

# Peran Dokter Ahli Kebidanan dan Kandungan

## The Role of Obstetrician

Eflita Meiyetriani\* Budi Utomo\*\* Besral\*\* Budi Iman Santoso\*\*\* Sjarifah Salmah\*

\*Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UPN Veteran Jakarta, \*\*Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan FKM Universitas Indonesia, \*\*\*Departemen Obstetri dan Ginekologi FK Universitas Indonesia

### Abstrak

Salah satu bentuk medikalisasi kelahiran adalah angka persalinan *sectio caesarea* yang tinggi. Hasil beberapa studi menunjukkan bahwa dokter ahli kebidanan dan kandungan merupakan faktor penting yang menentukan persalinan yang dialami responden. Penelitian ini bertujuan menilai peran dokter ahli kebidanan dan kandungan dalam mengambil keputusan untuk melakukan *sectio caesarea* dibandingkan persalinan normal dengan mengontrol variabel sosiodemografi dan faktor risiko ibu. Penelitian dilakukan dengan metode *cross sectional* menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) DKI Jakarta. Populasi penelitian adalah wanita pernah kawin usia 15 – 44 tahun yang memiliki riwayat melahirkan 5 tahun terakhir sebelum survei dilakukan. Hasil penelitian menunjukkan pemilihan petugas pelayanan antenatal berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea*, tetapi hubungan ini tidak berdiri sendiri, terkait dengan pengaruh status ekonomi rumah tangga. Dari penelitian ini disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara responden yang memilih dokter ahli kebidanan dan kandungan sebagai petugas pelayanan antenatal dengan persalinan *sectio caesarea* yang juga dipengaruhi oleh status sosial ekonomi rumah tangga responden. Selain status sosial ekonomi, variabel yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah usia ibu, paritas ibu, pendidikan ibu, riwayat komplikasi kehamilan, dan riwayat perdarahan.

**Kata kunci:** *Sectio caesarea*, dokter ahli kebidanan dan kandungan, sosiodemografi, faktor risiko ibu

### Abstract

One of the birth medicalization form is the high number of *sectio caesarea* deliveries. Result of some studies shows that obstetrician is a factor which can determine the preference type of delivery. The purpose of this study is to assess the role of the obstetrician in order to make decision making in preference *sectio caesarea* delivery than vaginal delivery after controlled with sociodemographic factors and maternal risk factor. The study was a

cross sectional study using a quantitative approach. This study using secondary data which obtained from Indonesia Demographic and Health Survey 2007 with subset of the research is DKI Jakarta region. Population of this study was married women with age between 15 – 44 years old who has delivery history in term of 5 years before the survey. The study shows significant correlation between prenatal care workers with *sectio caesarea* delivery but this correlation also has an interaction with household economic status variables. There is significant correlation between respondent whose prenatal care with obstetrician with *sectio caesarea* delivery. This correlation also related with household economic status. Others variables related to *sectio caesarea* delivery beside social economic status are maternal age, parity, maternal education, complication during pregnancy history, and bleeding history.

**Key words:** *Sectio caesarea*, obstetrician, sociodemographic, maternal risk factor

### Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan bukan penyakit. Melahirkan bayi adalah peristiwa yang normal dalam kehidupan seorang wanita.<sup>1</sup> Istilah “normal” mendeskripsikan bahwa persalinan dan kelahiran telah umum digunakan selama bertahun-tahun. Namun, sejumlah penelitian dalam area layanan maternitas justru berpusat pada kemungkinan timbul masalah atau kondisi patologis. Penelitian terkini menunjukkan hanya sedikit persalinan yang tercatat sebagai “kelahiran spontan normal” yang terjadi tanpa serangkaian intervensi berteknologi.<sup>2</sup> Intervensi berteknologi ini ditunjukkan dengan semakin

Alamat Korespondensi: Eflita Meiyetriani, Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UPN Veteran Jakarta, Jl. RS Fatmawati Pondok Labu Jakarta Selatan 12450, Hp.085716275299, e-mail: eflita@gmail.com

banyak keterlibatan dokter dan rumah sakit pada kelahiran bayi.

Salah satu intervensi berteknologi yang dilakukan oleh dokter dan rumah sakit dalam proses persalinan adalah persalinan *sectio caesarea*. Persalinan *sectio caesarea* dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko komplikasi medis yang lain. Keadaan yang memerlukan persalinan *sectio caesarea* antara lain gawat janin, jalan lahir tertutup plasenta (*plasenta previa totalis*), persalinan macet, ibu mengalami hipertensi (*preeklamsia*), bayi dalam posisi sungsang atau melintang, serta terjadi perdarahan sebelum proses persalinan.

Seiring kemajuan zaman, timbul kekhawatiran tentang persalinan *sectio caesarea* yang semula dilakukan atas indikasi medis, tetapi pada kenyataannya dilakukan tanpa indikasi medis. Hasil studi di beberapa rumah sakit di China dan Taiwan menunjukkan peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* yang mencapai angka 70%. Para calon ibu tersebut melakukan persalinan *sectio caesarea* bukan karena bayi berisiko, tetapi hanya karena ingin mendapatkan jam atau hari kelahiran tertentu.<sup>3</sup> Beberapa alasan nonmedis lain adalah faktor kenyamanan dokter. Proses persalinan *sectio caesarea* dianggap oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan lebih singkat.<sup>4</sup> Selain itu, terdapat beberapa wanita yang meminta persalinan *sectio caesarea* karena tidak ingin mengalami nyeri pada persalinan normal.<sup>5</sup> Alasan lain adalah anggapan bahwa persalinan *sectio caesarea* lebih aman untuk ibu dan bayi dibandingkan dengan persalinan normal dan hal ini semakin dianggap umum di seluruh dunia.<sup>6</sup>

Kekhawatiran ini menjadi semakin kuat ketika hasil studi di berbagai negara dan kota besar di dunia sejak pertengahan tahun 1970-an menunjukkan peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* yang cukup pesat. Salah satunya, angka persalinan *sectio caesarea* di Inggris pada tahun 1970 adalah 4,5%. Namun, saat ini 1 dari 4 bayi yang dilahirkan adalah melalui persalinan *sectio caesarea*.<sup>7</sup> Rata-rata persalinan *sectio caesarea* di 9 negara Asia mencapai 27% sedangkan di negara Amerika Latin mencapai 35%.<sup>8</sup> Di Amerika, angka persalinan *sectio caesarea* mencapai 32%.<sup>9</sup> Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) di Indonesia pada kurun waktu tahun 1991 – 1997 menunjukkan kisaran angka *sectio caesarea* antara 1% – 4%. Angka *sectio caesarea* kemudian mencapai hampir dua kali lipatnya (7%) pada tahun 2007. Tahun 1985, *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa “*There is no justification for any region to have CS rates higher than 15%*”. Batas normal persalinan *sectio caesarea* yang direkomendasikan WHO adalah 10% – 15%.

Di Indonesia, angka persalinan *sectio caesarea* menunjukkan kecenderungan yang sama. Hasil SDKI pada

tahun 1991 sampai tahun 2007 mencatat angka persalinan *sectio caesarea* yang meningkat secara signifikan. Tahun 1991, jumlah persalinan *sectio caesarea* adalah 1,3%, meningkat menjadi 4,1% pada tahun 2003 dan 6,8% pada tahun 2007. Salah satu penyebab peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* adalah medikalisasi persalinan. Penggunaan antibiotik, penemuan alat canggih seperti *fetal monitoring*, *ultra sonography* (USG), perubahan *skill* tenaga kesehatan menyebabkan proses kelahiran yang dahulu alamiah lebih didominasi dan dipengaruhi oleh hal-hal yang bersifat medis sehingga terjadi pergeseran pola pelayanan kesehatan dalam proses persalinan.<sup>10</sup> Selain itu, banyak prosedur yang hanya bermanfaat bagi sejumlah kecil wanita diterapkan untuk setiap wanita hamil.<sup>1</sup>

Peranan faktor pelayanan kesehatan khususnya pelayanan antenatal sebagai pendorong meningkatnya persalinan *sectio caesarea* dibuktikan melalui hasil penelitian yang dilakukan oleh Hutabalian,<sup>11</sup> di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Swadana Tarutung. Hutabalian,<sup>11</sup> membuktikan bahwa pemeriksaan antenatal K1-K4, kualitas pelayanan antenatal, jangkauan pelayanan antenatal, dan petugas pelayanan antenatal ibu bersalin berpengaruh terhadap indikasi tindakan *sectio caesarea* dalam persalinan. Hasil penelitian di beberapa negara dan kota di dunia menunjukkan peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* khususnya pada ibu kalangan menengah ke atas. Hal ini mengindikasikan kemungkinan penyalahgunaan dalam persalinan *sectio caesarea* untuk mencari keuntungan atau menghindari risiko di fasilitas pelayanan kesehatan tanpa menyadari risiko ibu dan bayi yang dilahirkan. Penelitian ini memberikan kerangka yang dapat menjelaskan peran dokter ahli kebidanan dan kandungan dengan mempertimbangkan faktor sosiodemografi dan faktor risiko ibu terhadap persalinan *sectio caesarea*. Berdasarkan rumusan masalah ini kemudian timbul pertanyaan tentang peran dokter ahli kebidanan dan kandungan terhadap medikalisasi persalinan normal.

Tujuan penelitian ini adalah menilai peran dokter ahli kebidanan dan kandungan di Daerah Khusus Ibu Kota (DKI) Jakarta terhadap medikalisasi persalinan normal; mengetahui karakteristik sosiodemografi, status, dan perilaku kesehatan ibu yang bersalin dengan *sectio caesarea* dan bersalin normal; serta menilai pengaruh berbagai faktor sosiodemografi, status kesehatan, dan perilaku pencarian layanan kesehatan terhadap persalinan *sectio caesarea*.

#### Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional* dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan sumber data sekunder yang diperoleh dari data SDKI tahun 2007 di wilayah DKI Jakarta.<sup>12</sup> Besar sampel dalam penelitian adalah 747 re-

Tabel 1. Karakteristik Sosiodemografi Ibu Bersalin di DKI Jakarta

Karakteristik	Kategori	Persalinan (%)		
		Sectio Caesarea	Normal	Total
Umur	15 – 24 tahun	22,5	29,9	28,9
	25 – 34 tahun	68,8	57,6	59,2
	35 tahun ke atas	8,7	12,5	11,9
Pendidikan ibu	Tidak sekolah/tamat SD	9,2	26,1	23,7
	Tamat SLTP/SLTA	55,8	64,0	62,8
	Tamat lebih dari SLTA	35,0	9,9	13,5
Status sosial ekonomi rumah tangga	Kuintil 1	6,9	21,1	19,1
	Kuintil 2	11,8	21,6	20,2
	Kuintil 3	23,8	20,3	20,8
	Kuintil 4	20,8	20,2	20,3
	Kuintil 5	36,7	16,8	19,6
Paritas	1	46,0	38,8	39,4
	2 – 3	50,4	47,7	49,0
	Lebih dari 4	3,6	13,5	11,6
Riwayat komplikasi kehamilan	Tidak	79,1	94,1	91,0
	Ya	20,9	5,9	9,0
Riwayat hipertensi	Tidak	98,6	99,8	99,6
	Ya	1,4	0,2	0,4
Riwayat perdarahan	Tidak	56,9	66,6	60,4
	Ya	43,1	33,4	39,6
Riwayat kegagalan kehamilan	Tidak	93,2	94,1	93,1
	Ya	6,8	5,9	6,9
Petugas pelayanan antenatal	Dokter ahli kebidanan dan kandungan	32,1	17,6	24,9
	Bidan/tenaga kesehatan lain	67,9	82,4	75,1

sponden yang memiliki riwayat melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun sebelum survei dilakukan. Variabel independen dalam penelitian adalah persalinan *sectio caesarea*. Variabel independen utama adalah pemeriksaan kehamilan oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan. Variabel lainnya adalah faktor sosiodemografi (umur, pendidikan, dan status ekonomi rumah tangga) dan variabel faktor risiko (paritas, riwayat komplikasi kehamilan, perdarahan, aborsi, dan hipertensi).

## Hasil

Sebagian besar responden berusia 25 – 34 tahun yang mengindikasikan usia produktif. Pendidikan responden terbanyak adalah pendidikan SLTP dan SLTA diikuti SD dan perguruan tinggi. Hal yang sama ditemukan pada pendidikan suami, sebagian besar suami berpendidikan SLTP dan SLTA. Hampir 37% responden dari kuintil 5 melakukan persalinan *sectio caesarea*. Hampir 40% responden dengan paritas 1 diikuti oleh responden dengan paritas 2 – 3 sebanyak 49%. Proporsi responden yang ada riwayat komplikasi selama kehamilan adalah 9% dan hanya 0,42% responden mengalami hipertensi. Responden yang pernah mengalami riwayat perdarahan (40%) dan kegagalan kehamilan (7%). Hampir 25% responden melakukan antenatal dengan dokter ahli kebidanan dan kandungan (Tabel 1).

Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara umur ibu, pendidikan ibu dan suami, ser-

ta status ekonomi rumah tangga terhadap persalinan *sectio caesarea*. Penelitian juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara riwayat perdarahan dan riwayat komplikasi selama kehamilan dengan persalinan *sectio caesarea*. Variabel paritas, riwayat kegagalan kehamilan, dan riwayat hipertensi tidak berhubungan bermakna dengan persalinan *sectio caesarea* (Tabel 2).

Tabel 3 memperlihatkan bahwa responden dengan status ekonomi rumah tangga pada kuintil 1 yang melakukan pemeriksaan kehamilan oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan cenderung mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 73 kali, kuintil 2 sebesar 12 kali, kuintil 3 sebesar 2 kali, kuintil 4 sebesar 6 kali, dan kuintil 5 sebesar 9 kali dibandingkan ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan lainnya setelah dikontrol oleh variabel usia ibu, paritas ibu, pendidikan ibu, sosial ekonomi, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat hipertensi, riwayat perdarahan, dan riwayat kegagalan kehamilan.

## Pembahasan

Angka persalinan *sectio caesarea* di DKI Jakarta (14,57%) yang melampaui angka persalinan *sectio caesarea* secara nasional (6,8%) menunjukkan disparitas antarwilayah di Indonesia. Pemusatan tenaga kesehatan dan sarana kesehatan di Jakarta menyebabkan wanita yang tinggal di Jakarta lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan daripada yang tinggal di wilayah terpencil.

Tabel 2. Persalinan *Sectio Caesarea* Menurut Sosiodemografi, Faktor Risiko, dan Layanan Kesehatan

Variabel	Kategori	n	%	OR dan 95% CI OR			B	Nilai p
				Bivariat	Multivariat*	Multivariat**		
Umur	15 – 24 tahun	219	11,4	1,0	1,0	1,0		
	25 – 34 tahun	443	16,9	1,6 (0,9 – 2,8)	0,9 (0,5 – 1,6)	0,8 (0,5 – 1,6)	-0,14	0,646
	35 tahun ke atas	85	10,7	0,9 (0,31 – 2,78)	1,05 (0,3 – 4,4)	0,9 (0,2 – 3,8)	-0,03	0,968
Pendidikan ibu	Tidak sekolah/tamat SD	183	5,7	1,0	1,0	1,0		
	Tamat SLTP	471	12,9	2,5 (1,16 – 5,24)	1,1 (0,4 – 3,0)	0,9 (0,2 – 3,8)	-0,01	0,984
	Tamat lebih dari SLTA	93	37,8	10,1 (4,69 – 21,75)	2,0 (0,6 – 6,4)	1,8 (0,6 – 6,0)	0,6	0,307
Status sosial ekonomi rumah tangga	Kuintil 1	150	5,2	1,0	1,0			
	Kuintil 2	149	8,5	1,7 (0,5 – 5,4)	1,2 (0,4 – 3,8)			
	Kuintil 3	150	16,7	3,6 (1,3 – 10)	2,3 (0,8 – 6,7)			
	Kuintil 4	155	14,9	3,1 (1,1 – 8,6)	1,1 (0,4 – 3,5)			
	Kuintil 5	143	27,3	6,7 (3,0 – 15,2)	2,2 (0,8 – 5,8)			
Paritas	1	294	16,8	1,0	1,0	1,0		
	2 – 3	366	15,3	0,9 (0,5 – 1,5)	0,9 (0,6 – 1,6)	0,9 (0,5 – 1,5)	-0,09	0,727
	Lebih dari 4	87	4,3	0,2 (0,07 – 0,7)	0,3 (0,1 – 1,7)	0,3 (0,07 – 1,7)	-1,04	0,192
Riwayat komplikasi kehamilan	Tidak	676	12,7	1,0	1,0	1,0		
	Ya	70	33,9	3,5 (2,09 – 5,96)	2,8 (1,4 – 5,5)	2,8 (1,4 – 5,4)	1,02	0,003***
Riwayat hipertensi	Tidak	742	14,4	1,0	1,0	1,0		
	Ya	5	48,8	5,7 (0,57 – 56,7)	2,5 (0,3 – 17,1)	2,5 (0,3 – 20,4)	0,92	0,383
Riwayat perdarahan	Tidak	448	13,8	1,0	1,0	1,0		
	Ya	299	15,8	1,2 (0,67 – 2,09)	0,7 (0,4 – 1,5)	0,7 (0,3 – 1,4)	-0,34	0,344
Riwayat kegagalan kehamilan	Tidak	698	14,6	1,0	1,0	1,0		
	Ya	49	14,3	0,97 (0,3 – 2,7)	0,8 (0,2 – 2,6)	0,8 (0,2 – 2,9)	-0,17	0,782
Petugas antenatal	Bidan/tenaga kesehatan lain	567	6,2	1,0	1,0	1,0		
	Dokter ahli kebidanan dan kandungan	180	39,7	9,9 (5,7 – 17,0)	7,0 (3,5 – 14)			

Keterangan :

\*Regresi logistik persalinan *sectio caesarea* dengan prediktor umur, pendidikan ibu, status sosial ekonomi rumah tangga, paritas, riwayat komplikasi, riwayat hipertensi, riwayat perdarahan dan riwayat kegagalan kehamilan\*\*Regresi logistik persalinan *sectio caesarea* dengan prediktor umur, pendidikan ibu, status sosial ekonomi rumah tangga, paritas, riwayat komplikasi, riwayat hipertensi, riwayat perdarahan, serta riwayat kegagalan kehamilan ditambah variabel interaksi obstetri ginekologi dan status ekonomi rumah tangga\*\*\*Hubungan signifikan bermakna ( $\alpha = 5\%$ )

Responden yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada dokter ahli kebidanan dan kandungan cenderung melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. Terdapat beberapa alasan yang mendasarinya. Pertama adalah kemajuan teknologi dalam bidang obstetri seperti USG atau *fetal monitoring* oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan dapat dideteksi lebih awal jika terjadi kelainan atau masalah yang dapat menghambat proses persalinan. Namun, kecenderungan yang terjadi saat ini adalah proses persalinan normal lebih digiring ke ranah medikalisasi sehingga mendorong ke arah persalinan patologis. Selain itu, terdapat kesenjangan informasi antara dokter dan pasien. Hal ini dapat dimanfaatkan oleh penyedia layanan kesehatan untuk melakukan *moral hazard* dengan motif mencari keuntungan, terutama jika sistem pembiayaan bersumber dari pasien.

Saat ini, sebagian besar masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *out of pocket*. Pasien atau keluarga membayar langsung pada penyedia layanan kesehatan/dokter. Berdasarkan laporan WHO tahun 2006, sebagian besar (70%)

masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *out of pocket* dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem pembayaran prabayar/asuransi.<sup>13</sup> Kelemahan sistem *out of pocket* adalah terbukanya peluang bagi pihak penyedia layanan kesehatan untuk memanfaatkan hubungan *agency relationship* antara dokter-pasien. Dokter mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien yang besarnya ditentukan dari negosiasi antara dokter dan manajemen rumah sakit. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung dokter didorong meningkatkan volume pelayanan pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. Hal ini adalah *moral hazard* yang menggoda kalangan dokter untuk mengeksploitasi posisi dokter yang kuat terhadap pasien.<sup>14</sup> Perbedaan jasa persalinan normal dan *sectio caesarea* sangat besar. Dokter cenderung menawarkan *sectio caesarea* agar biaya jasa yang dikeluarkan pasien lebih besar dan memenuhi kepentingan rumah sakit untuk meningkatkan pendapatan.

Tabel 3. Persalinan *Sectio Caesarea* Menurut Pemeriksaan Kehamilan oleh Dokter Ahli Kebidanan dan Kandungan serta Status Ekonomi Rumah Tangga

Strata	n	%	B	OR	Nilai p
Kuintil 1	150	5,2	4,3	73,2 (9,0 – 594,7)	< 0,001*
Kuintil 2	149	8,5	2,5	11,8 (2,8 – 50,6)	< 0,001*
Kuintil 3	150	16,7	0,9	2,4 (0,7 – 8,2)	0,152
Kuintil 4	155	14,9	1,8	6,2 (1,9 – 19,8)	0,003*
Kuintil 5	143	27,3	2,2	9,2 (3,2 – 26,0)	< 0,001*

Keterangan: \*Bermakna

Ada keyakinan yang luas dan beberapa bukti empiris yang menunjukkan angka persalinan *sectio caesarea* yang tinggi merupakan bentuk dari *supply induced demand*. Teori ini menunjukkan bahwa dokter yang mendorong permintaan persalinan *sectio caesarea* karena motif tertentu seperti peningkatan pendapatan dan faktor kenyamanan jika melakukan persalinan *sectio caesarea*. Implikasi langsung dari model ini adalah bahwa ketika pendapatan disesuaikan dengan prosedur medis tertentu, dokter akan menyalahgunakan peran mereka sebagai agen informasi kepada pasien mereka yang mendorong permintaan terhadap prosedur yang lebih menguntungkan sampai manfaat marjinal yang menyetarakan biaya marjinal terkait. Terlebih jika sistem pembiayaan menggunakan *fee for service* atau *out of pocket*.<sup>14</sup>

Berdasarkan suatu studi, angka operasi *sectio caesarea* di Indonesia adalah 29,6%.<sup>15</sup> Hal tersebut jauh melampaui angka maksimum ibu melahirkan yang memerlukan tindakan *sectio caesarea* sesuai rekomendasi WHO yaitu 15%. Angka *sectio caesarea* di rumah sakit Indonesia yang tinggi diperkirakan bukan hanya berasal dari kebutuhan medis pasien, melainkan akibat eksploitasi hubungan *agency relationship* yang dimungkinkan akibat sistem pelayanan berbasis *out of pocket*. Gruber dan Owings,<sup>16</sup> menunjukkan bahwa model *supply induced demand* tidak hanya dapat menaikkan pendapatan dokter, mereka juga membutuhkan waktu yang lebih sedikit untuk melakukan persalinan *sectio caesarea* yang memperbolehkan mereka untuk mencapai utilitas yang lebih tinggi untuk mendorong permintaan *sectio caesarea* sampai utilitas marjinal dari pendapatan yang lebih tinggi, mengurangi beban kerja, dan menyamakan kedua dukan pada *disutility marginal inducement*. Selama periode tahun 1965 – 1985, persalinan *sectio caesarea* di Amerika Serikat naik dari 5% menjadi 22% dari semua kelahiran, sementara tingkat fertilitas turun menjadi 13%.<sup>16</sup>

Model *supply induced demand* dapat menjelaskan fenomena tersebut. Jika dokter ahli kebidanan dan kandungan dihadapkan dengan kejutan eksogen yang merugikan penghasilan mereka berupa penurunan angka fertilitas, dokter ahli kebidanan dan kandungan

akan mencoba mencari alternatif pengganti yang dapat membantu meningkatkan penghasilan mereka seperti mendorong persalinan normal menuju persalinan *sectio caesarea*. Motif mencari keuntungan oleh penyedia layanan kesehatan terlihat pada ibu yang melahirkan di rumah sakit swasta. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Andrea,<sup>17</sup> terjadi *joint effect* antara status ekonomi dan persalinan *sectio caesarea* terkait perbedaan tempat melahirkan. Jika persalinan dilakukan di rumah sakit swasta maka peluang untuk dilakukannya persalinan *sectio caesarea* semakin meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi pasien (*odds ratio*, OR rendah = 12; 95% CI = 6,4 – 22,6; OR menengah = 14,6; 95% CI = 8,0 – 27,0; dan OR tinggi = 25; 95% CI = 16,9 – 36,9).

Kedua adalah preferensi pasien dengan alasan rasa takut akan nyeri pada persalinan normal, melindungi bayi dari dampak yang tidak diinginkan, dapat menentukan waktu dan tanggal kelahiran, alasan kosmetik, trauma persalinan sebelumnya, lebih cepat, dan aman.<sup>5</sup> Dengan *purchasing power* yang dimiliki oleh ibu terutama oleh ibu kalangan menengah ke atas mendorong peningkatan permintaan *sectio caesarea* terhadap dokter ahli kebidanan dan kandungan. Interaksi antara variabel pelayanan antenatal oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan serta status ekonomi rumah tangga responden mengindikasikan bahwa angka persalinan *sectio caesarea* yang tinggi di DKI Jakarta merupakan kombinasi antara perubahan preferensi dokter dan pasien. Hal ini masih menjadi perdebatan yang cukup panjang mengingat kompleksitas permasalahan. Namun, fokus permasalahan adalah peran dokter ahli kebidanan dan kandungan untuk mengurangi persalinan *sectio caesarea* yang tidak perlu. Ibu yang melahirkan juga perlu mendapatkan informasi yang memadai terkait risiko persalinan *sectio caesarea*.

Perlu disadari bersama bahwa sektor kesehatan tidak terlepas dari faktor ekonomi dan *market forces*. Profesi dokter, perawat, bidan, dan tenaga medis lain sama dengan profesi yang lain, keahlian dan jasa mereka harus dihargai secara pantas. Dengan demikian, motif ekonomi bagi penyedia layanan kesehatan pada dasarnya bukan

hal yang tabu. Perlu sistem yang tepat untuk menyaring efek dan dampak negatif yang mungkin terjadi dari hubungan penyedia-pencari layanan kesehatan. Hal ini sangat diperlukan untuk menjaga hak-hak pasien dan meningkatkan efisiensi, sambil tetap memerhatikan kepentingan para dokter dan pemberi jasa pelayanan kesehatan lainnya. Implikasi kebijakan terkait dengan hal ini adalah persalinan *sectio caesarea* hanya dapat dilakukan atas indikasi medis. Alasan nonmedis seperti permintaan pasien tidak dapat dibenarkan. Penyedia layanan kesehatan wajib menjelaskan risiko yang ditimbulkan dari persalinan *sectio caesarea*.

Proporsi persalinan *sectio caesarea* yang hampir melampaui batas rekomendasi yang ditetapkan WHO menunjukkan pentingnya penyebarluasan informasi kepada *stakeholder* terkait terutama Kementerian Kesehatan dan institusi pelayanan kesehatan terutama swasta sehingga tidak menyalahgunakan persalinan *sectio caesarea* untuk mencari keuntungan semata mengingat dampak kesehatan dan persalinan *sectio caesarea*. Selain itu, perlu ada peningkatan pengetahuan ibu hamil dan bersalin mengenai jenis persalinan yang akan mereka jalani beserta risiko yang ditimbulkan secara komprehensif. Hal ini penting karena banyak informasi yang menyesatkan tentang persalinan *sectio caesarea*. Sistem pembiayaan *out of pocket* lebih merugikan konsumen daripada sistem pembiayaan yang lain. Dengan demikian, diperlukan model sistem pembiayaan yang lebih tepat yang dapat mengontrol penyedia layanan kesehatan untuk tidak melakukan *moral hazard* yang hanya memedulikan keuntungan semata. Peranan kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) perlu mendapat dukungan dari berbagai pihak sehingga upaya-upaya pengurangan angka kematian ibu pada ibu kelas sosial menengah ke bawah dapat tercapai mengingat kendala biaya yang mereka hadapi jika mengalami persalinan patologis dan harus dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea* secepatnya.

Walaupun telah terbukti peran dokter ahli kebidanan dan kandungan terhadap persalinan *sectio caesarea*, diperlukan penelitian yang lebih komprehensif tentang latar belakang alasan tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif sehingga dapat menggali informasi yang lebih mendalam. Selain itu, perlu dilakukan penelitian pengetahuan wanita tentang persalinan *sectio caesarea* dan persepsi penyedia layanan kesehatan khususnya dokter ahli kebidanan dan kandungan mengenai persalinan *sectio caesarea*. Penelitian tersebut akan lebih menggambarkan kondisi yang terjadi saat ini dalam menjawab pertanyaan apakah persalinan *sectio caesarea* tersebut benar-benar dilakukan berdasarkan indikasi medis dengan pengetahuan dan informasi masyarakat yang memadai atau karena didorong oleh penyedia layanan kesehatan.

## Kesimpulan

Proporsi persalinan *sectio caesarea* di DKI Jakarta pada tahun 2007 adalah 14,57%. Sekitar 24,9% responden melakukan pemeriksaan antenatal pada dokter ahli kebidanan dan kandungan. Pemilihan petugas pelayanan antenatal berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea*. Hubungan ini tidak berdiri sendiri tetapi terkait dengan pengaruh status ekonomi rumah tangga. Ibu dengan sosial ekonomi rumah tangga pada kuintil 1 yang melakukan pemeriksaan kehamilan oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan cenderung mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 73 kali, kuintil 2 sebesar 12 kali, kuintil 3 sebesar 2 kali, kuintil 4 sebesar 6 kali, dan kuintil 5 sebesar 9 kali dibandingkan ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan lainnya setelah dikontrol oleh variabel usia ibu, paritas ibu, pendidikan ibu, sosial ekonomi, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat hipertensi, riwayat perdarahan, dan riwayat kegagalan kehamilan. Variabel lain yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah usia ibu, paritas ibu, pendidikan ibu, sosial ekonomi, riwayat komplikasi kehamilan, dan riwayat perdarahan.

## Saran

Untuk Pemerintah DKI Jakarta dan kementerian kesehatan disarankan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil melalui program promosi kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil perlu mengetahui jenis persalinan, risiko, dan berbagai masalah terkait dengan proses kehamilan dan kelahiran. Selain itu, perlu ditingkatkan kompetensi dan peran tenaga kesehatan khususnya bidan dalam memberikan pelayanan antenatal dan persalinan yang berkualitas termasuk memberikan penyuluhan dan konseling yang dilandasi etika dan kode etik profesi. Bidan juga perlu meningkatkan pemantauan persalinan kala I menggunakan partograf untuk mendeteksi kebutuhan tindakan medik termasuk persalinan *sectio caesarea* berdasarkan indikasi medis yang jelas serta pengelolaan kala II sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN). Penerapan prosedur manajemen aktif III juga perlu ditingkatkan sehingga mengurangi risiko komplikasi dan perdarahan yang dapat berujung pada kematian ibu. Jampersal dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sangat membantu ibu hamil yang memerlukan pertolongan persalinan. Perlu pertimbangan kuat melakukan *sectio caesarea* atas indikasi medis. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) diharapkan dapat membuat pedoman yang komprehensif tentang persalinan *sectio caesarea* sehingga dapat dijadikan rujukan ketika terjadi penyalahgunaan persalinan *sectio caesarea*. *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC) juga perlu diperkenalkan bersama berbagai bukti yang berbasis eviden sehingga ibu yang pernah mengalami riwayat *sectio caesarea* sebelumnya tidak ragu untuk melakukan VBAC.

## Daftar Pustaka

1. Mary N. Kehamilan dan melahirkan. Jakarta: Penerbit Arcan; 2004.
2. Edwards G. Praktik kebidanan kesehatan masyarakat. Jakarta: Penerbit EGC; 2007.
3. Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z. Cesarean delivery on maternal request in Southeast China. *Obstetrics Gynecology*. 2008; 111: 1077-82.
4. Durham J. Understanding the cesarean epidemic. 2010. Available from: <http://www.transitiontoparenthood.com/ttp/parented/laborbirth/cesarean.htm>
5. Sarmana. Determinan nonmedis dalam permintaan persalinan sectio caesaria di Rumah Sakit St. Elisabeth Medan [skripsi]. Sumatera Utara: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara; 2004.
6. World Health Organization. World health statistics. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2010.
7. Worden J. Too posh too push. 2011. Available from: [http://www.netdoctor.co.uk/health\\_advice/facts/pregnancy\\_too\\_posh](http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/pregnancy_too_posh).
8. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reproductive Health*. 2009; 6:18.
9. MacDorman, Fay M, Eugene D. Cesarean birth in United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clinics and Perinatology Journal*. 2008; 35 (2): 293-307.
10. Ghosh S. Increasing trend in caesarean section delivery in India: role of medicalisation of maternal health. The Institute for Social and Economic Change, Bangalore, India. Working Paper. 2010: 236.
11. Hutabalian D. Pengaruh faktor internal dan eksternal ibu bersalin terhadap indikasi tindakan sectio caesaria dalam persalinan di Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Tarutung [tesis]. Sumatera Utara: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara; 2011.
12. Badan Pusat Statistik, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2007. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 2007.
13. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization ; 2009
14. Widiatmoko D. Menelisik hubungan penyedia dan pencari layanan kesehatan. 2009. Diakses dari: [http://www.io.ppijepang.org/v2/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=335:menelisik-hubungan-penyedia-dan-pencari-layanan-kesehatan](http://www.io.ppijepang.org/v2/index.php?option=com_k2&view=item&id=335:menelisik-hubungan-penyedia-dan-pencari-layanan-kesehatan).
15. Festin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-Smart DJ, Crowther CA, et al. Cesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009; 9:17
16. Gruber J, Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery. *Rand Journal of Economics*. 1996; 23: 99-123.
17. Andrea AR. Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan melalui operasi sesar tahun 1997-2003 (SDKI 2002-2003) [tesis]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2005.