

**KEBIJAKAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA**
Kasus Kematian Ibu Hamil di Sulawesi Selatan

MAKOTO ITO *

ABSTRACT

This report is mainly based on the field research that I conducted as a short-term JICA expert in August 1997 and October 1998. The JICA Project was concerned on public health, aiming to improve the conditions of primary health care system in South Sulawesi. Since the end of 1996 the Department of Health R.I. has been promoting the safe motherhood movement (Gerakan Sayang Ibu). One of its purposes is to lessen high maternal mortality rate (MMR), which Indonesia shows the highest among ASEAN countries. As to the reasons of relatively higher MMR in Indonesia, it comes to be recognized that some social and cultural factors contribute as much as medical ones. So my purpose of this report is (1) to know medical behavior on maternal care among local people and (2) to know how maternal death was happened, focussing on the narratives given by the family members concerned. From the results of enquete research (chapter 4) I suggest that though "medicalization" is rapidly going on in the field of maternal care, local people are still difficult to accept delivery as only a medical matter. Rather, it constitutes a part of integral whole of social reproductive process. In other words, a baby is born not only as a biological being but also as a social one. For them, the latter point is more important, so people do not hesitate to expend much money to hold a birth ceremony, which gives an occasion that marks social recognition of new-born. In following chapters (5 - 8), I take five maternal death cases as example and discuss problematical points which I find through the cases. One of the most crucial one is a lack of communication between local people and traditional irth attendants on one hand, and a newly located village midwife on the other. Lastly, to improve these conditions I give some practical suggestions.

**LEMBAGA KESEHATAN
PEMERINTAH DI INDONESIA**

Mari kita melihat secara ringkas, lembaga kesehatan pemerintah. Tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten, secara vertikal sama saja

dengan departemen lain nya. Pada tingkat kabupaten ada 2 lembaga, yaitu Kandep dan Dinas Kesehatan. Kandep bertugas perencanaan sedangkan Dinas sebagai pelaksana. Akan tetapi pada kenyataannya, Dinas Kesehatan menangani lembaga pengobatan tingkat Kabupaten dan klinik. Dinas Kesehatan tingkat kabupaten menangani Rumah Sakit Umum,

* Associate Professor of Social Anthropology
Tokyo Metropolitan University

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Puskesmas Pembantu (Pustu). Setiap kabupaten terdapat rata-rata satu Rumah Sakit Umum, dan rata-rata 1-3 Puskesmas per kecamatan tergantung dari luas kecamatannya dan jumlah penduduk. Puskesmas biasanya memiliki fasilitas tempat tidur, dokter (umumnya dokter kontrak lulusan baru), perawat, bidan, dan petugas kesehatan lainnya. Sebaliknya, Pustu tidak memiliki dokter dan hanya ditangani oleh perawat atau bidan. Selain itu juga terdapat Pos Persalinan di desa (Polindes) yang ditangani oleh bidan di desa (Bidides: umumnya lulusan sekolah perawat dengan kontrak 3 tahun). Sedangkan karena bangunannya didirikan dengan swadaya dan tenaga kerja masyarakat setempat maka tidak berarti selalu tersedia bangunan Polindes bagi setiap Bidides yang ditugaskan.

Sistem lembaga kesehatan yang ada cenderung dijalankan dengan sistem *Top-Down*, yaitu dengan Depkes sebagai puncak namun tidak dapat dilupakan lembaga desa yang boleh dikatakan disebut *Bottom-Up* yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Sebagai dasar kegiatan Puskesmas di desa, terdapat posyandu, yang kegiatannya dilaksanakan oleh kader (terdapat 4 – 6 orang kader per satu posyandu) dengan 5 jenis kegiatan yang dilakukan secara teratur, yaitu bimbingan gizi, pencegahan diare, keluarga berencana, vaksinasi, dan kesehatan ibu dan anak. Tahun-tahun terakhir ini, di setiap RT (rukun tetangga), diaktifkan dasa wisma (kesehatan rukun tetangga).

Dibanding dengan kegiatan PKK yang sangat bervariasi dan sangat tergantung pada inisiatif aktivisnya, kegiatan Posyandu dan Dasawisma ini merupakan terobosan baru karena dapat lebih terarah pada kesehatan sehingga penyuluhan dan pembimbingannya dapat lebih efektif.

FASILITAS KESEHATAN DI SULSEL

Selanjutnya, untuk kondisi fasilitas

kesehatan mari kita meninjau 3 kabupaten, yaitu Soppeng, Pinrang dan Bulukumba. Soppeng dan Pinrang secara umum dihuni oleh suku Bugis, sedangkan Bulukumba, di daerah dataran dihuni oleh Suku Bugis dan wilayah gunung bercampur dengan Suku Makassar. Soppeng terletak 4 jam perjalanan ke Utara kota Ujung Pandang. Pinrang juga ke arah Utara sejauh ± 3 jam perjalanan, menghadap ke pantai Selat Makassar. Selain terdapat tanaman padi, juga tambak udang dan ikan. Kabupaten Bulukumba, terletak di Selatan Ujung Pandang, menghadap ke Laut Flores, dengan latar belakang Gunung Bawakaraeng. Semua ibukota kabupaten ini berjarak rata-rata 200 km dari kota Ujung Pandang. Pinrang dan Bulukumba sejak tahun 1997 merupakan lokasi proyek JICA. Data yang ditampilkan disini adalah data tahun sebelumnya.

Standar penempatan Puskesmas di Pulau Jawa adalah 1 Puskesmas setiap 30.000 penduduk⁽²⁾. Jika standar ini diterapkan pada kondisi 3 kabupaten di Tabel 1, persyaratan standar tersebut dapat dipenuhi. Kondisi penempatan dokter (kecuali dokter gigi) adalah satu orang dokter untuk setiap Puskesmas. Selain dari itu hal yang tidak jelas pada tabel ini adalah tentang dokter ahli. Di Soppeng tidak terdapat dokter ahli, tetapi di Pinrang dan Bulukumba, di masing-masing RSUD terdapat 3 orang dokter ahli. Di pihak lain, melihat penempatan bidan, jumlah bidan Puskesmas dan Bidides yang sebanding dengan jumlah desa hanya di Soppeng. Ini pun masih jauh dari target jika berdasarkan sasaran GSI yaitu satu orang bidan setiap desa. Jika membandingkan jumlah desa dan jumlah Bidides, maka Kabupaten Pinrang tertinggi dengan penempatan 49,5 %, Soppeng 31,8% dan kabupaten Bulukumba 21,9 % (lihat Tabel 1). Jika jarak suatu desa dan Puskesmas dekat, maka bisa dikatakan penempatan Bidides tidaklah mutlak untuk desa tersebut. Sebaliknya jika letak desa jauh maka tingkat penempatan lebih tinggi. Walaupun telah diusahakan mengatasi kekurangan ini, pada kenyataannya jumlah Bidides masih juga tidak

cukup.

Tabel 1. Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan Kabupaten Soppeng, Pinrang, dan Bulukumba (1996)

Kabupaten	Soppeng	Pinrang	Bulukumba
Jumlah Penduduk 1996	229330	311454	353482
Luas (km ²)	1500	1962	1155
Jumlah Kecamatan	6	8	7
Jumlah Desa	66	103	123
Jumlah RSUD	1	1	1
Jumlah Puskesmas	14	11	14
Jumlah Posyandu *1	307 (307)	340 (340)	407 (347)
Total Jumlah dokter (dokter Puskesmas) *2	24 (14)	18 (11)	24 (14)
Total Jumlah perawat (perawat Puskesmas) *3	130 (77)	165 (112)	142 (85)
Total Jumlah Bidan	78	104	83
Bidan Puskesmas	44	33	44
Bidan Desa *4	21	51	27

(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Soppeng 1996, Profil Kesehatan Pinrang 1996, Profil Kesehatan Kabupaten Bulukumba 1996)

- *1 Angka dalam kurung () adalah Posyandu yang memiliki laporan kegiatan. Di Kabupaten Bulukumba, banyak posyandu yang tidak memiliki laporan.
- *2 Angka dalam kurung () memperlihatkan jumlah dokter yang ditempatkan di Puskesmas. Jika total jumlah dokter dikurangi dengan jumlah dokter Puskesmas maka akan diperoleh jumlah dokter yang ditempatkan di RSUD dan dokter yang bertugas di pemerintahan.
- *3 Jumlah perawat pada statistik kesehatan diklasifikasikan menurut tingkat pendidikannya, tetapi yang ditampilkan di sini adalah jumlah total. Angka yang terdapat di dalam kurung () menunjukkan jumlah perawat yang ditempatkan di Puskesmas dan Pustu
- *4 PTT adalah singkatan dari Pegawai Tidak Tetap. Bidan yang ditempatkan di desa adalah yang terikat kontrak 3 tahun, disebut bidan di desa (Bidides).

BIMBINGAN IBU HAMIL OLEH PUSKESMAS DAN BIDIDES

Seperti dijelaskan pada awal tulisan ini, hal yang diutamakan oleh GSI adalah agar pemeriksaan kehamilan dilakukan di Puskesmas. Tingkat pencapaian K1, K4 (K1

adalah pemeriksaan awal, K4 berarti 4 kali pemeriksaan selama hamil) merupakan prestasi dinas kesehatan kabupaten yang dilaporkan setiap tahun kepada Kanwil Depkes⁽³⁾.

Data pemeriksaan ibu hamil yang dibutuhkan adalah identifikasi atau pengenalan

ibu hamil. Ibu-ibu hamil tidak selalu segera menghubungi bidan. Yang melaporkan hal ini adalah utamanya si kader⁽⁴⁾. Melalui kesempatan kunjungan ke Polindes dan Posyandu, setiap bulan data ini dilaporkan kepada Bidides atau bidan Puskesmas dan dijumlahkan pada setiap Puskesmas. Yang diperlihatkan di sini adalah sebagian dari jumlah tersebut (lihat Tabel 2)⁽⁵⁾.

Pada Tabel 2, jumlah ibu hamil diper-oleh dengan menjumlahkan angka ibu hamil yang dilaporkan oleh masing-masing Puskesmas.

Angka inilah yang merupakan data prediksi tingkat pemeriksaan kehamilan. Ibu hamil dianjurkan memeriksakan kehamilan kepada bidan minimal 4 kali. Isi pemeriksaan dijabarkan dalam T5, yaitu : penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan letak rahim dan pemberian pil zat besi selama 3 bulan. Pada pemeriksaan, hasil pemeriksaan dicatat dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) dan diserahkan pada ibu hamil. Untuk ibu hamil beresiko, dianjurkan lebih sering memeriksakan kehamilan, atau dianjurkan melahirkan di Puskesmas atau RSU⁽⁶⁾.

Tabel 2. Tingkat Pemeriksaan Ibu Hamil Kabupaten Pinrang 1996

Puskesmas	Jumlah Penduduk Wanita	Jumlah Ibu Hamil	Pemeriksaan K1	Pemeriksaan K4	Tingkat Pemeriksaan (K1 (%))	Tingkat Pemeriksaan (K4 (%))
Mattirobulu	12704	656	606	408	92,65	62,19
Suppa	13739	722	656	507	90,85	70,22
Tiroang	43634	935	1051	671	112,4	71,76
Salo		1369	1494	1020	109,13	74,56
Teppo	16404	869	825	604	94,93	69,50
Mattombong	22532	696	778	635	111,78	91,23
Lasinrang		446	481	380	107,84	85,20
Bungi	21270	612	562	383	91,83	62,58
Lampa		587	568	393	96,70	66,95
Tuppu	18632	949	887	506	93,46	53,31
Cempa	8053	457	463	419	101,31	91,68

(Profil Kesehatan Pinrang 1996 TABEL 19 A)

HASIL SURVEI TENTANG IBU HAMIL

Secara garis besar pada bagian awal kita telah meninjau lembaga kesehatan dengan berfokus pada ibu hamil. Selanjutnya, kita akan mencoba menjajaki bagaimana pandangan masyarakat tentang persalinan dan kesehatan terhadap lembaga kesehatan dan pengobatan pemerintah tersebut. Berdasarkan hasil angket

pada survei di lima desa⁽⁷⁾ Kabupaten Pinrang tahun 1997, ditambah dengan pengetahuan penulis dari survei sebelumnya, dipaparkan mengenai 1) umur saat hamil pertama, 2) lokasi/tempat melahirkan, 3) pemeriksaan kehamilan, dukun 4) orang yang menolong persalinan, dan 5) upacara melahirkan.

Mula-mula tentang responden yang terdiri dari ibu-ibu yang pernah hamil. Klasifikasi

umum adalah sebagai berikut :

15 – 20 tahun	= 12 orang
21 – 25 tahun	= 23 orang
26 – 30 tahun	= 20 orang
31 – 35 tahun	= 10 orang
36 – 40 tahun	= 8 orang
41 – 45 tahun	= 3 orang
46 – 50 tahun	= 1 orang

Umur rata-rata responden adalah 28,0 tahun (angka ke-2 dibelakang koma dibulatkan ke bawah jika < 5 dan dibulatkan ke atas jika > 5). Jumlah anak rata-rata 2,16 orang. Jika dilihat responden > 30 tahun, maka jumlah anak rata-rata 4, 14 orang. Pada survei ini, terdapat 55 orang responden yang berumur 15 – 30 tahun berarti, 70 % dari total responden. Jumlah responden berumur muda lebih banyak karena wawancara dilakukan saat kesempatan hari kunjungan tetap ke Posyandu saat ibu-ibu berkumpul. Ini berarti bahwa metode pengambilan sampel ini belum sempurna, namun tidak dapat diingkari bahwa melalui survei ini dapat dimengerti perilaku ibu-ibu terhadap pengobatan yang sehubungan dengan persalinan.

1. Usia saat kawin pertama dan melahirkan pertama

Secara umum di daerah pedesaan Bugis, ada kecenderungan kawin pertama usia muda. Khususnya keluarga petani, mereka cenderung cepat menikahkan anak-anaknya. Menikahkan anak-anak adalah tugas sebagai orang tua. Jadi alasan yang umum adalah supaya cepat menyelesaikan dan bebas dari beban tugasnya.

Untuk membuktikan hal ini, para responden ditanyakan umur kawin pertama dan melahirkan pertama dengan hasil sebagai berikut :

Dari 78 orang responden, umur kawin pertama :

11 – 15 tahun	18 orang
16 – 20 tahun	46 orang
21 – 25 tahun	10 orang
> 26 tahun	4 orang

Ini berarti dari 78 orang terdapat 64 orang (82 %) yang menikah di bawah umur 20 tahun. Usia responden yang relatif muda mungkin mempengaruhi angka ini. Namun terlihat bahwa dari responden wanita > 26 tahun yang berjumlah 43 orang pun, 31 orang di antaranya (72%) menikah pada umur < 20 tahun. Yang berhubungan dengan kawin muda ini adalah riwayat pendidikan rata-rata wanita yang relatif rendah. Di antara 72 responden (6 orang tidak mengisi), klasifikasi pendidikan sebagai berikut:

Lulusan SMU	7 orang
Lulusan SMP	12 orang
Lulusan SD	39 orang
Tidak lulus SD	11 orang
Tidak sekolah	3 orang

Ini berarti yang berpendidikan lulus SMP ke bawah 90% dari total responden. Satu hal lagi yang harus diperhatikan adalah sebagian besar wanita melahirkan pada tahun pertama. Pada perkawinan suku Bugis dan Makassar, pasangan umumnya tinggal di rumah pihak wanita. Kecenderungan ini lebih kuat di pedesaan. Dengan kawin muda ini, ibu muda tersebut tidak sempat menikmati masa muda dan memulai hidup baru di rumah orangtuanya bersama suami yang juga masih muda. Di sekitarnya, terdapat orang tua dan saudara-saudaranya. Dengan keluarga berada di sekitarnya, tanpa masalah si gadis beralih menjadi istri. Namun, sebaliknya, tidak begitu menghayati perannya sebagai ibu. Selanjutnya, tanpa cukup pengetahuan dan kesempatan untuk memikirkan keluarga berencana, mereka tiba-tiba menjadi ibu. Oleh karena mereka pasangan kawin muda sebagian besar hidup di rumah orang tua pihak wanita, mereka umumnya belum mandiri secara ekonomi. Dalam kondisi seperti inilah, mereka menghadapi persalinan pertama.

2. Tempat Melahirkan

Sekali lagi dikatakan bahwa pada masyarakat Bugis yang cenderung tinggal di rumah orang tua wanita setelah kawin, maka lumrah jika tempat melahirkan juga lebih dominan di

rumah orang tua istri. Jika anak gadis yang menikah telah memiliki anak, dan anak gadis berikutnya telah saatnya menikah, maka sang kakak sekeluarga mulai berpisah dari orang tua dan mendirikan rumah tangga mandiri di dekatnya. Tidak jarang suami berumur muda setiap hari merasa tertekan di rumah orang tua istrinya, dan tidak cocok dengan mertua laki-laki. Dengan mendirikan rumah tangga mandiri maka suami yang masih muda ini merasa lega dan bebas dari tekanan, sehingga bisa memperoleh kebebasan⁽⁸⁾. Latar belakang tersebut menyebabkan timbulnya pilihan a,b dan c untuk pertanyaan tentang tempat melahirkan.

Pada angket terdapat pilihan-pilihan: a. rumah orang tua istri, b. rumah orang tua suami, c. rumah sendiri, d. rumah sakit, e. klinik bersalin/bidan, f. lain-lain, dan g. gabungan antara rumah sakit dan a, b atau c.

Hasil survei adalah sebagai berikut :

a. 42 orang	53,8 %
b. 4 orang	5,1 %
c. 10 orang	12,8 %
d. 8 orang	10,2 %
e. 1 orang	1,3 %
f. 2 orang	2,7 %
g. 11 orang	14,1 %

Mula-mula, mari kita melihat jumlah ibu yang melahirkan di tempat yang memiliki fasilitas kesehatan (d dan e), dan membandingkan dengan kelahiran di rumah (a, b, c). Yang melahirkan di fasilitas kesehatan adalah tidak lebih dari 11,5 %, sedangkan di rumah 71,7 %. Dengan demikian jelas sekali bahwa jumlah yang melahirkan di rumah lebih banyak daripada di fasilitas kesehatan. Sebenarnya melahirkan di rumah sakit hanya pada kasus persalinan. Data ini sejalan dengan alasan yang diberikan responden bahwa melahirkan dengan bantuan orang tua atau nenek adalah hal yang diharapkan.

Jika meninjau tempat melahirkan di rumah, maka ada perbedaan nyata antara rumah orang tua istri atau suami. Untuk yang memilih jawaban di rumah dan rumah sakit ada 11

orang, seluruhnya adalah kelahiran di rumah orangtua wanita yang karena mengalami kondisi sulit dibawa ke rumah sakit. Jika pilihan (g) ini dijumlahkan ke (a) maka selisihnya menjadi besar. Dari sini dapat disimpulkan bahwa rumah orang tua wanita merupakan pilihan yang diprioritaskan. Sehubungan dengan ini, ada yang mengatakan bahwa melahirkan di rumah mertua menyebabkan persalinan sulit. Umumnya, walaupun istri telah tinggal di rumah tangga sendiri, pada saat melahirkan mereka kembali ke rumah orang tua.

Sebaliknya jika melihat alasan 8 orang yang memilih rumah sakit, alasannya adalah atas saran bidan (3 orang), tempat tinggal dekat rumah sakit (2 orang), mampu membayar dan lebih aman (2 orang). Sisa satu orang memberi alasan bahwa di tempat kerja di Malaysia, melahirkan di rumah sakit adalah hal yang wajib dilakukan. Yang bisa ditangkap dari sini adalah bahwa alasan pertama melahirkan di rumah sakit bukanlah karena mempertimbangkan segi keamanan. Walaupun juga dibuktikan bahwa melahirkan di rumah sakit relatif dianggap lebih aman daripada melahirkan di rumah. Namun yang dipertimbangkan bukan hanya hal tersebut. Selama belum merasa pasti akan resiko dan bahaya kelahiran yang dihadapi atau karena terbatasnya kemampuan ekonomi maka pilihan ini belum akan berubah⁽⁹⁾.

3. Pemeriksaan kehamilan dan Peran Dukun Secara Tradisional

Telah dijelaskan sebelumnya bahwa sekarang disarankan supaya ibu hamil memeriksakan diri kepada bidan minimum 4 kali selama masa kehamilan. Jika dikecualikan responden-responden berumur lanjut yang telah melahirkan sebelum penempatan Bidides, maka nilai K1 dan K4 pada Tabel 2 memperlihatkan bahwa petunjuk ini cukup tersosialisasikan ke masyarakat. Hasil survei yang dilakukan penulis memperlihatkan ibu hamil memeriksakan diri minimum 2 kali dan bahkan ada yang sampai 12 kali.

Yang berhubungan dengan ibu hamil selama masa hamil bukan hanya bidan tetapi peran dukun pun tidak dapat dilupakan. Yang dimaksud dengan dukun di sini adalah orang-orang yang mempunyai pengetahuan pengobatan secara turun-temurun terutama yang mempunyai pendidikan menolong persalinan, sebagian besar wanita yang dibedakan dari dukun secara umum (bahasa Indonesia) dan *sanro* (bahasa Bugis) dengan istilah dukun beranak atau *sanro memana*'. Sekarang ini, sebagian besar dukun beranak telah tercatat di Puskesmas dan telah mendapat pendidikan/pelatihan persalinan. Di lembaga kesehatan pemerintah, dukun hanya dianggap sebagai pembantu bidan namun sebenarnya perannya tidak terbatas di situ saja. Mereka mengurus badan ibu hamil, memanfaatkan keahlian membetulkan posisi bayi di dalam perut, dan yang paling penting adalah peranannya dalam upacara syukuran kelahiran. Tidak hanya terhadap ibu hamil namun juga terhadap keluarga, keberadaan dukun membawa peran yang berarti dalam mempertahankan kepercayaan dan budaya kehidupan sosial.

Selanjutnya, mari kita melihat tindakan-tindakan ibu hamil pada kehamilan pertama. Mula-mula, bagaimana mereka mengetahui bahwa dirinya hamil? Alasan yang tertinggi pertama adalah haid terlambat, berikut mual-mual dan muntah atau sakit kepala dan lain-lain gejala penyakit⁽¹⁰⁾. Ada beberapa orang yang diberitahu oleh ibunya. Selanjutnya, kehamilan disampaikan pada siapa. Urutannya, pada suami 59 orang, diikuti oleh ibu 13 orang, nenek 4 orang. Sebelum dan sesudahnya untuk memastikan kehamilan mereka menjalani pemeriksaan. Pemeriksaan ini dilakukan terbanyak di Puskesmas 35 orang dari total 78 orang, di rumah bidan 21 orang, rumah sakit 12 orang, dan yang memanggil dukun 10 orang. Alasan pemilihan ini hanya dijawab oleh 53 orang, namun yang memilih bidan, Puskesmas, dan rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya umumnya memberi alasan lebih aman dan ada peralatan. Alasan khawatir akan kondisi tubuh

diberikan oleh 18 orang, sedangkan alasan letak rumah yang dekat diberikan oleh 16 orang. Sedangkan, yang memanggil dukun memberikan alasan ekonomis, karena dukun lebih murah.

Dengan melihat cara ini, maka tindakan ibu hamil memilih fasilitas kesehatan karena ada tingkat kepercayaan terhadap lembaga tersebut, sedangkan jenis lembaga dipilih tergantung pada jarak letaknya dari rumah masing-masing dan transport (jarak dan biaya transport). Jelas terlihat bahwa pemilihan dukun utamanya didasarkan pada pertimbangan ekonomis.

4. Orang Yang Menolong Kelahiran

Seperti yang terlihat sebelumnya, lokasi kelahiran sebagian besar di rumah, jauh lebih tinggi daripada kelahiran di lokasi fasilitas kesehatan. Bagaimana hubungannya dengan pilihan tempat pemeriksaan selama kehamilan?

Pada setiap dinas kesehatan, pertolongan saat melahirkan dilakukan oleh paramedis dan dukun terlatih yang dilaporkan untuk menentukan pencapaian setiap tahun. Angka tersebut tidaklah mampu menggambarkan kondisi yang sebenarnya. Dalam arti, proses mulai dari rasa sakit, persalinan, pemotongan tali pusar. Jika paramedis atau dokter bersamasama dengan dukun terlibat dalam proses tersebut maka diklasifikasikan sebagai pertolongan persalinan oleh paramedis. Sebaliknya, dapat dikatakan bahwa pengklasifikasian dukun hanya terjadi jika dukun tersebut melakukan seluruh proses sendirian.

Untuk mengatasi kekurangan ini maka pada survei ini penulis mencoba menguraikan dengan pertanyaan siapa yang mengeluarkan bayi dan siapa yang memotong tali pusar⁽¹¹⁾. Hasilnya, di antara 78 responden, oleh anggota keluarga saja ada 4 kasus (5,1 %), oleh dukun (atau dibantu oleh anggota keluarga) 33 kasus, oleh bidan (atau dibantu oleh anggota keluarga) ada 16 kasus, oleh dukun + bidan ada 21 kasus, oleh dokter saja atau dibantu oleh bidan dan lain-lain ada 3 kasus, 1 kasus tidak jelas.

Yang Menolong Persalinan	Jumlah Kasus	%
Hanya anggota keluarga	4	5,1
Dukun (+ anggota keluarga)	33	42,3
Dukun + Bidan	21	26,9
Bidan (+ anggota keluarga)	16	20,5
Dokter + Bidan	3	3,8
Tidak Jelas	1	1,3
Total	78	99,9

Pada data statistik dinas kesehatan, keberadaan dukun tidak terdeteksi jika bidan hadir saat dukun menolong persalinan. Namun data hasil survei di atas memperlihatkan bahwa sebenarnya dukunlah yang paling banyak hadir dalam pertolongan persalinan (54 kasus). Demikian pula di antara 21 kasus yang tampaknya ditolong bersama oleh bidan + dukun sebenarnya ada 9 kasus, di mana bidan tiba beberapa saat setelah bayi lahir dan hanya membantu memotong tali pusar. Dengan mempertimbangkan hal ini maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa sekarang inipun partisipasi dukun masih lebih besar dibanding bidan.

Pada bab sebelumnya tampak bahwa peran dukun pada pemeriksaan awal kehamilan sudah nyaris digantikan sepenuhnya oleh bidan. Akan tetapi kenyataan memperlihatkan dukun masih merupakan sosok yang sangat dibutuhkan kehadirannya pada saat persalinan.

5. Upacara Kelahiran dan Biaya

Bagi masyarakat Bugis, kelahiran bukanlah sekadar kejadian yang hanya sekali seumur hidup, melainkan merupakan suatu proses. Lahirnya jabang bayi tidaklah berarti proses kelahiran telah berakhir. Yang jelas memperlihatkan hal ini adalah upacara yang dilaksanakan setelah kelahiran. Di kabupaten Pinrang, upacara ini disebut *Ma'cera ana*⁽¹²⁾

Dari pertanyaan apakah upacara ini sudah dilaksanakan atau belum, di antara 78 responden ada 73 orang menjawab sudah. Dari sisanya ada 1 orang yang menyatakan jika ada kesempatan akan segera melaksanakannya. Berarti yang sudah dan akan melaksanakan lebih dari 90 %. Sehingga dapat dikatakan bahwa ini merupakan upacara yang harus dilaksanakan. Yang mengatur pelaksanaannya adalah dukun yang merawat si ibu hamil.

Besarnya upacara ini bervariasi⁽¹³⁾, dan biasanya dibiayai oleh keluarga pihak suami. Di Kabupaten Pinrang ditetapkan pembayaran Bidides yang menolong persalinan Rp. 40.000 setiap persalinan (jika persalinan normal) (data bulan Agustus 1997). Dibandingkan dengan itu, biaya upacara yang besar adalah karena memotong 1 ekor sapi atau minimal 1 ekor kambing, akan memerlukan sekitar ratusan ribu rupiah. Jumlah ini tidaklah sebanding dengan biaya pertolongan persalinan. Walaupun masya-rakat cenderung enggan mengeluarkan uang untuk pertolongan persalinan, nampaknya mereka tidak segan-segan mengeluarkan uang untuk biaya upacara ini.

Untuk memahami hal ini, maka perlu diketahui bahwa barulah puluhan tahun terakhir ini kelahiran/persalinan mulai dianggap sebagai tindakan medis dan merupakan suatu fenomena yang sedang berlangsung (medicalization). Sebelumnya, kelahiran/ persalinan adalah salah satu dari proses alamiah

untuk menyambut kelahiran anak yang akan hadir dan upacara kelahiran adalah bagian yang mengakhiri proses kelahiran tersebut. Upacara kelahiran ini tidaklah sekedar merupakan rasa syukur namun juga adalah penerimaan secara sosial dalam masyarakat sehingga merupakan urusan yang perlu dan harus dilaksanakan. Dengan kata lain, bayi adalah kehadiran biologis dan kehadiran sosial jadi merupakan kehadiran 2 kali. Dan yang dimasukkan dalam sistem tradisional adalah hal kedua dan bukan yang pertama. Oleh karena itulah masyarakat tidak enggan mengeluarkan biaya upacara dan sebaliknya walaupun sanggup membayar. Mereka masih enggan mengeluarkan biaya pertolongan persalinan karena mereka masih sukar menerima anggapan bahwa tindakan persalinan itu sendiri memerlukan biaya. Pada kenyataannya 70 % adalah persalinan normal jadi ada yang beranggapan cukuplah dukun saja. Pada kondisi seperti inilah mereka harus juga disadarkan bahwa persalinan juga membawa resiko yang berbahaya dan bahwa bahaya ini, biarpun tidak sepenuhnya, dapat diatasi dengan pengobatan modern. Untuk mencapai hal ini masih diperlukan waktu yang panjang.

Demikianlah kita telah melihat tindakan-tindakan yang dipilih oleh para ibu hamil melalui data survei dengan responden ibu-ibu yang pernah hamil. Dalam melihat hal tersebut kita dapat mengerti bahwa permasalahan tidaklah sesederhana seperti pengobatan tradisional kontra pengobatan modern. Ada yang berpendapat bahwa jika dukun tidak ada, maka masalah tingkat kematian ibu akan berkurang. Akan tetapi dari hasil survei dapat dimengerti bahwa masalahnya bukanlah pada dukun, melainkan jelaslah terletak pada kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan modern, dalam hal ini diwakili oleh keterampilan bidan. Pada hal demikian, hal ini ditambah pula bahwa dibandingkan bidan, dukun umumnya lebih cepat tiba di tempat melahirkan, dan lebih sering menolong persalinan sehingga masyarakat bukanlah melihat masalah teknik/keterampilan peng-

obatan medis melainkan merasakan bahwa dukun lebih tepat dan sesuai bagi persalinan. Di sinilah terdapat perbedaan dalam memandang konsep persalinan tersebut. Dengan kata lain, mereka tidak melihat persalinan sebagai kejadian medis melainkan sebagai suatu proses secara sosial, termasuk dari saat persalinan sampai saat upacara kelahiran. Inilah salah satu latar belakang budaya yang mendukung perilaku masyarakat tentang persalinan.

KEMATIAN IBU HAMIL

1. Mengapa ibu hamil sampai meninggal ?

Alasan medis kedokteran & alasan sosial

Di Indonesia, latar belakang dicurahkan-nya tenaga untuk mengurangi AKI (= Angka Kematian Ibu) salah satunya adalah alasan bahwa AKI adalah indikator untuk kondisi tubuh dan gizi ibu, kesehatan umum, dan kualitas pelayanan kesehatan⁽¹⁴⁾. Penyebab langsung kematian ibu (kematian saat hamil dan melahirkan) dilaporkan sebagian besar adalah perdarahan, toxemia⁽¹⁵⁾ (keracunan kehamilan), dan infeksi. Akan tetapi, di Indonesia yang paling perlu dilihat adalah selain yang berhubungan dengan penyebab langsung, juga hal yang erat hubungannya yaitu penyebab yang bersifat sosial dan budaya. Cara pemikiran ini sudah dipaparkan dengan jelas oleh Asisten Menteri Urusan Wanita dr. Abdullah Cholil sebagai berikut :

“Hasil survei memang menunjukkan, lebih dari 80 persen penyebab kematian ibu hamil dan bersalin ini disebabkan oleh trias klasik: perdarahan (40-60 persen), infeksi jalan lahir (20-30 persen) dan keracunan kehamilan (20-30 persen). Sisanya, sekitar 5 persen disebabkan penyakit lain yang memburuk dengan terjadinya kehamilan dan persalinan.

Trias klasik umumnya berkaitan erat dengan tiga terlambat yaitu, pertama, jangan sampai terlambat mengambil keputusan untuk merujuk pada pelayanan kesehatan terdekat. Kedua, bila mau dirujuk, jangan sampai terlambat tiba di pusat pelayanan kesehatan,

baik itu Puskesmas maupun rumah sakit. Ketiga, kalau sudah berada di rumah sakit, jangan sampai terlambat ditangani...

"Tetapi jangan lupa, tingginya angka kematian ibu tak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis. Justru di Indonesia, 64 persen angka kematian ini dikontribusikan oleh faktor-faktor tradisi, sosial-budaya, ekonomi dan pendidikan. Itulah yang perlu kita ungkapkan di kongres sekaligus menimba pengalaman dari negara lain," (*Kompas*, 3 September 1997)⁽¹⁷⁾.

Pernyataan dr. Abd. Cholil ini berlaku untuk tingkat nasional, akan tetapi setelah melihat contoh kasus ternyata juga relevan dengan kondisi Sulsel. Terdapat proses tertentu yang menyebabkan kematian ibu. Walaupun penyebabnya dalam alasan klinis adalah perdarahan, keracunan kehamilan atau infeksi, akan tetapi proses sebelumnya nyata melibatkan berbagai proses campur tangan

manusia dan sosial. Jika kondisi ini dapat diperbaiki maka akhirnya akan menurunkan AKI.

2. Angka Kematian Ibu

Sebelumnya diperlihatkan AKI di Indonesia pada tahun 1996 adalah 425 untuk setiap 100.000 kelahiran, dikutip dari data statistik AKI yang ada. Statistik ini seakan-akan memberikan data yang akurat berdasarkan laporan tahunan. Akan tetapi, sebenarnya cara memperoleh data yang benar barulah dalam tahap pembimbingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Untuk bahan pertimbangan, untuk Propinsi Sulsel, dapat dilihat angka-angka yang pernah dilaporkan sebagai berikut :

Tabel 3. Angka Kematian Ibu (AKI) di Sulawesi Selatan.

Jenis Survei	Tahun	AKI / 1000 Kelahiran
1. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten	1986	1,87
2. Laporan Dinas Kesehatan Propinsi dan Asosiasi Bidan	1986	3,90
3. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten	1988	2,60
4. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten	1990	2,02
5. Laporan Rumah Sakit	1990	4,39
6. Laporan Rumah Sakit dan Bagian Kandungan	1991	1,70
7. Laporan Bagian Kesehatan Kota dan Kabupaten	1993	1,20
8. Laporan Bagian Kesehatan Kota dan Kabupaten	1994	1,92
9. Laporan Bagian Kesehatan Kota dan Kabupaten	1995	1,60
10. Laporan Bagian Kesehatan Kota dan Kabupaten	1996	1,70

Kecuali laporan Rumah Sakit tahun 1990⁽¹⁸⁾, maka angka-angka yang ditampilkan di sini adalah di bawah rata-rata nasional. Data statistik ini (Statistik kesehatan Propinsi Sulsel 1997) memperlihatkan betapa perlunya

diterapkan teknik pengumpulan data yang tepat.

Kesulitan untuk memperoleh data jenis ini adalah sebelum Bidides ditempatkan, sukar memperoleh data keseluruhan jumlah ibu

hamil di desa. Seandainya pun kematian ibu hamil dilaporkan kepada kantor desa, akan tetapi jika mempertimbangkan bahwa data ini sulit sampai ke Puskesmas, maka bisa kita bayangkan makna yang disampaikan oleh data-data statistik tersebut. Sampai saat ini, kecuali kematian yang tidak biasa maka pemeriksaan kepastian kematian tidak dilakukan oleh dokter.

Dalam pengertian inilah, pengendalian data-data kematian ibu dan anak, baru mulai diperhatikan tahun-tahun terakhir ini berdasarkan petunjuk Dinas Kesehatan, bersamaan dengan perhatian terhadap tingkat kematian.

Berikut, berdasarkan statistik bagian kesehatan Kabupaten Soppeng, Pinrang, dan Bulukumba, marilah kita melihat data terakhir

tingkat dan angka kematian ibu hamil. Ketidakteragaman penampilan data statistik ini disebabkan oleh format penampilan data yang berbeda pada setiap kabupaten.

Data Kabupaten Soppeng dan Pinrang hanya menampilkan persentase tingkat kematian, tapi pada tabel ini dilengkapi dengan angka kematian yang diperoleh dari data Dinas Kesehatan Kabupaten. Untuk kabupaten Bulukumba, angka sudah tercantum⁽¹⁹⁾.

Pada data statistik tidak tercantum, penyebab langsung kematian yang menonjol adalah perdarahan, keracunan kehamilan (*eklampsia*)⁽²⁰⁾. *Eklampsia* diperkirakan berhubungan dengan kebiasaan makan garam yang berlebihan, tetapi belum dilakukan suatu analisis gizi dan medis.

Tabel 4. Tingkat kematian ibu hamil dan angka kematian ibu hamil 4 tahun terakhir di Kabupaten Soppeng, Pinrang, dan Bulukumba

Kabupaten	1993	1994	1995	1996
Soppeng	2,1 (7)	1,81 (6)	0,49 (2)	2,37 (9)
Pinrang	1.32	1,61	1,53	1,09 (7)
Bulukumba	(10)	(15)	3.63 (24)	2,65 (18)

CONTOH KASUS KEMATIAN IBU HAMIL

Pada bab ini akan dilaporkan contoh kasus nyata kematian ibu⁽²¹⁾ yang diperoleh dari hasil wawancara penulis. Pada survei wawancara ini, penulis langsung mengunjungi keluarga almarhumah dan umumnya diantar dan diperkenalkan oleh Bidides atau staf Puskesmas. Dalam pengertian ini, informasi utama adalah berasal dari keluarga. Namun itu tidaklah berarti bahwa ada keberpihakan pada pendapat keluarga tersebut saja. Nama-nama yang digunakan dalam contoh kasus-kasus ini disamarkan, kecuali nama kabupaten.

1. Contoh Kasus A, Kabupaten Soppeng, Desa T

Kasus ini terjadi tahun 1996. Kejadian ini berlokasi di desa T yang berjarak kira-kira 15 km dari Puskesmas kecamatan. Puskesmas sampai pusat desa, dihubungkan dengan jalan aspal. Namun, untuk sampai kampung tempat tinggal si Ibu hamil, harus melewati jalan desa yang walaupun relatif datar tetapi berlubang-lubang sepanjang kira-kira 4 km. Aminah, si ibu hamil, saat itu berusia 26 tahun, suaminya berusia 30 tahun, mata pencaharian bertani. Menurut laporan dari Bidides penyebab kematian adalah *Placenta previa*⁽²²⁾. Wawancara/ pembicaraan berikut ini dilakukan

bersama adik perempuan almarhumah, ayah, dan dihadiri oleh Bidides dan bidan Puskesmas.

Aminah mempunyai 2 orang anak berumur 9 tahun dan 7 tahun. Keduanya dilahirkan di rumah, saat itu Bidides belum ditempatkan di desa. Namun demikian, sama sekali tidak ada masalah pada waktu itu. Menurut dukun, rasa sakitnya tidak lama dan kelahiran juga cepat. Kehamilan ketiga terjadi saat Bidides sudah ditempatkan di sana, namun hanya sekali saja memeriksakan diri. Pada umur kehamilan 7 bulan, terjadi perdarahan, namun berhenti sendiri sehingga tidak begitu diperhatikan. Kehamilan 8 bulan, sekali lagi terjadi perdarahan, kali ini dalam jumlah besar. Inilah yang menyebabkan kematian almarhumah.

Pada hari kejadian tersebut, pagi-pagi pukul 7, kondisinya memburuk, bidan dipanggil, baru tiba jam satu siang. Dari rumah bidan sampai ke rumah ibu hamil memerlukan waktu 1 jam berjalan kaki. Saat bidan tiba di lokasi kejadian, ibu si wanita hamil dan dukun tidak terlatih, hanya berdiri diam di samping ibu hamil tersebut. Ketika infus tidak berhasil menolong, bidan segera menganjurkan untuk mengangkutnya ke rumah sakit. Namun ibu si penderita mengatakan sebaiknya menunggu pulangny suami penderita dari sawah. Tidak lama kemudian si suami pulang. Kepada si suami, bidan juga segera meminta hal yang sama, tetapi si suami meminta supaya menunggu ayah mertua pulang. Ketika ayah si penderita kembali ke rumah, waktu sudah menunjukkan pukul 15.30. Sementara itu, walaupun bidan terus-menerus mengingatkan bahwa kondisi si penderita semakin memburuk, namun dukun memberitahu keluarga bahwa itu hanya menakut-nakuti orang saja, dan keluarganya pun berkata bahwa amit-amit bencana dan kesialan semacam itu tidak akan menimpa mereka (sambil meludah ke lantai)⁽²³⁾ dan tetap saja tidak melakukan apa-apa. Mobil yang dipinjam untuk digunakan mengantar ke rumah sakit akhirnya tiba pada pukul 4 lewat. Tetapi saat itu ibu hamil telah

menghembuskan nafas terakhir. Placenta (ari-ari) telah keluar sebelumnya tetapi saluran rahim belum terbuka, sehingga jabang bayi juga meninggal.

Bidides (pengalaman 4 tahun) berkata, kebiasaan masyarakat di sekitar sini, jika umur kehamilan belum 6 bulan, mereka tidak melapor kepada bidan. Mereka menganggap kelahiran adalah peristiwa biasa, bahkan ada anggapan jika tetap melakukan kegiatan pertanian seperti biasa malah persalinan akan lebih mudah. Selain itu mereka merasa malu jika digunjingkan lagi-lagi hamil, sehingga mereka cenderung tidak memberi tahu orang lain mengenai kehamilannya.

2. Contoh Kasus B, Kabupaten Soppeng, desa M

Lokasinya sekitar 15 kilometer dari Puskesmas, di bagian selatan kabupaten Soppeng, terletak di tepi jalan raya Ujung Pandang – Soppeng. Ibu hamil yang meninggal tersebut adalah Rosmawati, saat itu berusia 24 tahun (pada tahun 1995). Almarhumah adalah guru SD luar biasa. Demikian pula suaminya. Contoh kasus ini diceritakan oleh ibu dan ayah kandung almarhumah dalam survei wawancara. Survei wawancara ini juga dihadiri oleh bidan Puskesmas Takalala yang telah berpengalaman banyak. Rosmawati menikah 2 tahun sebelum kehamilannya yang pertama ini.

Selama hamil, ngidamnya juga ringan, tetapi pernah pingsan. Rosmawati telah 7 kali memeriksakan kehamilan pada bidan muda di Puskesmas, tetapi dalam waktu yang sama juga memeriksakan kepada dukun Harijani yang masih ada hubungan keluarga dengan ibunya. Pada pemeriksaan tidak ditemukan kelainan. Akan tetapi ketika ditanyakan kondisi kesehatannya selama hamil, ibunya bercerita bahwa dia sering merasa pusing saat bekerja.

Ketika mendekati saat melahirkan, Rosmawati terserang diare selama 7 hari. Sebelum penyakit ini sembuh, Rosmawati melahirkan. Walaupun sempat kehilangan

penglihatan, namun keluarga beranggapan bahwa itu adalah hal yang biasa terjadi dan tidak memberikan pengobatan sama sekali.

Sakit melahirkan mulai terasa jam 03.00 sore. Dan memerlukan waktu 13 jam sampai melahirkan. Saat itu, baik bidan maupun dukun tidak dipanggil, karena ibu kandung merasa sanggup melakukannya. Esok paginya jam 04.30 lahirlah bayi perempuan, 5 menit kemudian, placentanyapun keluar. Semua proses ini dilakukan oleh ibu kandung Rosmawati. Ketika ditanyakan kepada si ibu kandung, dia berkata bahwa dirinya telah berpengalaman melahirkan 2 kali dan telah melihat dan membantu persalinan keluarganya yang tinggal di dekat situ. Ketika placenta keluar, perdarahan mulai terjadi. Keluarga terburu-terburu memanggil dukun yang masih keluarga juga yang tinggal bertetangga satu rumah di antaranya. Ketika dukun melihat bahwa terjadi perdarahan hebat dan ibu tidak bernafas lagi, untuk memastikan hidup atau meninggalnya ibu hamil tersebut dia segera memanggil petugas Puskesmas yang tinggal di dekat situ (bekerja di Puskesmas Kabupaten Bone yang terletak di perbatasan sebelah Selatan). Ketika petugas tersebut tiba 15 menit kemudian, dia memastikan bahwa si ibu telah meninggal. Setelah itu, petugas tersebut memotong tali pusar si bayi.

Bidan Puskesmas yang mendampingi saat wawancara, menanyakan posisi ibu hamil saat persalinan. Kebiasaan di wilayah ini, pada persalinan di rumah yang dibantu oleh keluarga atau dukun, si ibu mengambil posisi duduk dan penolong persalinan menopang punggungnya. Saat itu, si Ibu hamil mengambil posisi yang sama. Saat perdarahan pun posisi ini tetap dipertahankan dan si ibu melorotkan badannya saat meninggal. Bidan berkata, jika bidan yang menolong persalinan, maka pada saat darah keluar, posisi harus berbaring. Tetapi bayi yang lahir kini telah besar. Setelah si Ibu meninggal, keluarga memanggil imam. Peristiwa meninggal ini disampaikan dari mulut ke mulut, dan tidak ada pemeriksaan kepastian meninggal oleh dokter.

3. Contoh Kasus C, Kabupaten Pinrang desa C

Yang diwawancarai adalah ibu mertua si ibu hamil, suami dan adik ipar. Neni, ibu hamil (umur 18 tahun), lahir di desa pantai U seberang kota Pare-pare. Sejak kecil, orang tuanya meninggal sehingga diasuh oleh bibi dari pihak ibu, orang Mandar⁽²⁴⁾. Pada umur 17 tahun menikah dengan pria dari desa C (umur 18 tahun). Delapan bulan kemudian dia mulai mengandung. Selama hamil 3 kali memeriksakan diri di Puskesmas desa U. Menurut adik iparnya, tidak ditemukan kelainan saat pemeriksaan tersebut. Selama hamil, Neni beberapa kali pulang balik antara desa C dan desa U. Jarak antara kedua desa tersebut sekitar 1 jam 30 menit perjalanan menggunakan mikrolet dan harus ganti kendaraan minimal 2 kali. Dari jalan poros kabupaten sampai ke desa U harus melewati jalan yang sebagian tidak beraspal, kondisinya buruk. Neni merencanakan untuk melahirkan di rumah tantenya di desa U. Adalah hal umum bahwa wanita melahirkan di rumah sendiri, karena melahirkan di rumah suami dianggap merepotkan ibu mertua selain secara umum ada anggapan bahwa kelahiran akan sukar.

Peristiwa terjadi pada umur kehamilan 8 bulan, Neni belum siap untuk melahirkan, dan datang ke rumah suami dengan maksud bermalam sehari. Subuh jam 4 pagi tiba-tiba merasa sakit dan tanpa sempat dibantu oleh ibu mertua, bayinya lahir. Saat itu tidak ada perdarahan, barulah setelah plasenta keluar mulai timbul perdarahan. Walaupun demikian, sesuai kebiasaan, Neni malah masih sempat makan. Sekitar 30 menit setelah melahirkan, dukun dipanggil. Dukun tersebut telah mendapat pelatihan dari Puskesmas. Karena perdarahan tidak berhenti, maka dukun meminta untuk memanggil bidan yang tinggal sekitar 2 km dari rumah ibu hamil. Suami ibu hamil pergi memanggil bidan tetapi bidan baru tiba jam 7 malam. Bidan memberi telur pada ibu hamil untuk dimakan dan memberikan infus 1 botol. Kemudian memanggil bidan

Puskesmas, infus satu botol dimasukkan lagi, tetapi usaha inipun tidak menolong, 8 jam setelah melahirkan, si ibu meninggal. Bayi yang lahirpun meninggal kemudian pada umur 1 bulan.

4. Contoh Kasus D, Kabupaten Bulukumba, desa B

Informasi berikut ini diperoleh dari kemenakan almarhumah. Hasnah (32 tahun) dan suaminya (41 tahun, petani) telah memiliki anak 7 orang. Berturut-turut, laki-laki 15 tahun, laki-laki 13 tahun, wanita 10 tahun, wanita 8 tahun, laki-laki 6 tahun, laki-laki 5 tahun, dan wanita 2 tahun. Hasnah sejak umur 17 tahun telah mulai hamil. Semua kelahiran sebelumnya ditolong oleh dukun berpengalaman yang telah berumur 70 tahun. Setahun sebelum kejadian ini, Hasnah pernah meminum pil KB selama setahun. Tetapi hal ini tidak disampaikan kepada suaminya. Setelah kejadian, sang suami mengatakan pada bidan, bahwa jika diberitahu, ia pasti setuju.

Hasnah 2 kali memeriksakan diri selama hamil akan tetapi, Hasnah tidak memeriksakan diri pada bidan di desa tempat tinggalnya, melainkan pada bidan di desa tetangga, karena ia mengunjungi desa tersebut saat hari pasar. Menurut bidan Puskesmas, sejak kandungannya berumur 28 minggu Hasnah tidak pernah lagi memeriksakan diri sampai saat melahirkan.

Selama hamil, Hasnah pernah mengeluh merasa badannya sakit. Ia adalah pekerja keras, sering membantu suami di sawah. Pada hari melahirkan itupun, Hasnah jam 8 pagi menuju sawah yang terletak sekitar 1 kilometer dari situ. Tetapi tiba-tiba perut terasa sakit dan ada perdarahan. Oleh karena itu bersama suaminya keduanya berjalan pulang ke rumah. Sebelum menaiki tangga rumah, terasa gejala melahirkan, namun masih sempat sampai ke atas rumah. Pada pukul 10 pagi bayi lahir dengan mudah. Akan tetapi plasenta tidak keluar. Perdarahan tidak berhenti. Meminta tolong pada tetangga untuk memanggil dukun. Dukun tiba 45 menit kemudian. Dukun takut

melihat banyaknya darah yang keluar, dan tanpa melakukan pertolongan apa-apa dia meminta untuk memanggil bidan. Sementara itu sang suami berusaha mengeluarkan plasenta dan membuat isterinya dalam posisi duduk, sambil menekan perut ibu hamil tersebut. Ketika bidan dipanggil, waktu telah menunjukkan jam 12 siang. Bidan tiba jam satu siang. Setelah memotong tali pusar, bidan meminta supaya menggunakan ambulans desa⁽²⁵⁾. Ketika ambulans tiba, Hasnah didekap untuk dinaikkan ke ambulans. Tapi ambulans baru berjalan sedikit, Hasnah telah menghembuskan nafas yang terakhir.

Bayi yang baru lahir selamat. Kebetulan adik Hasnah baru saja melahirkan sebulan sebelumnya, dialah yang menyusui anak dari kakaknya itu.

5. Contoh Kasus E, Kabupaten Bulukumba desa U

Penyebab kematian adalah kehabisan cairan, terlambat ditangani setelah persalinan dan keracunan kehamilan. Demikian tercatat pada laporan bidan.

Ibu hamil, Marwa, 31 tahun. Hamil pertama. Anak sulung dari 4 bersaudara. Yang diwawancarai adalah adik wanita berusia 25 tahun. Isi keluarga dalam rumah adalah ibu kandung serta pasangan suami istri Marwa. Bagi sang suami ini adalah perkawinan kedua, istri pertama meninggal saat melahirkan.

Ketika umur kehamilan 5 bulan, Marwa memeriksakan diri kepada bidan desa dan dukun. Menurut dukun, kepala bayi tampaknya terbungkus oleh sesuatu dan dukun mengurut perut ibu hamil tersebut. Hal ini dilakukan dukun berkali-kali (menurut perkiraan dokter Puskesmas, memang ada kemungkinan plasenta membungkus kepala bayi). Marwa 4 kali memeriksakan diri kepada bidan, 2 kali kepada Bidides dan 2 kali kepada bidan Puskesmas. Marwa memeriksakan diri ke Puskesmas, sekalian saat menerima vaksinasi. Sementara itu, Marwa juga diobati dengan mengurutkan perut oleh dukun, tetapi hal ini

tidak disampaikan kepada bidan. Bidan sama sekali tidak menemukan kelainan pada ibu hamil. Ibu hamil juga tidak menerima Kartu Menuju Sehat (Kartu catatan kesehatan ibu hamil) dari bidan.

Awal kejadian, Marwa mulai mengeluh sakit pertama kali jam 11.00 tengah malam. Suaminya pergi memanggil dukun dan dukun tiba sekitar satu jam kemudian, pada jam 12 malam. Menurut keterangan keluarga, mereka memanggil dukun karena lebih memercayainya daripada bidan. Utamanya suami Marwa. Ia mempunyai pengalaman istri pertamanya diangkut ke rumah sakit tetapi meninggal juga.

Dukun tiba dan melihat Marwa, lalu berkata kepada keluarga supaya menunggu saja, karena Marwa akan melahirkan sekitar jam 04.00 subuh. Akan tetapi waktu berlalu, persalinan tidak juga terjadi. Karena kondisi ibu hamil semakin memburuk, pada jam 04.00 sore keluarga memutuskan untuk memanggil Bidides. Bidides tiba di rumah ibu hamil jam 06.00 sore. Setelah memeriksa kondisi ibu hamil, Bidides kembali ke rumah untuk mandi dan meminta supaya dipanggil kembali. Sementara itu dukun tidak pernah meninggalkan rumah penderita. Dua puluh empat jam setelah timbulnya rasa sakit yang pertama, cairan keluar. Pada jam 05.00 pagi Bidides dipanggil lagi. Bidides tiba jam 05.30 pagi. Bidides berusaha memberi semangat kepada ibu hamil, tetapi kondisinya pada saat itu sudah melampaui batas kemampuan pertolongan Bidides. Bidides menganjurkan untuk membawa ke rumah sakit. Tepat tengah hari jam 12.00, penderita mula-mula dibawa ke Puskesmas. Karena pada hari minggu di Puskesmas tidak ada dokter, setelah diinfus oleh bidan Puskesmas, dirujuk ke rumah sakit umum. Ketika tiba di rumah sakit waktu menunjukkan jam 01.00 siang. Infus ditambah lagi. Di rumah sakit umum pun, dokter bagian kandungan tidak ada.

Menurut bidan rumah sakit umum, sebenarnya pasien tersebut perlu dioperasi.

Pada jam 05.00 sore pasien kehilangan kesadaran. Pada saat itu tekanan darah menunjukkan 190mmHg. Karena dokter tidak ada dan peralatan RSU juga tidak memungkinkan, pasien dikembalikan ke rumahnya. Karena tidak ada ambulans, pasien diantar dengan mobil mayat dan tiba di rumah sekitar jam 06.00 sore. Dua jam kemudian Marwa meninggal.

MASALAH-MASALAH YANG TIMBUL DALAM SETIAP CONTOH KASUS

Contoh kasus kematian ibu hamil yang dipaparkan di atas adalah hanya sebagian dari contoh kasus hasil survei wawancara. Penyebab-penyebab sosial kematian ibu hamil sangat rumit dan sulit dijelaskan.

Sebenarnya untuk memperoleh informasi yang lebih tepat mengenai proses kejadian, setiap orang yang terlibat dalam kejadian tersebut yaitu, anggota keluarga, tetangga sekitar, dukun, Bidides dan petugas kesehatan lainnya idealnya masing-masing diwawancarai secara terpisah. Dengan memperhatikan kekurangan-kekurangan dalam survei tersebut, mari kita membahas masalah yang timbul kasus per kasus.

1. Masalah pada Contoh Kasus A

a) Pemeriksaan kehamilan hanya 1 kali.

Si ibu hamil Aminah hanya memeriksakan diri 1 kali saja. Walaupun terjadi perdarahan selama hamil, masih juga tidak berkonsultasi dengan bidan. Juga, ibu dan suami tidak memperlihatkan perhatian. Seluruh keluarga tidak mempunyai pengetahuan mengenai resiko bahaya yang dihadapi oleh ibu hamil.

b) Terlambat menghubungi bidan

Kemudian, walaupun telah terjadi perdarahan, mereka tidak juga cepat tanggap mengenali resiko bahaya. Setelah berada dalam kondisi kritis selama 4 jam barulah bidan tiba.

Sementara itu, dukun menjaga tetapi tidak menanganinya.

c) Terlambat mengambil keputusan

Walaupun sedang berjuang melawan maut, ibu tetap menunggu suami si anak, kemudian si suami menunggu mertua laki-laki pulang. Dalam hal tinggal bersama orang tua wanita, maka ayah si wanitalah pengambil keputusan. Buktinya, pada saat-saat daruratpun masih diprioritaskan. Akan tetapi ayah kandung si ibu hamil yang harus mengambil keputusan tidak juga dipanggil selama waktu 6 jam tersebut.

d) Hubungan dukun dan bidan

Dinas kesehatan mengajarkan bahwa dukun adalah orang yang bekerja membantu Bidides. Akan tetapi, dukun mengacuhkan peringatan bidan, bahkan menyebabkan keluarga terlambat melaksanakan perintah bidan.

e) Masalah transportasi

Bidan memerlukan waktu 1 jam berjalan kaki untuk mencapai lokasi, juga tidak punya alternatif kendaraan. Bidan tidak bisa memperoleh bantuan kendaraan dari masyarakat karena masih ada masalah kepercayaan masyarakat terhadap bidan.

2. Masalah pada Contoh kasus B

a) Kurang pengetahuan dan pengalaman mengenai penyakit

Jika ibu hamil sesaat sebelum melahirkan terserang diare selama lebih dari satu minggu, akan kehabisan tenaganya. Walaupun demikian, keluarga maupun si ibu hamil sendiri juga tidak menghubungi bidan sampai tiba saat melahirkan. Pasangan ini adalah guru yang tergolong berpendidikan, dibandingkan masyarakat umumnya. Oleh karena itu, mereka seharusnya lebih mengerti tentang kebersihan dan kesehatan, namun mereka juga masih kurang memperhatikan kondisi kesehatan.

b) Terlambat menghubungi tenaga kesehatan.

Walaupun si ibu hamil memerlukan waktu

selama 13 jam sejak rasa sakit sampai melahirkan, namun keluarga tidak berusaha menghubungi Nakes. Mereka juga tidak merasa aneh mengenai keinginan ibu kandung untuk menolong persalinan. Setelah perdarahan terjadi pun yang dipanggil hanya dukun.

c) Kesalahan penanganan kondisi darurat

Ibu kandung si ibu hamil tetap saja mempertahankan posisi duduk puterinya walaupun telah terjadi perdarahan, sehingga memacu perdarahan semakin hebat.

3. Masalah Contoh Kasus C

a) Persalinan yang tidak diantisipasi

Persalinan terjadi di tempat yang tidak direncanakan, sehingga dukun dan bidan yang dipanggil setelah persalinan, baru pertama kali bertemu dengan si ibu hamil. Tanpa sama sekali memiliki gambaran tentang kondisi kesehatan tubuh dan perkiraan saat melahirkan, mereka menolong persalinan. Ibu hamil juga tidak membawa KMS.

b) Latar belakang dari hal ini adalah akibat dari sistim vertikal pengiriman pasien yaitu dukun → Bidides → Puskesmas → Rumah Sakit Umum

Dalam kasus ini si dukun panggil Bidides padahal bidan Puskesmas lebih dekat tempat tinggalnya. Seharusnya dukun memanggil Nakes yang terdekat, yaitu bidan Puskesmas. Karena apa ia tidak melaksanakan demikian?

c) Perhatian yang kurang terhadap kesehatan pasien

Hal ini berkaitan dengan kerja berat ibu selama kehamilan, tidak mendapatkan perhatian keluarga mengenai kesehatan badan ibu hamil karena adanya pendapat bahwa jika bekerja, maka kelahiran akan mudah dan lancar. Ibu hamil naik turun bis dan mikrolet selama hamil relatif terlampau sering, apalagi umumnya jalanan dalam kondisi buruk. Keadaan seperti ini akan menyebabkan pengaruh buruk terhadap ibu dan bayi.

4. Masalah Pada Contoh kasus D

a) Tidak cukup menyadari resiko bahaya.

Ibu hamil bekerja sampai hampir saat melahirkan. Apalagi pekerjaan itu adalah bertani yang sebenarnya memberikan beban fisik yang berat. Suaminya selalu melarangnya bekerja tapi ibu hamil rajin sekali, demikian cerita suami pada bidan. Walaupun ucapan suami tersebut belum tentu benar, tapi yang pasti pasangan suami istri tersebut kurang menyadari resiko bahaya kehamilan.

b) Kurang mengerti tentang bahaya persalinan yang sering.

Ibu hamil sudah pernah tujuh kali melahirkan. Dari hal ini saja faktor risiko sudah tinggi. Bidan sudah mengingatkan risiko ini tetapi ibu hamil kurang menyadari risiko bahaya yang dihadapinya.

c) Persalinan yang tidak diantisipasi

Umur kehamilan dihitung dari haid terakhir, akan tetapi ibu hamil sendiri tidak yakin kapan haid terakhir, sehingga baik ibu hamil maupun bidan sulit menentukan perkiraan saat persalinan. Hal ini menyebabkan ibu hamil mengabaikan persiapan fisik dan mental untuk menghadapi persalinan.

d) Keterlambatan menghubungi tenaga kesehatan

Yang dipanggil setelah persalinan adalah dukun. Ketika kondisi ibu hamil semakin parah, barulah bidan dipanggil, perbedaan saat tiba dukun dan bidan adalah dua jam. Bidan tiba tiga jam setelah persalinan.

5. Masalah Pada Contoh Kasus E

a) Kurangnya kepercayaan keluarga kepada tenaga kesehatan

Utamanya suami yang mempunyai pengalaman istri terdahulunya sudah dibawa ke rumah sakit tapi meninggal juga, menyebabkan keluarga berpendapat bahwa kelahiran sebaiknya ditolong dukun saja.

Yang berhasil meyakinkan sang suami untuk memanggil bidan adalah paman si suami. Namun, keputusan ini diambil setelah 12 jam berlalu.

b) Kurangnya pengalaman bidan.

Sikap bidan tidak memberikan rasa percaya kepada keluarga. Walaupun ibu hamil mengalami kesulitan melahirkan dan kesakitan, bidan meninggalkan lokasi 30 menit setelah memberikan pengobatan sambil memberi pesan jika kondisi ibu hamil memburuk, supaya dipanggil lagi. Di lain pihak, dukun tetap mendampingi ibu hamil dan keluarga sejak peristiwa mulai sampai meninggalnya ibu hamil. Ibu hamil berumur 31 tahun dan kehamilan pertama. Ini berarti faktor risiko tinggi. Bidan tidak mampu melihat risiko bahaya ini.

c) Hubungan antara dukun dan bidan

Dukun telah mengetahui adanya kelainan waktu hamil dan tidak melaporkannya kepada bidan. Seandainya ada hubungan komunikasi lancar antara dukun dan bidan, bidan juga lebih perihatin tentang kondisi ibu hamil.

d) Sistim pengobatan saat darurat

Karena hari Minggu, dokter Puskesmas dan dokter bagian kandungan di RSUD tidak ada di tempat. Dokter bagian kandungan RSUD mulai Jumat malam sampai hari Senin kembali ke Ujung Pandang untuk menjalani pengobatan penyakitnya diri sendiri. Hal ini seharusnya sudah diantisipasi di tingkat Puskesmas. Kalau demikian, mengapa tidak bisa mengirim pasien langsung ke Ujung Pandang ?. Demikian pula RSUD, karena hari Minggu maka juga tidak ada dokter. Walaupun sudah ada sistem dokter jaga tetapi nampaknya belum berfungsi dengan baik.

KESIMPULAN:

Apa yang harus dilakukan ?

Seperti dicantumkan pada awal laporan ini, bahwa untuk GSI di Indonesia Bidides

mendapat peran yang sangat penting dan sasarannya adalah penemuan dini ibu hamil risiko tinggi (resti), dan peningkatan kualitas persalinan. Mempertimbangkan sasaran tersebut, maka pada bagian akhir ini mari kita lihat akibat yang ditimbulkan oleh masalah dalam contoh kasus di atas.

Pertama, mengenai kesamaan yang ada pada semua contoh kasus yaitu mengenai kesadaran yang rendah akan bahaya dalam persalinan. Ini terlihat pada kasus di mana telah diberitahukan bahwa ibu hamil tergolong resti, namun tidak diperhatikan. Hal ini terjadi pada kasus D yang dapat dikatakan sama dengan kasus A dan B, yang walaupun telah ada gejala perubahan patologis pada masa akhir kehamilan namun dibiarkan saja. Rendahnya kesadaran akan bahaya dan resiko ini, menyebabkan pada saat persalinan, yang pertama dipanggil adalah dukun, dan ketika kondisi berbahaya ini tampak jelas di mata semua orang dan dukun mulai menyerah barulah cenderung untuk memanggil bidan. Kelima kasus yang dilampirkan di sini, yang semuanya mula-mula memanggil dukun, merupakan contoh kasus yang ditampilkan setelah dipertimbangkan dengan hati-hati. Contoh kasus B yang walaupun menjalani pemeriksaan kehamilan oleh bidan selama 7 kali, persalinannya ditangani oleh ibu kandung sendiri yang berperan sebagai dukun dan merupakan orang pertama yang dipanggil. Dalam hal pemeriksaan kehamilan, seperti yang diharapkan, ibu hamil telah lebih memilih memeriksakan diri kepada bidan, akan tetapi saat persalinan, sosok dukun yang lebih dominan diharapkan. Masalah ini bukanlah masalah ekonomi semata. Pada Bab 4 telah dicantumkan bahwa dipikirkan tentang eratnya hubungan dengan pandangan budaya tentang persalinan. Walaupun tingkat pemeriksaan kehamilan oleh bidan meningkat, tetapi masih ada masalah bahwa peningkatan jumlah persalinan yang dibantu oleh bidan peningkatannya tidak sebanding.

Dalam mengatasi masalah ini, dari segi kebijakan pemerintah tampaknya perlu

dilakukan penyesuaian sehingga terbentuk suatu sistem di mana saat dukun dipanggil, bidan juga dapat turut serta. Untuk itu supaya kader dan dasa wisma yang saat ini tingkat kegiatannya sangat bervariasi pada setiap wilayah, yang merupakan lembaga yang tumbuh dari masyarakat sendiri, dapat mengatur lebih baik lagi penggunaan kendaraan penduduk secara bergilir sebagai ambulans desa. Dengan kata lain, perlu dibentuk suatu sistem supaya masyarakat membantu Bidides yang merupakan ujung tombak lembaga kesehatan pemerintah yang memiliki kemungkinan untuk mandiri. Namun bukanlah dengan sistem yang *top down*, tetapi yang berakar dari masyarakat sendiri, yang untuk melembagakannya dengan hanya mengandalkan keberadaan sukarelawan maka kemungkinan memerlukan waktu yang lama. Akan tetapi, dengan sifat pengarahannya seperti inilah, maka pada lingkungan yang kekurangan sumberdaya manusia dan dana, masyarakat dapat berpartisipasi dalam peningkatan kesehatan wilayah. Dengan proses inilah masyarakat bisa mempelajari hubungan antara kesehatan dan nyawa manusia secara lebih intens.

Terakhir, yang ingin ditekankan di sini adalah sebagai berikut. Yang dipaparkan di atas mengenai penyebab yang bersifat sosial hanya ditinjau dari kasus nyata kematian ibu hamil. Kasus-kasus yang berhasil menyelamatkan nyawa atau tentang persalinan normal sama sekali tidak disinggung di sini. Jika fokus terbatas pada proses yang menyebabkan kematian maka yang tampil hanya kegagalan dari keluarga ibu hamil, dukun dan Bidides saja, akan tetapi jika berfokus pada persalinan normal, maka penanganan yang mengagumkan dari Bidides dan juga keterampilan dukun yang diperoleh secara turun temurun kemungkinan dapat juga kembali dihargai.

Sebenarnya, seperti terlihat pada angket survei, lebih dari separuh persalinan normal ditangani oleh dukun. Akhir-akhir ini, berpusat di negara barat, sebagai kontra pengobatan medis yang telah mencapai titik maksimal,

maka persalinan alamiah mulai semakin dihargai kembali⁽²⁶⁾. Di Indonesia pun, berdasarkan pemeriksaan ibu hamil, jika dapat dibedakan secara teknis persalinan normal atau tidak, dan jika sistem medis dan darurat telah disempurnakan, maka di masa depan ada kemungkinan keterampilan dukun kembali dimunculkan. Pada saat itu, dukun beranak masih ada dan menularkan keterampilan, atau dalam gelombang pengobatan medis peran dukun sebagai pelaksana upacara saja, tentu tidak bisa dipastikan sekarang. Namun demikian, dengan harapan ini, dan dengan menekankan bahwa peran dukun dalam persalinan normal perlu tetap diperhatikan, laporan ini saya akhiri.

----OOO ----

¹ Negara yang menunjukkan angka tinggi adalah Malaysia 80, Filipina 280, Thailand 200, Vietnam 160, akan tetapi menurut statistik PBB, Indonesia adalah 650. Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah angka prediksi.

² Lihat Pustaka Sciortino, 1992.

³ Menurut Depkes Indonesia, rata-rata K1 tingkat Nasional tahun 1996 adalah 84,11%, K4 65,72%, target Pelita VI tahun 1996 adalah masing-masing 85% dan 75% yang akhirnya tidak tercapai.

⁴ Yang menjadi kader umumnya adalah gadis-

gadis atau ibu-ibu muda. Mereka mendapatkan pelatihan kader di Puskesmas. Akan tetapi karena sebagai tenaga sukarela yang tidak mendapat honor, maka umumnya kegiatannya terhenti, terutama jika menikah maka tidak berlanjut.

⁵ Data Statistik merupakan jumlah total dari laporan bulanan untuk jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilan 1 kali dan 4 kali. Arti dari pemeriksaan 1 kali dan 4 kali adalah berbeda.

⁶ Tidak ada data statistik dilaporkan mengenai pengenalan dini ibu hamil resiko tinggi. Walaupun orang-orang yang mempunyai resiko tinggi mencapai 20 % dari total ibu hamil, akan tetapi rata-rata hanya 0,2 % saja yang dibawa ke RSUD Kabupaten (SK Kompas, 9 Maret 1997). Faktor resiko yang utama adalah tekanan darah tinggi, kembar, melahirkan pada usia muda (kurang dari 20 tahun), melahirkan usia tinggi (lebih dari 35 tahun), persalinan pertama, sering melahirkan (lebih dari 4 kali), ibu-ibu yang pernah mengalami kelainan persalinan, perdarahan pada awal kehamilan, kembar air dan lain-lain.

⁷ Kondisi desa survei; Desa M, Desa P, Desa M, Desa T dan Desa W adalah sbb:

	Jumlah Keluarga	Jumlah Penduduk	Pria	Wanita	Perbandingan sex (%)
Desa M	453	2318	1040	1278	81,37
Desa P	915	4652	2245	2407	93,26
Desa M	822	3948	1906	2042	93,33
Desa T	623	2592	1237	1355	91,29
Desa W	524	2233	1051	1182	88,92

(Kecamatan Mattirosompe dalam angka 1995, Kecamatan Suppa dalam Angka 1995)

⁸ Pada kondisi seperti ini orang Bugis

mengungkapkan dengan 2 kapten di satu kapal

⁹ Ada ibu yang berkata bahwa anak pertama dan kedua dilahirkan di rumah sakit oleh karena ada bantuan keuangan dari orang tua, akan tetapi anak ketiga dan keempat dilahirkan di rumah karena tidak ada bantuan dari orang tua.

¹⁰ 16 orang dari 78 orang responden, artinya 20,5 % dari total, mengatakan bahwa suaminya juga ngidam. Biasanya hanya sakit kepala ringan, demam atau mual, dan suami yang benar-benar muntah tidak ada. Akan tetapi dengan gejala khusus pada suami seperti ini sering suami lebih mengetahui kehamilan istri daripada ibu hamil itu sendiri.

¹¹ Yang dipilih untuk menjadi responden adalah yang telah pernah melahirkan lebih dari dua kali, dan yang diangkat menjadi contoh kasus adalah hasil survei terbaru.

¹² Upacara kelahiran di Kabupaten Soppeng di sebut *Mappanalolo*. Di sini tidak disinggung mengenai isi upacara *Mappacera' Ana'*. Banyak sekali hal yang mirip dengan *Mappanalolo* di Soppeng, bacalah pustaka (Ito Makoto, 1990).

¹³ Dilaksanakan setelah pusar bayi lepas, biasanya dipilih dari antara 9 hari atau 11 hari setelah melahirkan. Tempat biasanya di rumah orang tua pihak wanita, dihadiri oleh keluarga pihak pria/suami, tetangga, keluarga dan merupakan acara makan bersama.

¹⁴ *Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan 1997*: Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan (halaman 20).

¹⁵ Yang dimaksud dengan *Toxemia* atau keracunan kehamilan adalah jika salah satu atau lebih dari gejala-gejala tekanan darah tinggi, kadar albumin urine tinggi atau tidak stabil saat hamil, yang bukan sekedar merupakan gabungan gejala hamil yang biasa (menurut Klasifikasi Persatuan Keracunan Kehamilan Ilmu Kandungan Jepang).

Lihat juga buku "Teknik Merawat Ibu dan Bayi I, seri Ibu" halaman 114 (*dalam bahasa Jepang*).

¹⁶ Pernyataan ini diucapkan sebelum berangkat menghadiri kongres dunia tentang Kematian Ibu Hamil di Moroco, Maret 1997.

¹⁷ "Mengatasi angka kematian ibu dan anak dari sisi klinis" (*Kompas*, 9 Maret 1997).

¹⁸ Pada laporan rumah sakit, angka tingkat kematian menonjol umumnya karena diperkirakan dari hasil survei ibu hamil resiko tinggi.

¹⁹ Angka persentase Kabupaten Bulukumba, jika dibandingkan dengan jumlah kematian relatif lebih rendah. Karena tidak ditampilkan cara menghitung presentase tersebut, maka angka yang ditampilkan meragukan.

²⁰ Tipe khusus keracunan kehamilan utamanya gejala kaku, kram bahkan pingsan atau koma yang muncul saat hamil atau melahirkan. Yang paling banyak ditemukan adalah *Eklampsia*.

(Menurut Kamus Besar Kedokteran Terbaru Jilid 2, *dalam bahasa Jepang*).

²¹ Telah dilakukan dua kali survei wawancara yaitu, masing-masing bulan Agustus 1997, dan bulan Oktober 1998 menghasilkan sekitar 30 contoh kasus. Kedua hasil survei kasus telah dilaporkan dalam Ito (1997, 1998)

²² Kelainan melekatnya placenta pada bagian bawah rahim, placenta melekat pada lekuk rahim atau antara badan dan lekuk rahim berkembang di situ, sehingga menutup sebagian atau seluruh mulut rahim.

Secara ringkas, gejala penyakitnya adalah perdarahan tanpa rasa sakit pada masa akhir kehamilan (peringatan perdarahan).

(Menurut Kamus Umum Kedokteran terbaru jilid 2, *dalam bahasa Jepang*).

²³ Suatu ungkapan yang mengharapkan supaya bencana dan kesialan tidak menimpa diri sendiri.

²⁴ Banyak yang tinggal di bagian Selatan dan Barat Sulsel dan pulau-pulau di Selat Makassar. Sebagian besar beragama Islam dan pada wilayah pantai mata pencaharian utama adalah nelayan.

²⁵ Bukan kendaraan khusus yang selalu ada. Merupakan kendaraan-kendaraan milik pribadi orang desa yang supaya dapat dipakai pada

kondisi darurat secara bergilir urutannya sudah ditentukan. Sistem ini dibuat dan dibimbing oleh Puskesmas, akan tetapi hanya sebagian wilayah yang melaksanakannya.

²⁶ Misalnya, lihat pustaka Gold Smith, Yudith 1997.

PUSTAKA

Kalangie, Nico. S., 1994. *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Megapoin: Jakarta

Kompas 9 Maret 1997

Gold Smith, Yudith 1997 *Persalinan secara alam*. Nihon Kyobunsya.(in Japanese)

Ito, Makoto 1990 "A new born and its afterbirth—on the new born ceremony in the Regency of Soppeng, the Province of South Sulawesi."in, *Jinbun-Gakuho* (Journal of Social Sciences and Humanities, Faculty of Tokyo Metropolitan University) no.219: 63-81. Tokyo Metropolitan University. (in Japanesae)

Ito, Makoto 1997 *Laporan Hasil Penelitian tentang kesehatan Masyarakat di Sulawesi Selatan (1)*, (mimeo.) JICA (in Japanese)

Ito, Makoto 1998 *Laporan hasil Penelitian tentang kesehatan Masyarakat di Sulawesi Selatan (2)*, (mimeo.) JICA (in Japanese)

Profil Kesehatan Kabupaten Soppeng 1996. Dinas Kesehatan Kabupaten Soppeng.

Profil Kesehatan Kabupaten Pinrang 1996. Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang

Profil Kesehatan Kabupaten Bulukumba 1996. Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba

Sciortino, Rosalina 1995 (1992), *Care-Taker of Cure: an anthropological study of health centre nurses in rural Central Jawa*.

Ucapan terima kasih

Terlebih dahulu saya mengucapkan banyak terima kasih kepada Dr. Dorothea Agnes Rampisela, dosen Fakultas Pertanian Universitas Hasanuddin, yang menerjemahkan tulisan saya dalam bahasa Indonesia atas kerjasama JICA .

Sebagian besar data yang saya gunakan dalam tulisan ini diperoleh secara langsung melalui penelitian lapangan yang dilakukan pada bulan Agustus tahun 1997 dan pada bulan Oktober tahun 1998. Atas kerjasama dan pemberian kesempatan itu kepada saya, saya sampaikan juga banyak terima kasih kepada Kanwil Depkes Sulawesi Selatan.

Selama saya melaksanakan penelitian di Bulukumba, Pinrang dan Soppeng, sungguh banyak orang membantu saya sehingga sulit menyebut namanya satu per satu. Kepada bapak dan ibu di masing-masing kampung, ibu bidan di desa dan Puskesmas serta tenaga kesehatan lainnya, saya ingin mengucapkan banyak terima kasih.

Riwayat Singkat Penulis

MAKOTO ITO dilahirkan di Kota Yokohama di Jepang tahun 1950. Ia menyelesaikan pendidikan pada Tokyo University of Foreign Studies –Jurusan International Relations– 31 Maret 1974, dan Graduate School of Social Sciences, Tokyo Metropolitan University–Jurusan Antoro-pologi Sosial – 31 Maret 1982. Ia juga pernah menjadi dosen bahasa Jepang pada Fakultas Sastra UNHAS 1983 – 1985.

Sejak tahun 1981 ia mengadakan penelitian lapangan tentang sosial-budaya masyarakat Bugis di berbagai tempat, yaitu, Kabupaten Soppeng, Wajo, Bone, dan di Pulau Sumatera, Palembang dan Jambi.

Kini masalah yang diminati adalah perilaku kesehatan orang Sulsel dan budaya baru yang lahir di antara kaum keturunan Bugis yang menempati di Sabah, Malasia.

Ia bertugas di Tokyo Metropolitan University sebagai associate professor sejak tahun 1989 sampai sekarang.

