

KEMATIAN IBU: SUATU TINJAUAN SOSIAL-BUDAYA

Budi Rajab¹

Abstrack

Mother mortality rate in Indonesia remains considerably high. The cause of maternal mortality indirectly is much related with the problems of poverty, the independent role of women in decision making within the family, and the public health services, which continues to be a centralistic-bureaucracy. In Costa Rica, Srilanka, and Kerala province in India, even though the majority of their citizens are poor as in Indonesia the maternal mortality is falling significantly. The reason that make this possible is because a strategy and a program of women empowerment in making independent decisions have been developed together with a model of participative public health services, which is cooperatively carried out by government and local community institutions dealing with community health problems that are affordable and comprehend for the economy and education of the community. The society and government of Indonesia may get a lesson by learning from the strategy and health programs from those three countries.

Keywords: Maternal Mortality, Poverty, Women Dependency, Maternal Heath Service

Dalam usia yang masih sangat muda, 4 hari setelah melahirkan, Kartini (21 April 1879-17 September 1904), salah seorang pejuang emansipasi perempuan Indonesia, harus meninggalkan dunia yang fana ini. Apa yang menjadi penyebab tragedi kematiannya, bersangkutan-paut dengan perdarahan pasca partum, perdarahan yang terjadi beberapa saat setelah melahirkan (Soeroto, 1979: 339-397). Dalam istilah pengetahuan medis kematian Kartini itu dikategorikan sebagai kematian ibu atau kematian maternal (*maternal mortality*), yakni kematian yang terjadi pada perempuan selama kehamilan, ketika

¹Staf Pengajar Jurusan Antropologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, Bandung. Alamat: Jl. Candrawulan I Nomor 8, Bandung 40264, Telp. (022) 7304939, HP. 08156204427, e-mail: budirajab@yahoo.com

melahirkan, atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan, langsung atau tidak langsung, dengan kehamilan tersebut (MNH dan Pita Putih, 2002: 5).

Seratus tahun lebih setelah kematian Kartini, ternyata tragedi kematian maternal itu, khususnya yang disebabkan perdarahan, masih banyak dialami ibu-ibu di Indonesia yang di antaranya banyak yang usia mereka masih muda, yang secara sosial-ekonomi masih mampu memberikan kontribusi yang produktif bagi diri dan keluarganya. Padahal di lihat dari sisi medis di masa sekarang ini hampir 85% kematian ibu-ibu tersebut dapat dihindari (MNH dan Pita Putih, 2002). Melalui penanganan medis yang profesional, dokter-dokter ahli kebidanan dengan dibantu sarana dan peralatan medis yang sudah relatif canggih, dan obat-obatan yang tersedia, sesungguhnya kematian maternal bisa dicegah dan ditanggulangi. Tetapi mengapa kok jumlah kematian ibu di Indonesia, seperti yang dialami Kartini lebih seabad lalu, masih menunjukkan jumlah yang cukup besar, sementara ilmu kedokteran dan penemuan-penemuan teknologi kesehatan yang mengikutinya telah berkembang dengan pesat dan tenaga-tenaga ahli medis yang berpendidikan tinggi dan professional juga telah cukup banyak tersedia? Kalau dari sisi penyebab medis sudah bisa didiagnosis dan kemudian tenaga-tenaga medis profesional, obat-obatan, serta sarana dan peralatan telah mampu mencegah dan menanganinya, di sini berarti ada faktor-faktor lain yang nampaknya berperan besar dalam mendorong tingginya jumlah kematian ibu di Indonesia ini.

Dalam perspektif medis, seseorang menderita sakit atau meninggal, sudah dapat dipastikan bahwa ada satu atau lebih organ tubuh pada orang bersangkutan yang rusak, mengalami disfungsi, inilah yang dalam ilmu pengetahuan medis disebut sebagai penyebab langsung dari kesakitan atau kematian orang itu. Dalam kematian maternal organ-organ tubuh perempuan hamil atau ketika sedang melahirkan atau beberapa saat setelah melahirkan ada yang mengalami kerusakan sampai kemudian mendatangkan kesakitan dan kematian yang dalam istilah medisnya disebut penyebab obstetrik, yakni penyebab langsung dari kesakitan dan kematian ibu tersebut. Tetapi penyebab obstetrik itu sendiri sebenarnya muncul karena didorong oleh sebab-sebab tertentu sebelumnya, katakanlah faktor-faktor yang menjadi latar belakangnya, yakni penyebab tidak langsung (Iskandar, dkk, 1996: 15-16).

Nah, karena penulis bukan ahli kebidanan, tidak memiliki latar belakang pendidikan profesi formal di bidang pengetahuan dan teknis medis, maka uraian dan penjelasan dalam tulisan ini akan lebih banyak membahas latar belakang atau penyebab tidak langsung yang kemudian mendorong pada munculnya penyebab obstetrik dari kematian ibu tersebut. Tulisan ini akan memfokuskan dan menyoroti posisi ekonomi dan sosial-budaya perempuan dan model pelayanan kesehatan bagi perempuan hamil dan melahirkan (pelayanan kesehatan maternal), dengan mengambil kasusnya dari hasil penelitian di wilayah pedesaan Jawa Barat yang dilakukan pada pertengahan tahun 1990-an oleh Pusat Penelitian Kesehatan Masyarakat – Lembaga Penelitian Universitas Indonesia, yang kiranya hal-hal itu dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian maternal, meskipun faktor penyebab obstetriknya juga sedikit banyak akan disinggung, karena bagaimanapun memiliki keterkaitan dengan penyebab non-medis itu.

Penyebab Medis

Setiap menit satu orang perempuan kehilangan nyawa di dunia ini akibat komplikasi kehamilan dan melahirkan (MNH dan Pita Putih, 2002). Seperempat sampai setengah dari kematian perempuan usia reproduksi di negara-negara berkembang merupakan kematian maternal, dibandingkan dengan kurang dari satu persen di Amerika Serikat (Iskandar, dkk., 1996: 13). Untuk kasus Indonesia, hampir sama dengan kasus-kasus di Mesir, Banglades, Libya, Aljazair, Maroko, dan India, mendekati setengah dari seluruh kematian perempuan adalah kematian ibu. Setiap ½ jam seorang perempuan Indonesia meninggal dunia karena kehamilan dan persalinan atau lebih dari satu di antara lima kematian di kalangan perempuan Indonesia berhubungan dengan kehamilan (Cholil, 2002; Freedman dan Maine, 1997: 233).

Apabila penduduk Indonesia sekarang ini telah mencapai 220 juta orang, maka berarti setiap tahun berkisar 20.000 sampai 22.000 perempuan meninggal akibat kehamilan dan melahirkan. Sementara angka rata-rata jumlah AKI (Angka Kematian Ibu) di Indonesia mencapai 300-an per 100.000 kelahiran hidup, termasuk angka tertinggi untuk negara-negara di kawasan Asia Tenggara (MNH dan Pita Putih, 2002). Di Thailand, Singapura, Brunai, dan Malaysia AKI itu sudah jauh di bawah angka 100, apalagi di negara-negara maju, seperti di Eropa Barat dan Amerika Serikat, rasio kematian maternal rendah sekali, antara 7 sampai 15 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup.

Bahkan dibandingkan dengan Vietnam, kematian maternal di Indonesia tiga kali lipat lebih tinggi, di Vietnam kematian ibu berkisar antara 100-an per 100.000 kelahiran hidup (Iskandar, dkk., 1996: 12; Nelwan, 1998: 96-97). Kematian maternal yang dialami ibu-ibu di Indonesia disebabkan antara lain: perdarahan (45%), eklamsia (12%), infeksi (12%), gagal aborsi (10%), dan sisanya karena sebab-sebab lain (MNH dan Pita Putih, 2002: 5).

Khususnya untuk perdarahan pasca partum atau setelah melahirkan hal itu sering berkaitan dengan kontraksi rahim yang kurang baik, sehingga plasenta tidak lepas lengkap dan perdarahan terus berlanjut setelah bayi lahir. Penyebab lain dari perdarahan adalah persalinan lama, rahim robek, atau plasenta lepas dini. Apabila tidak segera ditangani, perdarahan di sekitar persalinan dapat dengan cepat mengarah ke kematian maternal. Karena perdarahan umumnya tidak dapat diatasi oleh anggota masyarakat awam, bahkan mungkin oleh dukun beranak (*paraji*), tetapi harus oleh ahli medis profesional, kejadian perdarahan merupakan bahaya yang besar bagi ibu-ibu hamil dan bersalin yang tempat tinggal mereka berada di lokasi-lokasi yang jauh dari pelayanan obstetrik modern (rumah sakit atau pusat-pusat kesehatan masyarakat lainnya) dan fasilitas transfusi darah (Iskandar, dkk., 1996: 14).

Fatalitas perdarahan kemungkinan terkait dengan anemia, kondisi ketidakmampuan sel darah merah atau kurangnya jumlah sel darah merah mengangkut zat asam. Jenis anemia pada perempuan hamil adalah anemia gizi, di mana zat gizi, terutama zat besi dan atau vitamin B12, kurang memadai. Seorang perempuan dikatakan menderita anemia bila memiliki kadar hemoglobin kurang dari 11 gram. Semakin rendah kadar hemoglobin seorang perempuan hamil, semakin tinggi resiko untuk mengalami kematian maternal. Resiko kematian maternal pada perempuan anemia empat kali lebih tinggi dibanding dengan perempuan yang tidak menderita anemia. Prevalensi anemia ibu hamil di Indonesia sangat tinggi, lebih tinggi dari angka anemia di negara-negara Asia Tenggara lainnya, dalam konteks inilah kenapa angka rata-rata kematian ibu per tahunnya di Indonesia cukup tinggi dan kenapa penyebab obstetrik kematian ibu-ibu itu lebih banyak karena perdarahan (Iskandar, dkk., 1996: 14).

Pre-eklamsia merupakan kelainan kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi. Kondisi yang demikian ini sering

ditemukan pada kehamilan pertama dan biasanya terjadi pada kehamilan trimester pertama dan kedua. Apabila tidak dilakukan penanganan secara baik, pre-eklamsia dapat menjadi eklamsia, yang ditandai dengan tekanan darah yang sangat tinggi dan kejang-kejang, atau perdarahan otak. Kondisi patologik ini mengancam tidak hanya nyawa si ibu, tetapi juga pertumbuhan dan nyawa janin yang ada dalam kandungannya. Begitu seorang perempuan mengalami eklamsia, pengobatan dan persalinan harus segera dipercepat. Sekalipun diobati, prognosis eklamsia ini, bahkan juga di negara-negara maju, umumnya kurang efektif, karena sekitar 5% sampai 17% kasus eklamsia berakhir dengan kematian ibu, sementara mereka yang berhasil diselamatkan kemungkinannya pun akan mengalami berbagai gangguan penyakit kronis, seperti kelumpuhan, kebutaan, tekanan darah tinggi, atau kerusakan ginjal (Iskandar, dkk., 1996: 14).

Bila tidak menderita penyakit kelamin, seperti gonore, kemungkinan untuk terjadinya infeksi pada persalinan relatif kecil. Namun demikian, persalinan yang macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam rahim yang dilakukan terlalu sering, peralatan untuk persalinan yang kurang steril, dan lingkungan atau tempat persalinan yang tidak higienis, bisa meningkatkan resiko terjadinya infeksi (Iskandar, dkk., 13). Tindakan aborsi ilegal, terutama yang secara medis tidak bisa dipertanggungjawabkan, seringkali berkaitan dengan tingginya kejadian komplikasi yang bisa menimbulkan infeksi dan ini pun akan menjurus pada kematian maternal (Iskandar, dkk., 1996: 15; Adrina, dkk., 1998: 117-136). Suatu penelitian yang mengangkat isu tentang praktek aborsi oleh ahli-ahli medis modern (dokter dan bidan), apalagi oleh ahli-ahli medis tradisional, seperti dukun beranak, menunjukkan bahwa efek dari praktek aborsi tersebut kemungkinan besar dapat menimbulkan infeksi (Mohamad, 1998: 64-65).

Kemiskinan dan Ketidakotonoman Perempuan

Pendekatan penyebab non-medis, penyebab tidak langsung, yang ikut mempengaruhi penyebab medis langsung atau obstetrik, melihat jalan yang cukup panjang menuju ke kematian maternal itu, yang berangkat dari posisi dan kondisi sosial-ekonomi dari ibu-ibu itu sendiri sampai pada cara dan bentuk pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan. Dengan kata lain, dalam mengidentifikasi penyebab tidak langsung dari kematian ibu ini, paling sedikitnya ada dua faktor yang dianggap berperan besar. *Pertama*, menekankan pada pentingnya

tingkat kehidupan sosial-ekonomi kaum perempuan, dengan proposisinya bahwa kematian maternal yang tinggi merupakan akibat dari kondisi sosial-ekonomi yang buruk, di antaranya kekurangan gizi, yang keterbatasan ekonomi itu sebagian besar dilatarbelakangi oleh kemiskinan; sebaliknya, kematian ibu yang rendah dimungkinkan karena ibu-ibu hamil mendapatkan gizi yang mencukupi, yang kecukupan itu berkaitan dengan tingkat kesejahteraan ekonomi yang relatif tinggi. Dan *kedua*, menekankan pada pentingnya standar dan prosedur cara pelayanan klinis, dengan proposisinya bahwa tingkat kematian maternal yang tinggi berhubungan dengan mutu pelayanan yang rendah, sedangkan tingkat kematian maternal yang rendah, berhubungan dengan kualitas pelayanan klinis yang baik (Freedman dan Maine, 1997: 233-240).

Perdarahan umpamanya, yang merupakan penyebab langsung kematian maternal yang terbesar untuk kasus Indonesia, dari hasil penelitian di Bali dan di Jawa Barat yang dilakukan pada pertengahan tahun 1990-an itu menunjukkan, bahwa sebagian besar, 67% di Bali dan 60% di Jawa Barat, berhubungan dengan perdarahan, yang seperti telah disinggung di atas, salah satunya disebabkan karena ibu-ibu kekurangan gizi (Iskandar, dkk., 1996: 14). Seseorang dikatakan mengalami kekurangan gizi, apabila jenis dan kualitas makanan yang masuk ke dalam tubuhnya tidak atau sangat kurang mengandung zat-zat gizi, meskipun bisa saja kuantitas dan ragam makanan yang dimakan lebih dari cukup. Orang yang kekurangan gizi tubuhnya sangat rentan, mudah terkena serangan berbagai penyakit (Iskandar, dkk., 1996: 18-21). Umpamanya, perempuan mempunyai kebutuhan zat besi dan yang maksimal selama masa reproduksinya. Sementara anemia defisiensi besi tersebut mempunyai konsekuensi yang berat. Bahaya kematian yang disebabkan perdarahan, suatu kondisi yang biasa mengikuti persalinan dan kelahiran, sangat meningkat pada perempuan yang menderita anemia. Perempuan hamil yang mengalami anemia juga menghadapi peningkatan resiko untuk terkena infeksi (Merchant dan Kurz, 1997: 111).

Intake Vitamin A dari makanan masih rendah pada perempuan Indonesia, apalagi pada keluarga-keluarga yang menderita kemiskinan, karena kesulitan biaya untuk dapat memenuhinya. Vitamin A berperan penting dalam pertumbuhan, penglihatan dan kesehatan mata, serta juga pada respons kekebalan. Pertumbuhan janin selama kehamilan ikut meningkatkan kebutuhan Vitamin A ini dan karena itu perempuan

menjadi lebih rentan terhadap defisiensi Vitamin A bila tidak banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung Vitamin A. Defisiensi Vitamin A ringan sampai sedang dapat merusak kemampuan kekebalan. Penurunan resistensi atas infeksi sangat berbahaya bagi perempuan setelah melahirkan atau dalam persalinan, masa yang sangat potensial untuk terjadinya infeksi yang merupakan salah satu penyebab kesakitan dan kematian ibu (Merchant dan Kurz, 1997: 113). Masalah infeksi ini menjadi lebih beresiko tinggi lagi bila dikaitkan dengan praktek persalinan yang tidak bersih, misalnya praktek persalinan yang dilakukan oleh dukun beranak, seperti yang akan diuraikan nanti di bawah.

Temuan penelitian mengenai kematian ibu di Jawa Barat, terutama di daerah pedesaan, dialami sebagian besar oleh ibu-ibu yang berasal dari keluarga miskin. Bagaimanapun masyarakat miskin, dengan keterbatasan uang yang ada di tangan, akan kurang mampu menyediakan ragam dan kualitas makanan yang bergizi dan mengandung vitamin, bahkan kerap kali jumlah makanan tersebut juga sangat kurang. Dalam konteks inilah, kemiskinan berkorelasi dengan kondisi kesehatan yang rendah. Orang-orang miskin adalah orang-orang yang secara relatif kondisi tubuhnya beresiko dan karena itu sering kali terserang penyakit, kekebalan tubuh mereka lemah sekali. Bila mereka terserang penyakit cenderung akan ditahan dan dibiarkan dan kalaupun kemudian diobati, obat-obat yang diminum mereka hanya “seadanya”, yang mungkin sekedar menahan atau menghentikan rasa sakit untuk sementara, atau malah bisa saja obat yang diminumnya semakin memperparah penyakit yang diderita mereka. Bila penyakit yang diderita mereka tidak kunjung sembuh, mereka biasanya akan mengunjungi ahli-ahli medis tradisional (dukun). Semua itu dilakukan bukan melulu karena mereka tidak mengetahui sistem dan institusi pengobatan modern (dokter, bidan, rumah sakit) atau karena mereka hanya percaya dan yakin bahwa dukunlah satu-satunya ahli yang bisa menyembuhkan penyakit yang diderita mereka, tetapi karena ada keterbatasan biaya untuk bisa mendatangi institusi-institusi kesehatan modern tersebut (Sciortino, 1999: 85-86).

Pada lingkungan keluarga miskin, banyak ibu-ibu hamil atau yang akan melahirkan yang tidak mampu untuk mengakses dan memdatangi institusi pengobatan medis modern, meskipun mereka sedang dihadapkan pada kondisi kegawatdaruratan. Umpamanya, meski si suami atau anggota keluarga lain dari si ibu mengetahui bahwa si ibu

sedang mengalami kesakitan dalam kehamilan atau proses persalinannya, mereka banyak yang tidak melakukan tindakan apa pun karena takut menanggung biaya yang dalam bayangan mereka akan begitu besar, melebihi kemampuan yang dapat mereka tanggung. Pada kasus-kasus di mana Kepala Desa dapat membuat surat keterangan tidak mampu bagi keluarga miskin, tetap saja banyak keluarga miskin tidak berani mengunjungi institusi kesehatan modern. Sebagian besar dari mereka juga tahu, bahwa mereka tidak ditarik bayaran untuk biaya pendaftaran di puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) misalnya, tetapi di benak mereka tetap akan ada biaya pengobatan ekstra seperti untuk obat-obatan dan mungkin juga untuk operasi yang jumlahnya besar sekali, yang tidak mungkin dapat mereka tutupi. Di samping itu, keluarga itu juga tahu, bahwa biaya untuk puskesmas dan mantri dianggap masih dalam batas-batas yang wajar, artinya dapat mereka tangani, tetapi bila harus dirujuk ke rumah sakit, bagaimana dengan biaya transportasi, pemeriksaan, dan obat-obatannya yang besarnya mungkin akan berkali-kali lipat (Iskandar, 1996: 85-86).

Dari hasil penelitian itu menunjukkan, bahwa pemanfaatan persalinan oleh *paraji* (dukun beranak) dilaporkan sekitar 72,9%, jauh di atas rata-rata nasional (58,4%) dan mereka yang biasa memanfaatkan *paraji* itu adalah ibu-ibu hamil yang berasal dari keluarga miskin (Nelwan, 1998: 102), dengan tingkat pendidikan yang rendah. Banyak di antara ibu-ibu (69%) yang memanfaatkan dukun beranak yang hanya lulusan SD (Sekolah Dasar) atau bahkan tidak lulus SD serta latar belakang pekerjaannya adalah buruh tani dan atau sebagai pekerja serabutan yang tingkat kesejahteraan ekonominya rendah sekali (Iskandar, 1996: 55).

Praktek kerja *paraji* adalah menolong persalinan, memberi perawatan pasca partum sampai kira-kira 40 hari, bahkan juga memberikan perawatan ante natal, pada saat kehamilan. Pelayanan yang diberikan termasuk kunjungan, jampi-jampi, dan pijit. Pada dasarnya *paraji* merawat ibu-ibu secara komprehensif. Alasan kenapa dalam merawat kehamilan atau ketika persalinan dan pasca persalinan memanfaatkan *paraji*, warga masyarakat, dalam hal ini ibu-ibu, merasa ada kemudahan karena cara pembayarannya tidak selalu harus berupa uang, tetapi dapat pula pakaian, hasil bumi, dan lainnya yang sesuai dengan persetujuan dari kedua belah pihak, atau kalau harus membayar dengan uang, bayarannya bisa dicicil. Di samping memang dirasakan juga adanya hubungan kekeluargaan dan personal, karena biasanya

paraji berasal dari lingkungan komunitas yang sama dengan si ibu yang akan melahirkan, dan mungkin hal itu berhubungan dengan alasan tradisi kebudayaan. Tetapi, nampaknya perawatan kehamilan dan melahirkan oleh *paraji* lebih dirasakan terjangkau oleh kemampuan ekonomi rakyat kecil yang miskin, ketimbang masalah kebiasaan budaya dan hubungan personal (Nelwan, 1998: 102). Umpamanya, terungkap bahwa ibu-ibu miskin yang hamil, saat kehamilan ada di antaranya yang dua kali atau bahkan lebih mencoba mengunjungi puskesmas atau posyandu dalam rangka pemeriksaan kehamilan. Tetapi pada waktu bersalin sebagian besar di antara mereka menghubungi *paraji* sebagai penolong pertama persalinan. Lalu, bidan desa biasanya merupakan orang kedua yang dihubungi, itu juga bila dalam proses persalinan oleh *paraji* menghadapi permasalahan. Sementara dokter dan rumah sakit merupakan pilihan yang terakhir. Alasan utama keluarga dan ibu-ibu miskin mendahulukan *paraji* dalam proses persalinan kebanyakan terkait dengan persoalan biaya persalinan yang dianggap oleh mereka terjangkau dari segi keuangan (Iskandar, 1996: 56).

Padahal konsekuensi perawatan kehamilan dan melahirkan oleh *paraji* itu tidak selalu bisa dipertanggungjawabkan secara medis, bisa berakibat sangat fatal, dapat menimbulkan infeksi dan perdarahan yang menjurus ke kematian. Bagaimana praktek *paraji* di pedesaan Jawa Barat dalam persalinan dan sesudahnya tergambar seperti begini. Pertama, *ngolesi* (membasahi) vagina dengan minyak kelapa untuk melancarkan persalinan. Kedua, *kodok* (merogoh), di situ *paraji* selama persalinan memasukkan tangannya ke dalam vagina dan uterus untuk mengeluarkan plasenta, termasuk tindakan menggosok dan memutar, padahal hal ini bisa menyebabkan terjadinya infeksi. Ketiga, *nyanda* (bersandar), dilakukan setelah persalinan, di mana si ibu harus duduk dengan posisi punggung bersandar dan kaki diluruskan ke depan, posisi duduk ini mesti dilakukan berjam-jam (keadaan ini seringkali terjadi pembengkakan kaki atau perdarahan, tetapi hal itu dianggap justru sebagai pertanda sehat karena darah kotor sisa persalinan telah keluar). Keempat, *ruruyuk*, di sini *paraji* memasukkan ramu-ramuan berbagai daun ke dalam vagina dalam 40 hari pasca persalinan, yang berfungsi sebagai tampon untuk menyerap darah dan cairan yang keluar akibat proses persalinan; ramuan tersebut terdiri atas jahe, kunyit, daun-daunan lokal lainnya yang ditumbuk jadi satu, lalu dicampur dengan kerikan bagian bawah dari belanga yang berwarna hitam atau lapisan semen pondasi rumah. Kelima, *hawu anget* (abu hangat), di situ perempuan

yang baru melahirkan menduduki abu hangat dari dapur yang dibungkus dengan daun pisang sehabis mandi selama 40 hari, dengan tujuan agar vagina cepat kering. Dan keenam, *peuseul* (urut), tindakan memijat oleh *paraji*, dengan tujuan mengembalikan rahim ke posisi semula (Iskandar, dkk., 1996: 65).

Dari hasil penelitian itu (Iskandar, dkk., 1996: 64-65), terungkap bahwa masalah infeksi di daerah pedesaan Jawa Barat yang dialami ibu-ibu miskin lebih besar dari hanya sekedar penularan oleh bakteri. Bila persoalannya terkait dengan penularan bakteri, tindakan pencegahannya relatif sederhana, umpamanya, penolong persalinan mencuci tangan yang bersih, tempat persalinan yang bersih, dan menggunakan peralatan yang steril. Tetapi masalah infeksi ini bukan sekedar penularan bakteri, itu terkait dengan faktor ekonomi dan budaya Sunda (Jawa Barat) dalam praktek-praktek persalinan yang berbahaya, yang terutama dilakukan oleh *paraji*, tetapi malah dianggap baik untuk si ibu. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa masih banyak ibu-ibu yang memasukkan minyak dan dedaunan ke dalam vagina untuk mempercepat proses penyembuhan dan, katanya juga, dapat meningkatkan daya tarik seksual, padahal hal itu sangat beresiko tinggi untuk terkena infeksi. Anehnya juga, perilaku itu ditemui pada ibu-ibu yang berobat ke tenaga medis (bidan) dan tidak dicegah oleh bidan itu serta masih terus dianjurkan oleh para *paraji*, walaupun sebagian besar *paraji* itu sudah mengikuti pelatihan yang diadakan di puskesmas sebulan sekali. Dari kasus-kasus kematian maternal di pedesaan Jawa Barat, sebagian besar kematian ibu-ibu berlangsung ketika sedang ditangani oleh *paraji* dan lebih sedikit oleh bidan. Kalaupun ada kematian maternal yang terjadi di tangan dokter atau rumah sakit jumlahnya kecil sekali.

Penduduk setempat menganggap, bahwa praktek yang dilakukan *paraji* adalah hal yang biasa dan wajar, yang memang itulah keahlian *paraji* dalam merawat dan membantu ibu-ibu hamil dan melahirkan. Kalaupun kemudian ibu-ibu yang ditolong *paraji* itu meninggal, warga masyarakat umumnya meyakini, bahwa kematian ibu itu sudah takdir, suatu kejadian yang tak bisa dihindari atau dicegah oleh kemampuan manusia. Dan ditambah lagi, bahwa ibu yang meninggal saat hamil, ketika melahirkan, atau setelah beberapa hari melahirkan, dipercayai kematiannya sebagai syahid, dijamin akan masuk surga (Nelwan, 1998: 104; Iskandar, dkk., 1996: 86-89).

Faktor tidak langsung yang menjadi penyebab kematian maternal selanjutnya terkait dengan posisi perempuan dalam pengambilan keputusan yang tidak memiliki otonomi. Berbagai keputusan dalam rumah tangga dilakukan oleh bapak atau suami. Bila seorang Ibu saat hamil musti diperiksa, atau mengalami kesakitan, atau dalam proses persalinannya mengalami gangguan, perdarahan umpamanya, keputusan untuk apakah harus dibawa ke rumah sakit atau tidak berada di tangan suaminya. Pada beberapa kasus kematian ibu, teridentifikasi bahwa si suami tidak mengizinkan istrinya yang sakit atau mengalami gangguan dalam kehamilan dan persalinan untuk dibawa ke rumah sakit atau dokter, dengan alasan: pertama, gangguan itu bisa ditangani di rumahnya oleh *paraji*; dan kedua, tidak memiliki uang untuk membayar biaya dokter atau rumah sakit. Apalagi ketika suami si ibu yang mengalami kesakitan itu tidak berada di tempat, sudah dapat dipastikan bahwa si ibu sendiri atau anggota keluarga yang lain tidak akan berani mengambil keputusan untuk merujuk dan dibawa ke bidan, dokter, atau fasilitas medis lain tanpa persetujuan suaminya (Iskandar, 1996: 47). Proses pengambilan keputusan yang patriarkhis tersebut cenderung menimbulkan akibat yang sungguh fatal, si ibu yang sedang dihadapkan pada kesakitan itu menjadi tidak dapat tertolong (Nelwan, 1998: 101).

Lalu, faktor lainnya lagi yang terkait dengan penyebab tidak langsung berhubungan dengan kerja perempuan miskin di pedesaan. Beban kerja si ibu dari keluarga miskin dalam mengurus rumah tangga cukup berat, bahkan pekerjaan-pekerjaan itu tetap harus dilakukan sewaktu ibu-ibu dalam keadaan hamil. Di samping harus mengurus rumah tangga, kerap kali juga harus mencari nafkah untuk menutupi kekurangan pendapatan rumah tangga. Jadinya waktu kerja perempuan jauh lebih panjang per harinya, juga tak terkecuali untuk perempuan hamil. Perempuan bekerja berkisar antara 10 sampai 14 jam per hari, sedangkan laki-laki antara 8 sampai 12 jam per hari. Ketika ibu-ibu hamil suaminya juga nampak kurang berupaya untuk membantu mengurangi beban kerja istri-istri mereka. Beban kerja perempuan miskin yang berat itu bagaimanapun juga secara tidak langsung akan mendorong pada kerentanan tubuhnya ketika ia sedang hamil (Sayogyo, 1983: 113-114).

Konsumsi pangan yang terbatas dan ditambah beban kerja yang lebih banyak dan panjang daripada laki-laki, serta struktur keluarga yang patriarkhis, mengakibatkan kondisi fisik perempuan menjadi

sangat beresiko. Karena itu, ketika perempuan hamil, yang sebenarnya memerlukan banyak masukan makanan yang bergizi dan bervitamin serta sedapat mungkin mengurangi beban kerja yang berat, dan kehamilan yang mesti diperiksa secara rutin, menjadi beresiko tinggi, baik untuk dirinya maupun untuk janin yang ada dalam kandungan. Dengan kata lain, kemiskinan yang diderita, posisi sosial-ekonomi si ibu yang tidak otonom, dan praktek persalinan tradisional *paraji* memberi peluang yang besar pada dirinya untuk mengalami gangguan kehamilan dan persalinan, seperti perdarahan dan infeksi, dan bila berbagai gangguan tersebut terlambat ditangani, kematianlah yang akan dihadapinya.

Model Pelayanan Partisipatif

Namun demikian, ada fakta empiris tentang kematian maternal yang terkait dengan kemiskinan yang bertolak belakang dengan kasus-kasus yang terjadi di Indonesia, khususnya dengan daerah pedesaan di Jawa Barat. Ditemukan di beberapa negara yang sebagian besar warga masyarakatnya hidup dalam kemiskinan, yaitu di Srilanka, Costa Rica, dan Kerala, negara bagian India, tingkat kematian maternalnya relatif rendah, di bawah angka 100 per 100.000 kelahiran hidup (Caldwell, 1998: 74-161). Dari hasil penelitian di ketiga negara tersebut terungkap, bahwa meskipun tingkat kesejahteraan ekonomi kebanyakan warga masyarakat masih rendah, sama-sama miskin seperti banyak penduduk Indonesia, ternyata posisi perempuan dalam proses pengambilan keputusan dalam keluarga cukup besar. Perempuan dan laki-laki memiliki status dan peran yang relatif sejajar, dalam arti perempuan pun bisa mengambil keputusan strategis untuk kepentingan dirinya sendiri maupun anggota keluarga lainnya. Umpamanya, ketika si ibu atau ada anggota keluarga lainnya yang sakit, keputusan untuk memeriksa dan mengobati dengan membawanya ke pusat-pusat kesehatan masyarakat tidak harus menunggu keputusan suami atau bapaknya. Ketika si ibu hamil, mereka pun secara rutin memeriksakan diri pada kader-kader kesehatan yang sudah terlatih dan trampil atau datang langsung ke ahli-ahli medis yang profesional, seperti bidan dan dokter, yang tidak jauh dari lingkungan tempat tinggalnya, tanpa harus menunggu keputusan dari pihak laki-laki. Di samping itu, ketika ibu-ibu hamil, suami mereka pun membantu meringankan beban kerja, umpamanya dengan ikut bekerja di lingkungan rumah tangga.

Di ketiga negara yang dicontohkan di atas, sistem pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang berasal dari lapisan miskin juga bisa dipertanggungjawabkan dan cukup efektif. Program-program kesehatan pemerintah, khususnya pada institusi pemerintahan di daerah, dikembangkan secara demokratis-partisipatif. Warga masyarakat, termasuk kaum perempuannya, ikut urun-rembug dalam merencanakan dan melaksanakan program-program kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan komunitas sendiri. Banyak anggota masyarakat, khususnya kaum perempuan, yang menjadi kader-kader kesehatan yang cukup terlatih (Caldwell, 1988: 98). Para kader kesehatan perempuan yang berada di desa-desa itu tidak bekerja asal-asalan, karena mereka mendapat insentif dari pemerintah dan dari iuran warga masyarakat sendiri. Di samping itu, para kader kesehatan perempuan tersebut merasa mendapat prestise atau penghargaan yang tinggi, karena usul dan saran yang mereka ajukan selalu diakomodasi untuk menjadi bahan pertimbangan yang diprioritaskan dalam rencana dan implementasi pelayanan kesehatan pemerintah daerah.

Peran dan kegiatan institusi-institusi kemasyarakatan, semacam LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), dalam bermitra dengan pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan juga cukup besar. LSM-LSM bersama-sama pemerintah daerah menjadi fasilitator dalam penyuluhan dan pelatihan kader-kader kesehatan pedesaan, sekaligus juga melakukan monitoring dan evaluasi atas implementasi program-program kesehatan untuk masyarakat miskin. Di samping itu, LSM-LSM juga aktif dalam membangun dan mengelola pusat-pusat kesehatan masyarakat bersama-sama pemerintah daerah dan para kader kesehatan.

Sebaliknya, umumnya di negara-negara berkembang lainnya, termasuk di Indonesia, program-program kesehatan pemerintah terjebak pada birokratisme dan dirancang secara *top-down* (Haliman dan Williams, 1988: 516-538). Masyarakat hanya dijadikan obyek pembangunan kesehatan, bukan subyek yang bisa ikut terlibat langsung dalam upaya pengembangan kesehatan mereka sendiri. Meskipun kader-kader kesehatan di desa-desa di Indonesia juga sudah dibentuk sejak tiga dasa warsa lalu dengan berbagai pelatihan yang musti mereka ikuti, nampaknya para kader itu tidak bekerja sepenuhnya, terutama karena insentif yang mereka terima sangat minim, sementara kebutuhan rumah tangga mereka juga harus dipenuhi. Di samping itu, peran para kader itu juga sangat marginal, usul dan saran atau inisiatif mereka jarang

diterima dalam rencana dan implementasi pembangunan kesehatan di pedesaan. Diasumsikan, bahwa program kesehatan adalah tugas utama dari institusi kesehatan pemerintah, yang sedapat mungkin tidak dicampuri oleh keikutsertaan institusi-institusi kemasyarakatan (Haliman dan Williams, 1988: 520-529). Konsep dan rancangan perbaikan kesehatan untuk masyarakat desa dibuat oleh elit-elit birokrasi secara seragam dan kemudian dipaksakan agar dilaksanakan tanpa harus banyak dipertanyakan relevansinya dengan situasi kewilayahan, kebudayaan, dan kemampuan ekonomi masyarakat desa itu sendiri. Bahkan tenaga-tenaga medis pemerintah di tingkat terbawah pun kerap tidak terlibat dalam proses pembuatan prosedur dan petunjuk-petunjuk teknis tersebut (Santoso, 1988: 348-363).

Kemudian juga, meski berbagai aturan sudah dibuat oleh birokrasi kesehatan untuk menangani kegawatdaruratan, umpamanya dalam pencegahan dan penanganan kematian maternal, ternyata pada praktek pelayanannya, jadi pada tingkat pelaksanaannya di lapangan, menunjukkan adanya kelemahan dalam supervisinya. Misalnya, tidak efektifnya penyebarluasan informasi tentang gejala-gejala yang dapat menimbulkan resiko dalam kehamilan dan persalinan, yang sesungguhnya desiminasi informasi itu bisa dilakukan dengan bantuan aparatur medis di tingkat puskesmas dan para kader di desa yang sudah dilatih. Lalu, juga ditemukan adanya kekurangtrampilan bidan dan paramedis dalam memberikan pelayanan obstetrik dasar; kekurangmampuan rumah sakit di tingkat kabupaten/kota, termasuk di dalamnya bidan dan dokter, untuk memberikan pelayanan obstetrik yang lebih komprehensif daripada di tingkat puskesmas; rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan pada ibu-ibu yang sedang menderita kesakitan; dan tidak tersedianya obat-obatan untuk pelayanan obstetrik gawat darurat (Iskandar, 1996: 91).

Di samping itu, khususnya untuk orang-orang miskin di pedesaan Jawa Barat, aksesibilitas pada institusi kesehatan modern cukup jauh. Rumah-rumah warga desa miskin cenderung berada di daerah-daerah terpencil, yang prasarana dan sarana transportasinya jauh dari memadai untuk bisa menjangkau institusi kesehatan modern yang dikelola pemerintah. Karena itu, kenapa ketika ibu-ibu di pedesaan mengalami komplikasi kehamilan atau gangguan saat persalinan, selalu terlambat untuk bisa dirujuk ke rumah sakit, karena minimnya kondisi transportasi. Pemeriksaan rutin selama kehamilan pun jarang dilakukan oleh ibu-ibu hamil yang miskin, karena jauhnya tempat-tempat

pemeriksaan tersebut, di samping juga untuk datang ke tempat-tempat pemeriksaan kehamilan memerlukan ongkos yang relatif besar bagi ukuran kondisi ekonomi mereka, apakah itu untuk transportasi, membayar pemeriksa, dan juga mungkin obat-obatan. Kalaulah si korban sampai pada rujukan ke rumah sakit, masih tetap menunjukkan pula adanya kelemahan dalam aplikasi prosedur standar dalam pelayanan pengobatan kepada pasien, khususnya untuk masalah maternal. Sering terjadi tenaga rumah sakit memberikan instruksi kepada anggota keluarga untuk membeli obat-obatan atau darah di luar rumah sakit, di mana lokasi pembelian cukup jauh. Bukankah dalam prosedur penanganan masalah obstetrik maternal, seperti obat dan darah, mestinya tersedia di rumah sakit? Karena masalah itulah, maka kematian kerap terjadi ketika suami atau anggota keluarga lainnya sedang berusaha mendapatkan obat atau uang untuk pembelian obat tersebut (Iskandar, 1996: 94).

Refleksi

Terutama dengan mengambil contoh dari ketiga negara tersebut, ada beberapa hal yang dapat diidentifikasi sehubungan dengan persoalan kematian ibu. Pertama, terlihat betapa signifikannya hubungan antara posisi perempuan dalam rumah tangga dan masyarakat dengan fenomena kematian maternal. Artinya, bahwa posisi perempuan yang relatif memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan berhubungan secara positif dengan relatif rendahnya jumlah kematian maternal. Kedua, sistem pelayanan kesehatan yang partisipatif, melibatkan warga masyarakat, juga berhubungan secara positif dengan rendahnya kematian maternal. Dengan demikian, di ketiga negara itu, determinan faktor kemiskinan dalam mendorong tingginya kematian maternal bisa dieliminasi.

Tetapi untuk kasus kematian maternal di Indonesia, khususnya di Jawa Barat, faktor kemiskinan ekonomi nampaknya masih memiliki peran yang menentukan, ditambah lagi bahwa posisi perempuan dalam pengambilan keputusan di keluarga relatif tidak otonom serta sistem pelayanan kesehatan, baik pada tingkat perencanaan maupun implementasinya, tidak menampakkan pola yang partisipatif, bahkan untuk tenaga medis pemerintah di tingkat bawah juga nampak sepertinya tidak ada keterlibatan. Di samping itu, pada tingkat praktek pelayanan, kerap juga terjadi di mana tenaga-tenaga medis kurang mengikuti prosedur yang telah ditetapkan dan lebih menampakkan cara

kerja yang kurang profesional dalam pencegahan dan penanganan permasalahan kematian maternal. Nah, dalam konteks posisi perempuan yang tidak mandiri serta pelayanan kesehatan yang elitis dan birokratis itulah yang menjadikan situasi kemiskinan masyarakat tetap menjadi faktor penyebab tidak langsung yang menentukan bagi tingginya Angka Kematian Ibu, meskipun secara medis atau penyebab obstetriknya bisa dicegah oleh dokter yang profesional dan rumah sakit yang memiliki peralatan yang memadai.

Di zaman Kartini hidup, lebih seabad lalu, saat ilmu kedokteran belum begitu berkembang dan terbatasnya jumlah tenaga medis, meski data kuantitatifnya belum banyak tergalai, kiranya cukup banyak ibu-ibu yang meninggal karena kasus perdarahan dan infeksi, baik selama hamil, melahirkan, atau beberapa saat sehabis melahirkan. Kartini saja seorang istri bupati yang tentunya dari segi materi berkecukupan, dan yang dalam persalinannya dibantu oleh dokter, perdarahannya tidak tertangani, apalagi ibu-ibu dari keluarga miskin yang dalam persalinan mereka tidak dibantu dokter atau bidan.

Karena itulah, dengan belajar dari pengalaman ketiga negara itu, ternyata situasi kemiskinan masyarakat untuk sementara tidak harus menjadi kendala yang utama dalam mengurangi jumlah kematian maternal. Justru langkah pertama yang harus segera dilakukan untuk mengurangi AKI adalah pengembangan program pemberdayaan perempuan, terutama penguatan posisi perempuan pada level pengambilan keputusan dalam keluarga maupun masyarakat. Karena dalam soal inilah titik krusialnya, yaitu adanya ketidakberdayaan perempuan akibat kuatnya sistem masyarakat patriarkhis. Jadi sistem patriarkhis ini yang perlu dibongkar terlebih dahulu.

Lalu langkah selanjutnya, tetapi juga bisa bersamaan dengan langkah pemberdayaan perempuan, adalah mengembangkan program-program kesehatan masyarakat yang tidak birokratis dan sentralistik, tetapi dirancang secara partisipatif dan yang sesuai dengan kemampuan masyarakat sendiri. Warga masyarakat yang menjadi kelompok sasaran program kesehatan, termasuk kaum perempuan, harus ditempatkan sebagai subyek dan pelaksana yang bermitra dengan instansi pemerintah, LSM, dan komunitas-komunitas masyarakat lainnya. Bagaimana semua komponen kemasyarakatan dan instansi pemerintahan dari tingkat atas sampai bawah dilibatkan secara sinergis, masing-masing saling mendukung dan mengontrol, sehingga meskipun

kemiskinan masih menjadi ciri sebagian besar warga masyarakat, kemiskinan itu bukanlah kendala utama untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya dalam rangka untuk mengurangi kematian ibu.

Kepustakaan

- Adrina, dkk. *Hak-hak Reproduksi Perempuan yang Terpasung*. Jakarta: SH, 1998.
- Caldwell, John C. "Menuju Mortalitas Rendah di Negara Miskin," dalam Masri Singarimbun (editor), *Kelangsungan Hidup Anak*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1988.
- Cholil, Abdullah. "Aspek Sosial Budaya terhadap Kematian Ibu," Makalah yang dipresentasikan dalam *Seminar Nasional tentang Kematian Ibu Tanggung Jawab Bersama*. Jakarta: Gerakan Sayang Ibu, Indonesia Sehat 2010, dan Aliansi Pita Putih, 2002.
- Freedman, Lynn P. dan Deborah Maine. "Kematian Wanita: Warisan Ketidakpedulian, dalam Marge Koblinsky, Judith Timyan, Jill Gay (editor), *Kesehatan Wanita; Sebuah Perspektif Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
- Haliman, Arief dan Glen Williams. "Dapatkan Digusur Gunung Birokrasi? Mengembangkan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa di Indonesia," dalam Masri Singarimbun (editor), *Kelangsungan Hidup Anak*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1988.
- Iskandar, Meiwita B. Dkk. *Mengungkap Kematian Ibu di Jawa Barat*. Depok: Pusat Penelitian Kesehatan, Lembaga Penelitian, Universitas Indonesia, 1996.
- Merchan, Kathleen M. dan Kathleen M Kurtz. "Gizi Wanita pada Setiap Fase Siklus Kehidupan: Kerentanan Sosial dan Biologis," dalam Marge Koblinsky, Judith Timyan, Jill Gay, *Kesehatan Wanita; Sebuah Perspektif Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
- MNH (Maternal and Neonatal Health) dan Pita Putih. *Upaya Penyelamatan Ibu Melahirkan*. Jakarta: 2002.

- Mohamad, Kartono. *Kontradiksi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: SH, 1998.
- Nelwan, Ilsa. "Surga di Bawah Telapak Kaki Ibu, ... Mungkin," dalam Primariantari, dkk (editor), *Perempuan dan Politik Tubuh Fantastis*. Yogyakarta: Yayasan Kanisius, 1998.
- Santoso, Paulus Hidayat. "Peranserta dari Bawah dalam Birokrasi-birokrasi yang Hirarkis; Dilema tak Terpecahkan dalam Perawatan Kesehatan Primer di Indonesia," dalam Arief Budiman dan Ph. Quarles van Ufford (editor), *Krisis Tersembunyi dalam Pembangunan; Birokrasi-birokrasi dalam Pembangunan*. Jakarta: Gramedia, 1988.
- Sayogyo, Pudjiwati. *Peranan Wanita dan Perkembangan Masyarakat Desa*. Jakarta: Rajawali Pers, 1983.
- Sayogyo, Pudjiwati. *Peranan Wanita dan Perkembangan Masyarakat Desa*. Jakarta: Rajawali Pers, 1983.
- Sciortino, Rosalia. *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1999.
- Soeroto, Sitisomandari. *Kartini; Sebuah Biografi*. Jakarta: Gunung Agung, 1979.