografi Kesehatan Indonesia/SDKI tahun 2007 yaitu sebesar 6,8%.^{7,14} Dari analisis data SDKI terbukti saat sebelum krisis (1991–1997) kecenderungan operasi caesar pada kelompok sosial ekonomi penduduk kaya (kuintil 4) meningkat 5% per tahun, dan pada kuintil 5 peningkatannya 10% per tahun. Saat setelah krisis (1998–2002) kecenderungan peningkatan pada kuintil 5 tidak berubah sementara di kuintil 4 terjadi penurunan. Sementara pada kelompok sosek miskin (kuintil 1, 2 dan 3) tidak terjadi perubahan angka persalinan dengan operasi caesar yaitu kurang dari 1%. Diprediksi adanya penempatan 50.000 bidan terlatih di desa tahun 1996 telah meningkatkan akses perawatan obstetrik darurat. Karenanya semakin banyak ibu risiko tinggi terdeteksi, maka rujukan ke tenaga kesehatan profesional juga semakin meningkat.¹⁴

Gambaran persentase operasi caesar berbasis fasilitas kesehatan di Indonesia juga tinggi, data Ditjen Yanmedik tahun 2008 menunjukkan 29,9% dari seluruh persalinan yang ada.¹⁵ Angka tersebut mendekati data studi *the SEA ORCHID* berbasis

fasilitas kesehatan, dengan caesar rate untuk Asia Tenggara sebanyak 27%⁶. Tingginya persalinan dengan operasi caesar telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Seringkali, faktor non-klinis memainkan peran penting dalam pemilihan persalinan dengan caesaria, antara lain kepemilikan dan jenis asuransi selain status sosial ekonomi, ras, dan karakteristik fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia^{16,17}.

Jika data RISKESDAS 2010 memuat data cara pembayaran persalinan anak terakhir, maka dapat dianalisis apakah peningkatan angka operasi caesar berhubungan dengan adanya asuransi kesehatan bagi masyarakat Indonesia yang kurang mampu sejak 1997. Sangat menggembirakan bahwa 47,5% ibu yang dioperasi caesar termasuk kelompok sosial ekonomi miskin (kuintil 1,2) dan 38,4% ibu yang caesar bertempat tinggal di desa. Bahkan lebih 70% kepala keluarga ibu yang dioperasi caesar tidak bekerja atau bekerja di sektor informal rendah. Studi di 2 kabupaten Jawa Barat tahun 2005 menunjukkan, walaupun biaya persalinan termasuk operasi caesar termasuk yang ditanggung asuransi kesehatan bagi masyarakat kurang mampu, namun hasil analisis studi tersebut membuktikan pelayanan persalinan/ operasi caesar di masyarakat miskin yang ada tidak ditanggung asuransi^{14,19}. Beberapa studi telah membuktikan adanya pengaruh kepemilikan asuransi terhadap peningkatan operasi caesar, terutama di negara yang memberlakukan “*blanket insurance*” untuk semua penduduk-nya. Pemerintah Indonesia telah mengundang UU no 24 tahun 2011 tentang BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) tanggal 25 November 2011. Pasal 60 ayat (1) UU BPJS menetapkan bahwa; PT. ASKES (Persero) akan berubah menjadi satu-satunya BPJS Kesehatan, dan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 secara semesta tanpa terkecuali. Maka seluruh penduduk akan dijamin untuk mendapat pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Jika sebelum diberlakukan sistem “*blanket insurance*” saja angka operasi caesar sudah tinggi, akankah kecenderungan operasi caesar di Indonesia semakin meningkat? Untuk menghindari hal tersebut pemerintah harus membuat payung hukum yang bersifat operasional bagi penyelenggaraan program jaminan kesehatan,

sehingga tidak disalahgunakan. Berdasarkan data SDKI tahun 2007 sebagian besar (70%) operasi caesar dilakukan di fasilitas kesehatan swasta.⁷ Agar pelayanan kepada peserta lebih memuaskan, ke depan BPJS harus memperbaiki kerja samanya dengan fasilitas kesehatan, terutama sehubungan dengan kualitas pelayanan dan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan^{20,21}. Taiwan adalah salah satu negara yang telah berhasil menjalankan asuransi kesehatan semesta dengan cara *single payer*. Studi tentang hubungan karakteristik fasilitas pelayanan kesehatan dengan operasi caesar menunjukkan; kemungkinan kelahiran dengan caesar sama di seluruh rumah sakit, sedangkan katagori dan kepemilikan rumah sakit tidak berpengaruh terhadap tingginya operasi caesar. Namun pada klinik OBSGYN swasta yang kecil (tempat tidur < 10) justru tinggi dibandingkan semua kategori rumah sakit (OR 17-25). Tindakan operasi caesar di Taiwan 32,3% dari seluruh kelahiran¹⁸.

Berdasarkan data RISKESDAS 2010, hanya sebagian kecil ibu yang dioperasi caesar menunjukkan adanya tanda risiko tinggi berdasarkan; umur saat mengandung ataupun adanya riwayat janin meninggal sebelumnya. Bahkan hanya 19,62% ibu yang dioperasi ada tanda komplikasi selama kehamilan, dan tanda komplikasi kehamilan yang paling banyak adalah mules sebelum 9 bulan, demam, kejang atau pingsan, sedang perdarahan tidak berhubungan ($p > 0,05$). Menurut standard National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH) with The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), indikasi utama untuk dilakukan caesar adalah; adanya mal presentasi, ketidak seimbangan ukuran kepala janin dan panggul ibu (*cephalopelvic disproportion*), serta gawat janin⁶. Sementara gambaran faktor risiko ibu pada saat melahirkan caesar berdasarkan RISKESDAS 2010 menunjukkan; sebagian besar ibu dengan tanda ketubah pecah dini, selanjutnya pre-eklamsi, perdarahan, jalan lahir tertutup dan rahim sobek. Preferensi ibu merupakan hal yang paling dominan sebagai alasan pemilihan persalinan dengan cara caesaria, karena seringkali dianggap sebagai prosedur yang aman dan nyaman. Selain itu adanya pendapat dokter yang juga cenderung menganggap prosedur operasi caesar sebagai sesuatu yang rutin, relatif aman dan nyaman (jadwal operasi dapat diatur), serta kecil kemungkinan menimbulkan komplikasi berupa jaringan parut dan risiko tuntutan

hukum.¹¹ Berbagai studi telah membuktikan kerugian akibat tindakan operasi caesar yang tidak sesuai dengan indikasi. Bahkan alasan operasi caesar untuk menghindari penularan virus hepatitis C (HVC) dari ibu, juga tidak terbukti mengurangi penularannya ke bayi selama persalinan dan kelahiran.²² Sosialisasi bagi masyarakat tentang pentingnya melahirkan secara normal melalui vagina, dan peningkatan kemampuan tenaga penolong persalinan, harus terus dikembangkan untuk membantu menekan morbiditas dan mortalitas ibu dan anak. Sehingga pencapaian target MDG 4 dan 5 di Indonesia dapat lebih cepat terwujud.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Angka tindakan operasi caesar di Indonesia sudah melewati batas maksimal standard WHO. Gambaran ibu yang dioperasi caesar; sebagian besar ibu yang dioperasi bertempat tinggal di kota, 50,25% pendidikan ibu lulus SLTP ke bawah, dan 47,5% pada penduduk miskin (kuintil 1 dan 2), dan sekitar 72% pekerjaan kepala keluarga di sektor informal (petani/buruh/tidak bekerja).

Sekitar 38% ibu yang dioperasi caesar adalah primipara, 75% bukan pada usia yang berisiko tinggi untuk persalinan normal melalui vagina (kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun). 80% ibu yang di caesar juga tidak mempunyai riwayat janin meninggal, dan yang mempunyai tanda komplikasi selama kehamilan hanya 15,4%.

Gambaran adanya faktor risiko ibu saat dioperasi caesaria adalah; 13,4% karena ketuban pecah dini, 5,49% pre-eklamsi, 5,14% mengalami perdarahan, 4,40% karena jalan lahir tertutup, dan 2,3% karena rahim sobek.

Saran

Meningkatkan sosialisasi tentang bahaya tindakan persalinan caesaria yang tidak sesuai indikasi medis, khususnya pada wanita dewasa, para ibu dan juga calon ibu agar lebih memahami persalinan normal pervaginam.

Melakukan studi dampak persalinan caesar yang tidak sesuai indikasi medis di Indonesia sebagai evidence base kasus untuk kebijakan yang lokal spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

- AA.Oka Mahendra. *Universal coverage jaminan kesehatan sebuah solusi?* <http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/bpjs>, Martabat-www.jamsosindonesia.com, 29 May 2012
- Ana P. Betrán et al. *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates*, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-6.2007.00786.x/abstract/j.1365-3016.2007.00786.x>, Februari
- Appropriate technology for birth, PMID:2863457, [PubMed - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>] *Lancet*. 1985 Aug 24; 2(8452): 436-7
- Aron, Gordon, Di Giuseppe, Harper, Rosenthal, *Variations in risk-adjusted cesarean delivery rates according to race and health insurance, Medicare 2000* Jan; 38(1): 35–44.
- C Ronsmans, Scott, SN Qomariyah, E Achadi, Braunholtz, Marshall, E Pambudi, KH Witten, WJ Graham, *Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts*, *Bulletin of the WHO* 2009;87:416–423. doi: 0.2471/BLT.08.051581
- Chalmers B, *WHO appropriate technology for birth revisited*, World Health Organization, Maternal and Child Health, Copenhagen, Denmark, PMID:1420006 [PubMed - indexed for MEDLINE], *Br J Obstet Gynaecol*. 1992 Sep; 99(9): 709-10.
- David J Henderson-Smart, Pisake Lumbiganon, Mario R Festin, Jacqueline J Ho, Hakimi Mohammad, Steve J McDonald, Sally Green, *Optimising reproductive and child health outcomes by building evidence-based research and practice in South East Asia (SEA-ORCHID)*, 2007 doi:10.1186/1471-2288-7-43, <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/43>
- Du X, Chen YZ, Lei YL. *Indication changes of caesariaean section*. *Chin J Reprod Health* 2004. 15218–20.20In Chinese
- Duley L, Henderson-Smart D: *Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003:CD000128. DOI: 10.1002/14651858.CD000128
- Jennifer S. Haas, Steven Udvarhelyi, Arnold M. Epstein, *The Effect of Health Coverage for Uninsured Pregnant Women on Maternal Health and the Use of Cesarean Section*, *JAMA*. 1993; 270(1): 61–64.
- Laurel Hatt, Cynthia Stanton, Krystyna Makowiecka, Asri Adisasmita, E Achadi, Carine Ronsmans, *Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia?*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06.033472/en/index.html>
- Lin, Heng-Ching Xirasagar, Sudha, *Institutional Factors in Cesarean Delivery Rates: Policy and Research*

- Implications*, Obstetrics & Gynecology, January 2004 - Volume 103 - Issue 1 - pp 128-136
- Lumbiganon P et al., *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08*, *Lancet*, 2010, 375 (9713): 490–499
- McIntyre PG, Tosh K, McGuire W. *Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD005546. DOI: 10.1002/14651858.CD005546.pub2.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S: *Active versus expectant management in the third stage of labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007
- SJSN (*Sistem Jaminan Sosial Nasional*) > BPJS, <http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/bpjs>, martabat-ww.jamsosindonesia.com, 2012
- Statistik Rumah Sakit di Indonesia, Seri1, Kegiatan Pelayanan tahun 2009, DirJen Bina Pelayanan Medik, www.yanmedik.depkes.go.id
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al, *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesariaean delivery: multicentre prospective study*. *BMJ*. 2007 Nov 17; 335(7628): 1025.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al, *Caesariaean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*, Aug 12; 368 (9535): 580. *Lancet*. 2006
- WHO, Departement Of Making Pregnancy Safer, *Indonesia country profile*, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/countries/ino.pdf, September 2009
- Xing Lin Feng^a, Ling Xu^b, Yan Guo^a & Carine Ronsmans,, *Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008*, *Bulletin of the World Health Organization* 2012;90:30-39A. doi: 10.2471/BLT.11.090399
- Zoe Penn, Sadaf Ghaem-Maghani, *Indications for caesarean section*, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 15, No. 1, pp. 1 ± 15, 2001, doi:10.1053/beog.2000.0146, available online at <http://www.idealibrary.com> on