

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional menjelaskan bahwasanya pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) diutamakan melalui upaya meningkatkan layanan dasar dan perlindungan sosial yang didalamnya termasuk kesehatan, peningkatan produktivitas, serta pembangunan karakter. Salah satu *highlight* sasaran tahun 2024 pada sektor kesehatan yaitu dengan turunnya Angka Kematian Ibu sampai 183 per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2021).

Salah satu persoalan kesehatan di sebuah negara berkembang dan indikator sebuah pelayanan kesehatan masyarakat yang baik yaitu Angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi (Noviani amalia, Sari, Septina, & Hardianto, 2020). Angka Kematian Ibu (AKI) digunakan sebagai indikator prioritas dalam meninjau kesuksesan program kesehatan ibu. Kematian ibu yang di jelaskan pada indikator ini yaitu seluruh kematian ibu yang terjadi saat periode hamil, bersalin, dan nifas yang dikarenakan kehamilan, proses bersalin, dan nifas atau pengelolaannya, akan tetapi tidak terjadi akibat hal lain seperti kecelakaan. Angka Kematian Ibu merupakan seluruh kematian pada ruang lingkup kehamilan, persalinan, dan nifas pada setiap 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu memiliki sensitifitas pada perbaikan pelayanan kesehatan dari sisi aksesibilitas dan kualitas, sehingga dapat digunakan untuk menilai derajat kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Survei Angka Sensus tahun 2015 menemukan bahwa jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) tiga kali lebih tinggi dari acuan yang telah ditetapkan MDGs yaitu dengan jumlah kasus sebanyak 14.640 kasus atau sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Preeklamsia serta perdarahan menjadi penyebab langsung kematian ibu yang sering ditemui (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pada laporan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan terjadi peningkatan jumlah kematian ibu, dari 4.221 kematian pada tahun 2019 naik menjadi 4.627 kematian di tahun 2020. Penyebab kematian yang paling banyak ditemukan karena perdarahan (1.330 kasus), hipertensi (1.110 kasus), dan gangguan pada peredaran darah (230 kasus) (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Mengacu dari kondisi tersebut, diperlukan usaha yang maksimal untuk mencapai target MDGs yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu.

Secara garis besar, determinan kematian ibu hamil dikelompokkan menjadi 2, yaitu faktor medis (langsung) serta faktor nonmedis (tidak langsung). Faktor langsung yang menjadi penyebab kematian ibu diakibatkan karena perdarahan, hipertensi saat hamil, partus lama, infeksi yang dialami pada masa nifas, dan aborsi yang dilakukan tidak aman (Rakhman, 2016). Menurut Royston yang dikutip (Pandensolang, Rivo, 2012) penyebab tidak langsung yang dapat menyebabkan kematian ibu diantaranya yaitu malaria, penyakit jantung, anemia, hepatitis, dan lainnya.

Berdasarkan data di atas, persalinan merupakan penyebab langsung kematian ibu, sehingga penting menjadi perhatian untuk mencegah kematian ibu akibat persalinan.

Secara harfiah, persalinan merupakan proses alami yang berlangsung melalui jalan lahir biasa (vagina), akan tetapi dalam beberapa keadaan, persalinan normal tidak dapat dilakukan sehingga dibutuhkan bantuan tenaga kesehatan agar dilakukan persalinan secara alternatif sebagai upaya membantu proses mengeluarkan janin. Salah satu persalinan alternatif yang dapat dilakukan yaitu persalinan *caesar* (Sulfianti et al., 2020). Persalinan *caesar* atau *Sectio Caesarean* merupakan proses membuat irisan pada dinding perut serta dinding uterus dengan tujuan agar janin dari rahim ibu dapat dikeluarkan dengan selamat.

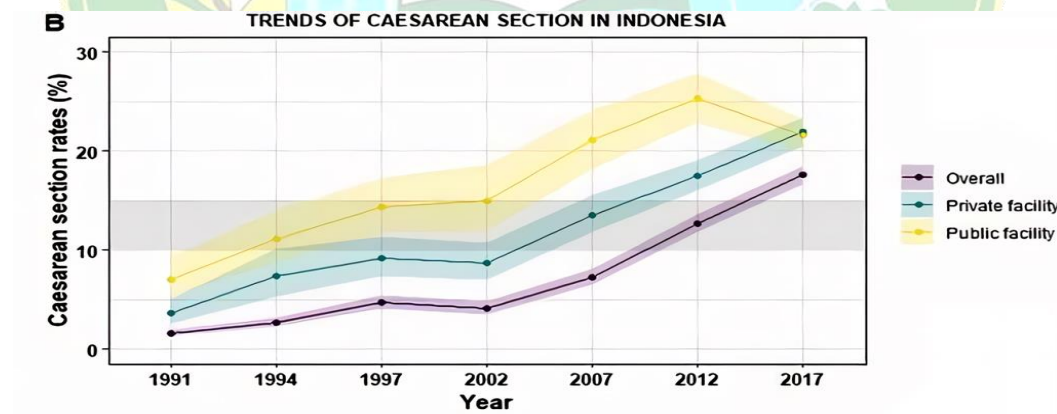
Tingkat persalinan secara *caesar* telah meningkat terus di seluruh dunia selama beberapa dekade terakhir. Tren ini belum disertai dengan manfaat ibu atau perinatal yang signifikan. Sebaliknya, ada bukti bahwa, di luar ambang batas tertentu, peningkatan angka persalinan *caesar* dapat dikaitkan dengan peningkatan morbiditas ibu dan perinatal (World Health Organization, 2018).

Persalinan *caesar* idealnya hanya dilakukan bila diperlukan secara medis, karena persalinan *caesar* yang tidak terkontrol pada ibu tanpa komplikasi kehamilan dapat mengakibatkan komplikasi yang signifikan, kecacatan dan kematian, terutama apabila dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak memadai untuk melakukan operasi yang aman dan mengatasi komplikasi bedah (World Health Organization, 2018). Ketika melakukan persalinan *caesar*, wanita meningkatkan risiko infeksi sebesar 5 kali lipat dibandingkan persalinan normal (Triyanti, Julianti, Mulyati, & Wahyuni, 2022).

Persalinan *caesar* pada jangka pendek juga memiliki risiko meningkatkan kemungkinan kebutuhan transfusi darah, risiko komplikasi anestesi, cedera organ, infeksi, penyakit *tromboemboli* dan gangguan pernapasan neonatal. Risiko jangka

panjang persalinan *caesar* diantaranya yaitu meningkatnya risiko asma serta obesitas pada anak, komplikasi saat kehamilan selanjutnya (*ruptur uteri*, *plasenta akreta*, *infertilitas*, kehamilan ektopik, *histerektomi perlekatan intra abdomen*, dan *plasenta previa*) dengan risiko angka kesakitan yang terus bertambah seiring dengan meningkatnya angka persalinan *caesar* sebelumnya (Keag, Norman, & Stock, 2018).

Standar persalinan *caesar* di suatu Negara yang disarankan World Health Organization (WHO) berkisar 5-15% per 1000 kelahiran. Analisis yang telah dilakukan oleh World Health Organization, menunjukkan bahwa penggunaan persalinan *caesar* terus meningkat secara global, sekarang terhitung 1 dari 5 (21%) persalinan dilakukan secara *caesar*. Jumlah tersebut meningkat selama beberapa dekade mendatang, sepertiga (29%) dari seluruh kelahiran pada tahun 2030 berpeluang terjadi melalui *caesar* (World Health Organization, 2021).



**Gambar 1.1 Tren Persalinan Sesar di Indonesia Menurut Data SDKI**

Sumber: (Zahroh, Disney, Betrán, & Bohren, 2020)

Angka kejadian persalinan *caesar* di rumah swasta serta rumah sakit pemerintah di Indonesia terus meningkat. Survei Demografi dan Kesehatan



Indonesia memperjelas adanya kenaikan kasus persalinan *caesar* yang cukup pesat di Indonesia, hingga pada tahun 2017 menjadi 17%.

Laporan SDKI 2017 mengumpulkan informasi tentang rawat inap pasca persalinan pada wanita yang berusia 15 hingga 49 tahun yang melahirkan 5 tahun sebelum penelitian. Proporsi ibu bersalin pervaginam (jalan lahir) (53%) yang berobat di fasilitas kesehatan dirawat selama 1-2 hari. Namun, sembilan dari sepuluh (89%) wanita yang melahirkan melalui operasi *caesar* menerima perawatan setidaknya 3 hari setelah melahirkan. Dari 10% wanita yang mengalami pendarahan hebat, bayinya meninggal pada usia 1 bulan, dan 8% melahirkan melalui operasi *caesar* (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2018).

WHO mengemukakan bahwa angka persalinan *caesar* diatas 10% tidak memiliki keterkaitan terhadap proses penurunan angka kematian bayi dan ibu. Hal tersebut sejalan dengan kondisi yang dialami di Indonesia, yaitu ketika angka persalinan *caesar* naik mendekati 10%, angka kematian ibu dan bayi turun, tetapi ketika angka persalinan *caesar* diatas 10%, angka kematian ibu naik (Yogatama & Budiarti, 2020).

Angka kematian ibu untuk persalinan *caesar* ditaksir 40 hingga 80 per 100.000 kelahiran hidup, 25 kali lebih tinggi daripada persalinan pervaginam, dan risiko infeksi 80 kali lebih besar. Selain itu, telah ditemukan penyebab langsung kematian ibu akibat efek samping persalinan *caesar* diantaranya adalah infeksi sebanyak (7,3%) dan perdarahan sebanyak (30,3%) (Yogatama & Budiarti, 2020).

Kemungkinan penggunaan metode operasi *caesar* untuk setiap orang berbeda-beda tergantung pada karakteristiknya (riwayat kehamilan dan persalinan,

faktor sosio-demografis). Persalinan *caesar* dilakukan bukan hanya karena alasan medis, akan tetapi banyak faktor yang menentukan alasan seseorang untuk menggunakan persalinan *caesar* (Sulistianingsih & Bantas, 2018).

Penelitian yang dilakukan di Asia Selatan dan Tenggara menemukan bahwa tingkat persalinan *caesar* ditemukan tertinggi di antara wanita perkotaan Bangladesh (62,88%) diikuti oleh Maladewa (39,18%), Indonesia (22,49%), Pakistan (27,79%), Vietnam (22,05%), India (27,28%), dan Nepal (17,47%) dan telah melewati rentang rekomendasi WHO yaitu 5-15%. Tingkat operasi *caesar* pada wanita yang tinggal di daerah perkotaan adalah lima kali lipat dari wanita pedesaan di Nepal, tiga kali wanita pedesaan Vietnam, Timor-Leste, Indonesia dan Kamboja, dan dua kali wanita pedesaan India, Pakistan dan Bangladesh (Verma et al., 2020).

Angka persalinan *caesar* tertinggi di Indonesia ditemukan pada wanita yang melahirkan di usia 35-49 (22%), wanita dengan domisili perkotaan (23%), wanita yang pertama kali melahirkan (19%), wanita dengan pendidikan tinggi dan memiliki status ekonomi teratas (masing-masing 32%) (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2018).

Rata-rata angka persalinan *caesar* diseluruh provinsi Indonesia memiliki angka diatas 10%. Provinsi dengan angka persalinan *caesar* paling tinggi adalah Bali (32,7%), sedangkan yang memiliki angka persalinan *caesar* terendah adalah Maluku Utara yaitu sebesar 6,2%. Bagi wanita yang tidak memiliki komplikasi selama kehamilan, provinsi dengan angka persalinan *caesar* paling rendah adalah Nusa Tenggara Timur (5%) dan yang tertinggi adalah Bali (34,7%). Hal ini

menunjukkan bahwa selain karakteristik individu, karakteristik wilayah juga berpengaruh terhadap keputusan persalinan *caesar* (Yogatama & Budiarti, 2020).

Determinan persalinan *caesar* di Indonesia sampai saat ini masih harus terus diteliti. Pada beberapa penelitian disebutkan bahwa faktor sosiodemografi (pendidikan ibu, usia ibu, daerah tempat tinggal, pekerjaan ibu, kepemilikan asuransi, sosial ekonomi), antenatal care (tenaga pemeriksa kehamilan, tempat periksa kehamilan, frekuensi ANC), riwayat kehamilan (usia kehamilan, kehamilan kembar), riwayat persalinan (paritas, ukuran bayi lahir, tempat melahirkan), dan indikasi medis maupun non medis memiliki hubungan terhadap persalinan *caesar* (Islam, Shanto, Jabbar, & Howlader, 2022; Marlinda, 2013; Putri, 2014; Sulistianingsih & Bantas, 2018; Yuliana, 2017).

Pada umumnya pendidikan masyarakat yang berdomisili di desa lebih rendah daripada masyarakat yang domisilinya di perkotaan. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi lebih mungkin untuk menjalani persalinan *caesar* daripada Ibu yang tingkat pendidikannya rendah. Di perkotaan Ibu berpendidikan tinggi 3 kali lebih mungkin untuk bersalin secara *caesar* daripada Ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, (Yuliana, 2017).

Status sosial ekonomi telah ditemukan mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan, termasuk persalinan *caesar*, dan ibu dengan status ekonomi tinggi lebih cenderung memilih persalinan *caesar* daripada ibu dengan status sosial ekonomi rendah. Perkembangan perekonomian di pedesaan yang lebih rendah dibanding perkotaan dilihat dari besarnya income perkapita masyarakat pedesaan menyebabkan keputusan pemilihan persalinan *caesar* pada masyarakat di

pedesaan lebih rendah dibandingkan masyarakat perkotaan dikarenakan besarnya biaya persalinan *caesar* (Amjad et al., 2018).

Penelitian mengenai kesenjangan pelayanan kesehatan antara pedesaan dan perkotaan menunjukkan adanya perbedaan akses dan penggunaan fasilitas kesehatan antara masyarakat pedesaan dan perkotaan (Anhar, Ahmad, & Ismail, 2016; Sarumpaet, Tobing, & Siagian, 2012). Tinggal di wilayah pedesaan identik dengan keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan termasuk untuk mendapatkan informasi tentang pelayanan kesehatan pada kehamilan dan persalinan (Laksono, Rukmini, & Wulandari, 2020). Masyarakat pedesaan belum sepenuhnya memanfaatkan pelayanan kesehatan obstetri termasuk diantaranya persalinan *caesar*.

Besarnya persentase persalinan *caesar* disertai dengan kesenjangan pemanfaatan persalinan *caesar*, ditemukan 75% persalinan *caesar* dilakukan pada wanita golongan menengah keatas (Yogatama & Budiarti, 2020). Persalinan *caesar* di perkotaan 2,60 kali lebih mungkin dilakukan dibanding dengan di pedesaan (Verma et al., 2020).

Berdasarkan fenomena serta dampaknya yang telah di paparkan, maka peneliti ingin melakukan penelitian mengenai determinan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia yang didukung dengan memanfaatkan data sekunder hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 yang dilaksanakan Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan RI (KEMENKES RI), dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), yang salah satu penelitiannya mengenai persalinan *caesar*.



## 1.2. Rumusan Masalah

Dilatarbelakangi fakta dan data yang telah di paparkan, rumusan masalah yang dapat disimpulkan yaitu belum diketahuinya determinan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia tahun 2017.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum Penelitian

Mengetahui determinan yang memiliki hubungan dengan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia pada tahun 2017.

### 1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian

- a. Mengetahui distribusi persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia.
- b. Mengetahui faktor sosio-demografis (usia, pekerjaan, status ekonomi, pendidikan, dan kepemilikan asuransi) yang memiliki hubungan dengan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia.
- c. Mengetahui hubungan frekuensi ANC dengan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia.
- d. Mengetahui hubungan paritas dengan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia.
- e. Mengetahui hubungan komplikasi kehamilan dengan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia.

## 1.4. Manfaat Penelitian

### 1.4.1. Manfaat Teoritis

Adapun manfaat dari penelitian yang akan dilakukan ini adalah untuk menjadi referensi dan bahan unruk mengembangkan ilmu kesehatan khususnya ilmu kesehatan masyarakat terkait dengan distribusi dan determinan persalinan *caesar* di wilayah perkotaan dan pedesaan Indonesia serta menjadi rujukan atau pembanding untuk penelitian selanjutnya.

### 1.4.2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Peneliti

Penelitian dapat berguna untuk menambah wawasan, pengalaman, dan pengetahuan peneliti mengenai persalinan *caesar* di perkotaan dan pedesaan Indonesia dan sarana mempraktekan ilmu yang diperoleh saat menempuh perkuliahan di FKM UINSU.

#### b. Bagi Pemerintah

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sekaligus data tentang faktor yang terkait dengan persalinan *caesar* di perkotaan dan pedesaan di Indonesia pada tahun 2017, serta mengidentifikasi langkah yang tepat untuk mengurangi persalinan *caesar* yang berisiko pada ibu dan janin.

#### c. Bagi Masyarakat

Mengedukasi masyarakat mengenai risiko melakukan persalinan *caesar*, serta pentingnya memilih metode persalinan agar sesuai dengan kondisi kehamilan ibu.

#### d. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat berguna sebagai sumber untuk meningkatkan pemahaman tentang disiplin ilmu kesehatan dan dapat digunakan oleh civitas akademika sebagai referensi dan sumber informasi saat melakukan penelitian terkait dengan persalinan *caesar*.

