

PENELUSURAN KASUS-KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI YANG BERAKIBAT KEMATIAN MATERNAL Studi kasus di RSUD Purworejo, Jawa Tengah

Hasnah¹, Atik Triratnawati²

¹Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan, Makassar, Indonesia

²Jurusan Antropologi, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281, Indonesia

E-mail: hasnah_aad@yahoo.com

Abstrak

Perawatan selama persalinan dan kehamilan yang telah diperbaiki dapat mengurangi kematian maternal dan kematian perinatal. Perbaikan aspek sosial, budaya, ekonomi, dan pendidikan, dapat membantu mengatasi 64 persen penyebab kematian ibu. Perbaikan penanganan klinis, dapat mengatasi 36 persen kematian ibu. Kesadaran masyarakat akan tanda-tanda bahaya pada kehamilan dan pengetahuan mengenai kehamilan akan meminimalkan kegawatdaruratan obstetri, namun banyak kepercayaan tradisional dan praktek penundaan pengambilan keputusan untuk mencari perawatan pada fasilitas kesehatan, masih dilakukan masyarakat. Tujuan studi ini yaitu menelusuri 4 kasus kegawatdaruratan obstetri yang terjadi di masyarakat, serta bagaimana peran dan pengetahuan anggota keluarga terhadap masalah ini. Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap suami dan anggota keluarga serta melibatkan tujuh informan kunci. Keempat kehamilan diseleksi secara purposif. Kematian ibu terjadi karena faktor medis dan non-medis. Faktor medis adalah kenyataan bahwa suami dan anggota senior keluarga tidak mengenal adanya tanda bahaya selama kehamilan dan terjadinya keterlambatan menggunakan fasilitas medis. Fasilitas medis seperti persediaan darah di rumah sakit yang minim, akan mempengaruhi proses selanjutnya pada kasus-kasus tersebut. Faktor kepercayaan dan tradisi disamping keadaan sosio-ekonomi juga memberi sumbangan kepada terjadinya keadaan fatal bagi ibu. Faktor medis dan non-medis mungkin juga mempengaruhi proses pengambilan keputusan pada kedaruratan medis yang menyebabkan kematian pada keempat kasus ini.

Abstract

Tracing of Cases With Obstetric Emergency Causing Maternal Death In The General Government Hospital, Central Java. Improving the way of caring during delivery and pregnancy can reduced maternal and perinatal mortality. The improvement of caring on social, cultural, economic, and education aspects, can assist to overcome 64% of maternal mortality. The change of clinical management can eliminate 36% of maternal mortality. The awareness of the community about dangers during pregnancy and the knowledge on pregnancy minimize obstetric emergency, however many traditional beliefs and the practice of postponement decisions in searching treatment by health providers are still common in the community. The aims of the study were to trace four cases with obstetric emergency in the community and to know the role and knowledge of family members on this problem. The study used the qualitative method with indepth interviews with the husband or family member and seven key informants. The four cases were purposive samples. The maternal death was caused by medical and non-medical factors. Husbands or family members, who did not have any knowledge on signs of danger during pregnancy, were contributing to medical factors. The too late decision to use health facilities was made by the husband or senior family members. Health facilities such as blood bank in the hospital were minimal, which influenced the outcome of the cases. The existing of beliefs and tradition besides the socio-economic status also may contribute to the maternal mortality. The medical and non-medical aspects may have an impact on the decision-making process in managing obstetric emergency causing maternal mortality of the cases.

Keywords: decision, husband, family, emergency, obstetric

1. Pendahuluan

Kematian maternal merupakan suatu fenomena puncak gunung es karena kasusnya cukup banyak namun yang nampak di permukaan hanya sebagian kecil. Diperkirakan 50.000.000 wanita setiap tahunnya mengalami masalah kesehatan berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Komplikasi yang ada kaitannya dengan kehamilan berjumlah sekitar 18 persen dari jumlah global penyakit yang diderita wanita pada usia reproduksi. Diperkirakan 40 persen wanita hamil akan mengalami komplikasi sepanjang kehamilannya. Disamping itu 15 persen wanita hamil akan mengalami komplikasi yang bisa mengancam jiwanya dan memerlukan perawatan obstetri darurat, dan perawatan tersebut biasanya masih belum tersedia¹.

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa ada 500.000 kematian ibu melahirkan di seluruh dunia setiap tahunnya, 99 persen diantaranya terjadi di negara berkembang². Dari angka tersebut diperkirakan bahwa hampir satu orang ibu setiap menit meninggal akibat kehamilan dan persalinan. Angka kematian maternal di negara berkembang diperkirakan mencapai 100 sampai 1000 lebih per 100.000 kelahiran hidup, sedang di negara maju berkisar antara tujuh sampai 15 per 100.000 kelahiran hidup. Ini berarti bahwa di negara berkembang risiko kematian maternal satu diantara 29 persalinan sedangkan di negara maju satu diantara 29.000 persalinan.

Salah satu ukuran yang dipakai untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kesehatan dalam suatu negara atau daerah adalah angka kematian maternal (*maternal mortality*). Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT)³ di Indonesia menjumpai kematian ibu 450 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 1992 Angka Kematian Ibu (AKI) sekitar 421 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Departemen Kesehatan (SDKI Depkes)⁴ menetapkan AKI di Indonesia secara nasional sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup dan merupakan angka tertinggi dibanding dengan negara-negara ASEAN lainnya. Sumber data yang lain pada tahun 1994 dari hasil penelitian di rumah sakit umum di Indonesia terdapat angka kematian ibu sebesar 550 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan sebesar 373 per 100.000 kelahiran hidup⁵. Angka ini tiga sampai enam kali lebih besar dari negara di wilayah ASEAN dan lebih besar 50 kali dibanding dengan negara maju.

Komplikasi kehamilan dan persalinan yang terjadi di berbagai negara berkembang menjadi penyebab utama kematian wanita pada usia reproduksi. Ini berarti Lebih dari satu wanita meninggal setiap menit dari penyebab komplikasi, atau ini berarti 585.000 wanita meninggal setiap tahun. Kurang dari satu persen kematian ini terjadi di negara maju, ini memperlihatkan bahwa wanita dapat menghindari kematian tersebut jika sumber daya dan jasa tersedia. Bertambahnya jumlah tenaga kesehatan yang melayani wanita hamil dan melahirkan ternyata belum menurunkan angka kematian ibu secara bermakna. Kenyataan ini menunjukkan bahwa penyelesaian masalah secara medis teknis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah tingginya mortalitas ibu. Ada faktor lain yang akan menyumbang keberhasilan intervensi medis yaitu dengan ditopang oleh cepatnya pengambilan keputusan ibu atau keluarga untuk mencari pertolongan. Tindakan ini sangat banyak dipengaruhi oleh sikap waspada ibu dan keadaan sosial ekonomi keluarga. Ibu yang telah diberi informasi bahwa kehamilan mungkin berisiko tinggi biasanya lebih waspada bila menghadapi permasalahan selama kehamilan. Sejauh ini informasi yang diberikan terbatas pada ibu dan bersifat umum sehingga kurang terkait dengan anggota keluarga lain. Pada keadaan kritis atau bahaya bukan hanya ibu yang berperan memutuskan untuk mencari pertolongan tetapi seluruh keluarga¹.

Perawatan selama persalinan dan kehamilan yang telah diperbaiki dapat mengurangi kematian maternal 50 sampai 80 persen serta kematian perinatal 30 sampai 40 persen. Perbaikan aspek sosial, budaya, ekonomi, dan pendidikan, dapat membantu mengatasi 64 persen penyebab kematian ibu. Perbaikan penanganan klinis, bisa mengatasi 36 persen kematian ibu¹. Sementara itu lebih dari 70 persen kasus kematian maternal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, para suami yang mengambil keputusan yang utama di dalam mencari perawatan untuk istrinya⁶.

Kesadaran masyarakat akan tanda-tanda bahaya pada kehamilan merupakan upaya meminimalkan kegawat daruratan obstetri, namun banyak kepercayaan tradisional dan penundaan pengambilan keputusan untuk mencari perawatan pada fasilitas kesehatan yang masih dijalankan di masyarakat. Ketiadaan dana dan keterlambatan transportasi yang cepat untuk mencapai fasilitas kesehatan menjadi penyebab faktor kematian. Keterlambatan kegawatdaruratan obstetri lebih lanjut juga dapat disebabkan oleh tidak tersediannya kapasitas untuk melakukan perawatan obstetri di kalangan petugas medis. Kepercayaan tradisional yang dianut masyarakat tertentu akan mempengaruhi pengambilan keputusan oleh suami sebagai kepala keluarga atau orang yang memegang peranan penting di dalam keluarga. Akibatnya jika terjadi kasus kegawatdaruratan pada ibu hamil, melahirkan atau setelah melahirkan harus melibatkan beberapa pihak untuk berembuk. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya keterlambatan di dalam pengambilan keputusan yang mengakibatkan kematian pada ibu⁷.

Di Indonesia angka kematian ibu bervariasi menurut jenis penelitian, peneliti, tahun penelitian maupun angka denominator yang dipakai. Suyanto dan Hakimi⁸, melaporkan kematian maternal di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Purworejo tahun 1990-1995, sebanyak 85 kasus diantara 4.682 persalinan hidup. Angka kematian maternal di RSUD Purworejo rata-rata sebanyak 1.855 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian maternal berturut-turut disebabkan perdarahan 77,2 persen, pre eklamsi atau eklamsi 22 persen, infeksi 19,1 persen dan lain-lain 4,4 persen.

Data kematian maternal Kabupaten Purworejo menurut Profil Kesehatan Purworejo dari data pencapaian kegiatan kesehatan keluarga tahun 1998 sampai dengan 2002. Diperoleh AKI tahun 1998 sebesar 251/100.000 kelahiran hidup, tahun 1999 sebesar 229/100.000 kelahiran hidup, tahun 2000 sebesar 280/100.000 kelahiran hidup, dan tahun 2001 sebesar 205/100.000 kelahiran hidup serta dan tahun 2002 sebanyak 159/100.000 kelahiran hidup⁹.

Berdasarkan data-data di atas maka permasalahan penelitian ini adalah bagaimana riwayat terjadinya kasus kegawatdaruratan obstetri yang berakibat kematian maternal terjadi di masyarakat. Dengan demikian tujuan penulisan ini adalah: menelusuri kasus-kasus kematian maternal yang menonjol di masyarakat berdasar studi kasus serta bagaimana pengetahuan dan peran anggota keluarga dalam melakukan perawatan pada kasus kegawatdaruratan obstetri tersebut.

2. Metode Penelitian

Penelitian kualitatif ini bukan untuk menggeneralisasi masalah melainkan untuk mendapatkan gambaran latar belakang aspek sosial budaya yang mempengaruhi kematian maternal dan perawatan kasus kegawatdaruratan obstetri. Melalui studi kasus ini maka akan diperoleh gambaran nyata mengenai kejadian yang dialami informan¹⁰. Penelusuran kasus dilakukan berdasar empat kasus kematian maternal yang terjadi di RSUD Purworejo antara tahun 1999 sampai Juli 2003. Subjek penelitian diperoleh secara *purposive* sehingga diperoleh empat kasus yang didasarkan pada variasi paritas, umur ibu, tahun kematian, jenis pekerjaan. Data diperoleh dari hasil rekam medis saat pasien keluar dari RSUD Purworejo. Cara pengumpulan data yaitu melalui wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara dilakukan terhadap suami atau anggota keluarga lain yang mengetahui kejadian kematian maternal. Observasi juga dilakukan terhadap ibu hamil di wilayah tersebut. Observasi dilakukan untuk mengetahui cara melakukan perawatan selama kehamilan dan persalinan. Pengumpulan data di lapangan melalui proses perekaman dengan alat bantu *tape recorder* yang dilaksanakan pada tahun 2003. Selain itu keterangan tambahan diperoleh pula dari informan kunci yang terdiri dari bidan yang merawat kasus, tetangga, ketua PKK, serta tokoh masyarakat setempat. Keterangan ini dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran mengenai adat kebiasaan dan perilaku masyarakat dalam melakukan perawatan selama masa kehamilan dan persalinan.

3. Hasil dan Pembahasan

Dari empat kasus kematian istri akibat kehamilan dan persalinan terdiri dari dua orang desa dan dua kasus adalah orang kota. Secara umum masalah transportasi menuju ke rumah sakit tidak menjadi kendala karena jalan yang ada semuanya datar serta kendaraan untuk mengangkut pasien cukup tersedia. Jenis kasus penyebab kematian berdasar hasil rekam medis adalah dua kasus perdarahan, satu kasus eklampsia dan satu kasus pasca operasi. Di bawah ini akan dibahas mengenai masing-masing kasus beserta faktor medis dan non-medis yang berperan terhadap kematian maternal. Selain itu pengelompokan kasus didasarkan pada faktor yang paling menonjol sebagai faktor penyebab, walaupun faktor tersebut bisa bersifat ganda.

Berikut ini akan disajikan hasil penelitian dan pembahasan penyebab kematian maternal karena faktor tersebut, yang terdiri dari:

1. Faktor Medis

1 Keterlambatan mengenal tanda bahaya di rumah

Pada umumnya suami tidak mengetahui adanya tanda bahaya di rumah, walaupun suami atau anggota keluarga mengetahui adanya keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil. Hal ini terjadi karena suami jarang menemani istrinya periksa pada saat ANC karena kesibukan suami sebagai kepala rumah tangga dalam mencari nafkah bagi keluarganya. Selama ANC suaminya tidak mengetahui jadwal ANC, sehingga suami terkadang mengantar istrinya periksa hamil jika kebetulan ia berada di rumah. Namun suaminya tidak pernah menemani periksa di dalam ruang periksa ibu bidan, suaminya hanya menunggu di ruang tamu. Hal tersebut menyebabkan suami tidak ikut melakukan perawatan terhadap kehamilan istrinya. Disamping itu suaminya tidak pernah bertanya atau mencari informasi kepada bidan, teman atau orang tua perihal kehamilan istrinya. Suami juga tidak mengetahui tanda bahaya yang terjadi di rumah dan kondisi ibu

hamil serta risiko yang dapat muncul secara tiba-tiba, sebagai akibat dari faktor usia, jarak kehamilan, jumlah anak dan beban kerja.

Suami umumnya tidak mengenal tanda bahaya bagi kehamilan istri, apalagi kehamilan yang kesekian kalinya. Hal itu diungkapkan oleh suami dengan istri kasus perdarahan, yaitu kasus pertama bernama Ibu A, usia ibu 40 tahun, risiko jarak pada kehamilan yaitu jarak anak ke empat dan kehamilan terakhir pada saat itu antara lima sampai enam tahun dan paritas anak kelima. Ia meninggal tanggal 8 April 2001. Sejak masa kehamilan sampai meninggal ia didampingi oleh suaminya. Ibu A bekerja di pabrik yang menghasilkan tekstil. Pendidikan suami SMP, berusia 49 tahun dan pekerjaan sopir. Selama hamil ia tidak pernah mengambil cuti sampai masa melahirkan sudah dekat. Bahkan ibu A ini tetap bekerja dengan dikenakan tiga *shift* yaitu pagi, siang dan malam. Kondisi tersebut menyebabkan ibu itu berpotensi mengalami risiko tinggi selama kehamilan dan persalinan. Keterangan suami sebagai berikut:

“Istri saya dikenakan *shift* malam juga, karena sebelum hamil dia sudah terbiasa jaga malam, sehingga jaga malam hal yang biasa. Apalagi istri saya mengandung anak kelima, saya pikir hal itu biasa, dia sudah pengalaman hamil”.

Kuotasi tersebut di atas memberikan gambaran ketidaktahuan suami mengenal tanda bahaya di rumah, menyebabkan suami tidak ikut melakukan perawatan kehamilan. Perawatan selama kehamilan itu hanya biasanya dilakukan oleh istri itu sendiri atau mertua. Jika mertua ikut serta melakukan perawatan kehamilan biasanya dikaitkan dengan tradisi setempat.

Kasus kedua juga terjadi perdarahan karena atonia uteri. Identitas Ibu B, berumur 32 tahun, pendidikan lulus SMP, paritas ke dua, pekerjaan ibu rumah tangga. Ia meninggal tanggal 20 Agustus 1999. Namun selama masa kehamilan, melahirkan sampai meninggal, suami tidak menemani karena dia bekerja di provinsi lain. Oleh karena itu selama proses kehamilan dan melahirkan yang lebih mengetahui adalah adik dan orang tuanya. Mereka sekeluarga tinggal dalam satu lokasi berupa tanah keluarga. ANC kepada bidan pada umumnya dilakukan sendiri atau terkadang ditemani adiknya. Namun adiknya tidak mengetahui secara pasti bagaimana keadaan kehamilan kakaknya karena kakak tidak pernah mengeluh atau merasa sakit selama hamil.

Sewaktu menjelang persalinan tidak terjadi gangguan kesehatan yang berarti pada diri Ibu C. Akan tetapi ia tiba-tiba mengalami perdarahan hebat setelah melahirkan. Padahal ia melakukan ANC dengan teratur, serta tidak pernah mengeluh selama hamil. Posisi janin dan kondisi fisik baik, bahkan sebelum melahirkan kondisinya masih stabil, tetapi setelah melahirkan tiba-tiba terjadi perdarahan hebat yang tidak dapat dibendung. Perdarahan tersebut menyebabkan dia *shock* dan akhirnya meninggal.

Usia ibu yang relatif tua, jarak kehamilan yang jauh, dan paritas anak ketiga merupakan faktor yang dapat membahayakan keselamatannya. Faktor tersebut menyebabkan daya tahan tubuh ibu hamil mulai menurun sehingga pada saat partus tidak kuat lagi mengejan. Selain itu fungsi alat reproduksi mulai menurun sehingga tidak mampu lagi menampung kehamilan yang terjadi, bahkan dapat menyebabkan kontraksi uterus tidak kuat lagi atau lembek yang berakibat terjadinya perdarahan setelah melahirkan. Sejalan dengan itu WHO menyebutkan bahwa dalam kurun reproduksi sehat atau dikenal dengan usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah umur 20 sampai 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata dua sampai lima kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun¹⁶.

Jenis pekerjaan yang dilakukan ibu hamil akan berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinannya¹⁷. Kasus Ibu A, ia bekerja di perusahaan yang menghasilkan tekstil. Ia bekerja secara berlebihan dimana pekerjaannya dibagi tiga *shift* yaitu pagi, siang dan malam. Beban kerja yang berlebihan menyebabkan ibu hamil kurang beristirahat, yang berakibat produksi sel darah merah tidak terbentuk secara maksimal dan dapat mengakibatkan ibu hamil kurang darah atau disebut sebagai anemia. Hal serupa dikuatkan oleh Koblinsky, *et al.*, bahwa anemia yang diderita ibu hamil menyebabkan kelemahan, kelelahan dan menyebabkan produktivitas kerja yang rendah¹⁸.

Hal serupa diungkapkan oleh ketua program PKK setempat, bahwa suami-suami biasanya tidak memperhatikan ibu saat kehamilan anak yang kedua dan seterusnya, sementara istri sendiri biasanya tidak mau berterus terang kepada suami. Ia mengatakan bahwa:

“Apalagi bagi mereka yang sudah sering melahirkan, kehamilan sepertinya itu dianggap urusan istri. Suami biasanya tidak memberikan perhatian apakah istrinya hamil tua, sudah kehamilan yang kesekian kali, dimana tentu kondisinya berbeda dari kehamilan yang pertama atau kedua. Istri sendiri sepertinya tidak mau terbuka sama suami. Kehamilan itu sudah biasa, sudah biasa mereka jalani, memang sudah begini gitu, jadi tidak mempersalahkan kehamilannya itu. Padahal kan penting, dimana kondisi kehamilan anak pertama, kedua, dan selanjutnya, akan berbeda-beda, kita makin umur dan sebagainya tapi sepertinya ibu hamil itu, tidak ada yang pernah ceritera yang seperti itu”.

Kasus ketiga yaitu Ibu C yang meninggal satu hari setelah dilakukan operasi laparotomi. Operasi dilakukan karena ibu tersebut mengalami kehamilan di luar kandungan. Ibu C berpendidikan SD, pekerjaan seorang ibu rumah tangga, paritas ketiga, dan berusia 38 tahun. Ia meninggal tanggal 1 September 2001. Pendidikan suami SD, berusia 42 tahun dan pekerjaan petani. Suami tidak mengetahui jadwal ANC isterinya sehingga tidak mengantar atau menemani pada saat memeriksakan kehamilannya. Ibu C merasa bahwa ia bisa pergi sendiri ke tempat ANC karena jarak sangat dekat yaitu hanya antara 40 sampai 50 meter dari rumahnya yang dapat ditempuh oleh ibu hamil dengan jalan kaki. Selain itu pekerjaan suami sebagai petani menyebabkan dia sibuk di sawah sepanjang hari. Sehingga ia tidak mempunyai waktu untuk mencari informasi tentang kehamilan dan persalinan, walaupun dia mengetahui istrinya merasakan sakit jika bayi dalam perut bergerak.

Berbeda dengan kasus di atas, pada kasus ke empat Ibu D yang meninggal pada usia muda yaitu 21 tahun. Ia hanyalah seorang ibu rumah tangga dengan kehamilan anak pertama. Ia meninggal 7 Juli 2003 dan pendidikan SMA. Sementara pendidikan suami juga tamat SMA, berusia 29 tahun dan pekerjaan pegawai pemerintahan. Suami Ibu D sangat memperdulikan kehamilan dan mengetahui jadwal ANC istrinya. Suami Ibu D selalu mengantar istri memeriksakan kehamilannya. Ia juga mengadakan konsultasi kepada bidan, tetangga, dan orang tua serta berusaha mencari informasi sendiri tentang kehamilan dan persalinan. Dia mengetahui pada saat istrinya terjadi peningkatan tekanan darah, namun dia tidak mengetahui bahaya yang terjadi di rumah seperti peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan terjadinya pre eklampsia dan eklampsia.

Bidan telah memotivasi istri untuk konsultasi ke dokter, mengurangi makan garam dan asin-asinan. Dia juga mengetahui jika Ibu D merasakan sedikit pusing, serta sedikit odema. Namun ia tidak mengetahui risiko yang akan muncul sebagai akibat tanda tersebut. Sehingga ia mengabaikan nasihat bidan untuk konsultasi disebabkan kesibukan suami, dimana adik suami baru selesai hajatan (menikah). Kasus eklampsia pada Ibu D meninggal akibat suami tidak memperhatikan nasihat bidan. Bidan telah menasihati agar konsultasi ke dokter. Suami sebagai anak lelaki satu-satunya dituntut untuk memperhatikan dan masih mempunyai beban tanggung jawab terhadap keluarga. Padahal kasus tersebut seharusnya dapat dicegah karena tanda-tanda pre eklampsia dan eklampsia telah diketahui. Penyebab lain dia masih tinggal serumah dengan orang tuanya yang masih memegang tradisi, sehingga semua urusan kehamilan orang tualah yang merawat, menganjurkan atau melarang istrinya.

Saat ini dikembangkan rencana aksi dimana bapak yang sebelumnya terlupakan, kini dilibatkan pada seluruh siklus materniti. Suami diberikan dorongan untuk ikut serta dalam kelas-kelas persiapan kelahiran bayi. Suami belajar untuk bekerja dengan istri selama persalinan dan pergi bersama ke ruang persalinan. Bapak belajar bagaimana memberikan makanan, popok dan memandikan bayi yang baru lahir. Keikut sertaan seperti ini berperan sebagai orangtua memperkuat hubungan bapak-anak dan suami-istri¹⁹.

1.2. Keterlambatan di fasilitas pelayanan kesehatan

Rumah sakit merupakan pusat fasilitas pelayanan kesehatan terakhir yang diterima oleh penerima pelayanan kesehatan tanpa kecuali ibu yang sedang hamil dan akan melahirkan atau setelah melahirkan. Pada kasus kematian ibu ini, beberapa informan menginginkan agar istrinya melahirkan di rumah sakit, tetapi karena permintaan istri yang ingin melahirkan di pondok bersalin saja, dengan alasan pertimbangan biaya, sehingga para suami mengikuti kemauan istri.

Alasan utama yang dikemukakan suami agar istri melahirkan di rumah sakit adalah agar ia segera ditangani jika terjadi sesuatu. Pada kasus di atas suami merasa cemas dengan kelahiran anak pertama. Ini berarti, para suami telah menyadari pentingnya perawatan yang baik bagi istrinya. Juga karena para lelaki biasanya lebih banyak mengakses penggunaan pelayanan kesehatan dibandingkan wanita. Suami ibu tersebut tampak pasrah menerima semua kejadian tersebut. Namun menurut bidan yang merujuk kasus ibu dengan perdarahan ini, dimana perdarahan terjadi setelah bidan menolong persalinannya, mengatakan:

“Saya mengikuti sampai ke UGD, tapi bagaimana lagi proses periksanya saja satu jam, bagaimana akan mencari darah, sedangkan kita masuk UGD sudah masuk infus dari 2 jalur, kita perbaikan Keadaan Umum (KU), periksa ulang Haemoglobin (HB), golongan darah, 1 jam dan mencari darah kan nggak nyandak (sampai). Kadang-kadang kalau di rumah sakit pun sendiri 1 jam cari darah itu belum tentu tersedia berhubung darah belum tentu ada, kita di sana di rumah sakit, kita mengadakan perbaikan KU untuk usaha darah di PMI itu nggak mungkin dalam waktu 1 jam, bisa lebih dari satu jam kalau itu dalam keadaan darurat”.

Proses persalinan berlangsung cepat dan bagus. Namun perdarahan terjadi satu jam setelah dia melahirkan, perdarahan tidak dapat dibendung. Bidan segera memasang infus, dan melakukan kompresi manual. Sebelum merujuk ke rumah sakit bidan menelepon ambulance, ambulance tiba di pondok bersalin dalam waktu lima menit. Ibu ini segera dikirim ke RSUD Pemerintah untuk mendapatkan tindakan selanjutnya. Namun hanya dalam waktu satu jam di rumah sakit ibu tersebut meninggal, sebelum dilakukan transfusi darah.

Demikian pula pada kasus Ibu B, setelah tiba di rumah sakit satu jam kemudian ia melahirkan, namun setelah melahirkan terjadi perdarahan hebat yang membutuhkan transfusi darah. Peristiwa itu terjadi di malam hari sehingga darah yang dibutuhkan terlambat tersedia, dimana darah harus diambil pada Palang Merah Indonesia (PMI). Waktu yang dibutuhkan untuk itu selama 30 menit tetapi darah yang tersedia tidak dapat dipergunakan lagi. Pada saat ibu ini meninggal, ibunya yang selama ini menemani kembali ke rumah karena melihat kondisi anaknya yang kritis. Ibunya pulang ke rumah untuk mencari tambahan dana yang sewaktu-waktu diperlukan.

Kasus-kasus tersebut memberikan gambaran bahwa kematian maternal pada fasilitas pelayanan kesehatan masih banyak terjadi disebabkan kurang tersediannya sarana kegawatdaruratan yang dibutuhkan. Salah satu ukurannya adalah tidak tersedianya darah di fasilitas kesehatan pusat, sehingga kasus perdarahan yang membutuhkan transfusi darah tidak segera dilakukan karena keluarga harus menghubungi Palang Merah Indonesia (PMI) terlebih dahulu.

Selain kasus diatas, kasus Ibu D dengan eklampsia yang dirujuk ke rumah sakit dengan usia kehamilan ibu 28 sampai 32 minggu. Ibu D tidak segera dilakukan tindakan sepsio secaria dengan alasan mempertahankan kehamilan sampai sembilan bulan. Suami mengatakan:

“Kemarin kalau sudah dioperasi kan... ya sudah tapi menurut dokter sini belum waktunya itu... apa lah kandungan belum waktunya, belum bisa hidup di luar kandungan makanya untuk itu bisa bertahan dulu”.

Tindakan tersebut tidak sesuai dengan pendapat Sudhaberata¹¹ yang mengungkapkan bahwa untuk kehamilan kurang dari 37 minggu, bila memungkinkan terminasi ditunda dua kali 24 jam untuk maturasi paru janin dan sikap dasar adalah semua kehamilan dengan eklampsia harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin. Saat terminasi setelah terjadi stabilisasi hemodinamik dan metabolisme ibu yaitu empat sampai delapan jam.

2. Faktor Non-Medis

2.1. Proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh suami atau anggota keluarga.

Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa pola proses pengambilan keputusan umumnya dilakukan oleh suami atau anggota keluarga yang dituakan. Apabila terjadi kasus kegawatdaruratan, dalam masa Antenatal Care (ANC) mereka memegang peranan yang sangat berarti bagi keselamatan ibu. Merekalah yang akan menentukan tindakan terbaik yang dapat diberikan atau menentukan cepat lambatnya suatu proses pertolongan yang akan diterima penderita. Pada kasus Ibu C dengan eklampsia, ketika Ibu C mengalami kejang di rumah kemudian suaminya memanggil bidan, tapi dia tidak mengetahui jika Ibu C mengalami kejang. Bidan menyarankan agar Ibu C segera dibawa ke rumah sakit. Oleh keluarga terutama mertua keberatan jika Ibu C dibawa ke rumah sakit. Menurut mertua sebelum Ibu C dibawa ke rumah sakit harus dimusyawarakan dahulu dengan pihak besan yang tinggal di desa lain berjarak 10 km. Sementara tekanan darah pada saat itu telah mencapai 170/100 mmHg. Ibu B mengalami kejang-kejang berulang, muntah-muntah dan pusing.

Melihat hal tersebut suaminya bingung dan menyerahkan semua keputusan kepada bidan. Bidan bertugas menemani Ibu B sampai di rumah sakit hingga tindakan dilakukan. Di rumah sakit segera ditangani oleh dokter E karena bidan telah memberitahu sebelumnya lewat telepon sebelum merujuk kasus ibu B. Saat bidan menginginkan tindakan yang cepat, tetapi karena dia tinggal serumah dengan mertuanya, maka mertuanyalah yang memegang peranan penting. Merekalah yang mengambil keputusan apakah harus segera dibawa ke rumah sakit atau menunggu orang tuanya. Bidan yang merujuk memberi penjelasan terhadap mertuanya mengenai akibat yang akan terjadi jika menunda waktu untuk dirujuk. Suami tidak dapat berbuat banyak. Hal ini disebabkan dia adalah satu-satunya anak laki-laki di keluarganya sehingga dia akan menurut apa yang dikatakan oleh orang tuanya. Setelah kejang berulang-ulang bidan menasihati mertuanya untuk bertindak cepat dengan cara dibawa ke rumah sakit.

Bidan sebagai orang yang lebih mengetahui bahaya tersebut dia mengatakan secara tegas, tetapi tidak menjelaskan kepada keluarga risiko dari penyakit eklampsia. Suami yang biasa mencari informasi tentang kehamilan dan persalinan melihat peristiwa tersebut, akhirnya menjadi takut dan tidak dapat berbuat banyak, sehingga suaminya menyerahkan semua keputusan dan tindakan terbaik kepada bidan.

Bentuk keluarga pada kasus penelitian di Kabupaten Purworejo adalah keluarga besar, yang biasanya terdiri dari suami, istri, anak dan orang tua serta mertua. Proses pengambilan keputusan akan melibatkan mereka, bahkan melibatkan tetangga dan masyarakat setempat. Akan tetapi pola pengambilan keputusan pada keluarga dengan kasus kegawatdaruratan obstetri yang berakibat kematian maternal masih didominasi oleh keluarga, terutama suami sebagai kepala keluarga. Istri sebagai anggota keluarga tidak mendapat peran sebagai *decision maker*¹⁵.

Pengambilan keputusan dalam kasus kegawatdaruratan sebaiknya melibatkan isteri itu sendiri dan jika tidak terjadi kemufakatan maka tenaga kesehatan sebagai orang yang lebih mengetahui proses suatu penyakit¹⁷. Keterlibatan tetangga atau anggota masyarakat yang dituakan. Tetangga dan masyarakat turut terlibat karena adanya sifat kegotongroyongan dalam masyarakat dimana rasa kekeluargaan masih erat. Sifat kegotong-royongan tetangga biasanya dengan menyiapkan sarana transportasi yang akan digunakan.

2.2. Konsep dan tradisi yang diyakini masyarakat

Tingginya nilai seorang anak tercermin dalam perilaku suami direfleksikan dengan menyelamatkan dan memperhatikan istri yang sedang hamil. Perhatian tersebut akan berbeda antara kehamilan dan kelahiran anak pertama, kedua, ketiga dan seterusnya. Pada umumnya keluarga bahkan masyarakat sangat memperhatikan kelahiran anak pertama, hal tersebut dapat dilihat dengan adanya tradisi masyarakat yang dilakukan pada kehamilan anak pertama dan anak ganjil yang disebut sebagai *mitoni* dan *mapati* seperti yang diungkapkan oleh ketua program PKK Kelurahan Purworejo:

“Perkawinan pertama dengan anak kehamilan pertama, di wilayah ini biasanya ditandai dengan upacara selamat empat dan tujuh bulan kehamilan istri”.

Tujuan dari upacara di atas adalah agar ibu hamil mampu melewati masa krisis dalam hidup yaitu persalinan¹². Tujuan itu juga diungkapkan oleh Fardiana bahwa perempuan yang hamil perlu diadakan selamatan dengan maksud agar bayi yang dilahirkan dalam keadaan selamat dan si anak bahagia di kemudian hari, biasanya untuk kehamilan pertama kali saat kehamilan berusia tujuh bulan (*mitoni/tingkeban*)²⁰. Selain itu masyarakat Jawa khususnya di pedesaan memiliki kebiasaan bahwa hidup maupun mati sebaiknya tetap berada di rumah. Hal ini menyebabkan mereka lebih menyukai persalinan yang berlangsung di rumah mereka. Dengan melakukan persalinan di rumah maka anggota keluarga tidak perlu menunggu di rumah sakit misalnya sehingga aktivitas keseharian mereka tidak terganggu. Selain itu melahirkan di rumah dianggap lebih murah serta tidak membuat repot banyak pihak. Semua kebutuhan persalinan bisa tetap disediakan oleh anggota keluarga dan bantuan tetangga terdekat. Rasa aman yang tinggi bila melahirkan di rumah terkait dengan kebiasaan setempat bahwa persalinan itu biasanya ditunggu oleh seluruh kerabat sehingga semuanya berkumpul pantangan¹³.

Ibu hamil yang telah mempunyai rumah sendiri umumnya mereka juga mandiri secara ekonomi maupun sosial. Mereka yang hidup terpisah dengan orang tua maupun mertua tidak mengetahui pantangan selama hamil kecuali anjuran minum minyak goreng sebelum melahirkan untuk mempercepat kelahiran anak. Penyebabnya karena kepercayaan biasanya diperoleh secara turun temurun, di samping itu ibu hamillah yang menentukan perawatannya sendiri tanpa dipengaruhi oleh mertua atau anggota keluarga lainnya. Sebaliknya kasus yang tinggal dengan mertua atau orang tua mengakibatkan mereka harus patuh khususnya terhadap beberapa pantangan selama kehamilan. Orang yang dituakan di rumah itu biasanya akan turut mengambil andil dalam perawatan ibu hamil. Mereka melakukan perawatan kehamilan berdasar adat kebiasaan serta kepercayaan yang mereka yakini selama ini. Mereka melaksanakan pantangan yang dikatakan oleh orang tua dengan alasan agar kehamilan dan persalinannya selamat dari berbagai ancaman yang tidak dikehendaki.

Ibu B tinggal dengan mertuanya yang mempunyai kebiasaan terhadap beberapa pantangan selama kehamilan yaitu tidak boleh makan nangka, durian, pete, telur, ikan laut dan belut tetapi ia tidak dapat menjelaskan mengapa hal tersebut dilarang. Dia hanya mengatakan kalau makan ikan dan belut nanti rumah dan piringnya akan berbau amis. Sebagai akibat tinggal serumah dengan mertua menurut tetangganya dia seperti tertekan tetapi dia mampu menutupi karena orangnya humoris. Alasan jika makan duren maka anak yang akan dilahirkan menjadi gundul atau rambutnya tidak tumbuh. Sedangkan makan nangka juga dilarang dengan alasan nangka mempunyai getah yang akan merekatkan bayi ke perut ibunya, sehingga pada saat melahirkan bayinya akan sulit keluar. Untuk menghindari hal tersebut makan sayur nangka diperbolehkan asalkan pada saat memasak di beri minyak kelapa sedikit, agar getahnya tidak melekatkan bayi dengan ibunya. Ibu hamil juga dilarang makan daun so karena pada saat melahirkan perut akan terasa melilit-lilit.

Tradisi makanan pantangan selama hamil sangat merugikan ibu hamil. Terutama pantangan terhadap makanan yang mengandung protein seperti telur. Padahal dalam tinjauan medis ibu hamil dianjurkan makan lebih banyak dari biasanya terutama protein, karena dapat menjadi cadangan energi yang akan digunakan untuk mengejan (berkuat) saat melahirkan. Makanan itu sekaligus juga akan dikonsumsi oleh janin sehingga bayinya tidak mengalami berat bayi lahir rendah (BBLR). Disamping itu makanan juga dibutuhkan ibu hamil agar tidak terjadi kurang darah, mengeluh pusing sehingga pada saat melahirkan tidak terjadi perdarahan.

Selain pantangan makan ada juga pantangan dalam berperilaku yang biasanya diberlakukan pada kedua belah pihak yaitu suami dan istri. Antara lain jika istrinya hamil maka suami tidak boleh duduk di depan pintu dan tidak boleh menambal lubang karena akan menyebabkan jalan lahir tersumbat sehingga pada saat melahirkan anak susah keluar. Ibu hamil tidak boleh keluar rumah pada saat Magrib. Kedua pantangan sebelumnya tidak perlu diubah karena perilaku tersebut tidak membahayakan ibu hamil, sehingga hanya bersifat netral.

Pantangan dalam berperilaku untuk suami dan isteri biasanya bersifat netral dan tidak membahayakan ibu hamil. Adapun pantangan ibu hamil tidak boleh keluar rumah pada saat Magrib, ditolerir karena diduga bisa mengurangi kematian maternal. Alasannya, karena ibu hamil perlu istirahat yang cukup, sehingga ibu hamil yang tidak keluar pada malam hari dapat menggunakan waktu tersebut untuk beristirahat.

Selama hamil rambut ibu hamil harus terurai untuk menghindari persalinan yang macet dan adanya perasaan melilit-lilit pada perut. Ibu hamil tidak boleh bermalas-malasan di atas tempat tidur dan saat bangun harus segera turun dari tempat tidur. Selain pantangan makan dan berperilaku selama masa kehamilan terdapat konsep masyarakat tentang kematian ibu hamil dan melahirkan. Mereka beranggapan bahwa ibu yang mati karena melahirkan akan menuju ke jalan yang lurus

yaitu meninggal dalam perang sabil (mati syahid). Sedangkan jika meninggal dalam keadaan hamil masih membawa kotoran. Hal itu diungkapkan oleh salah satu informan kunci, dia mengatakan:

“Ya, kalau meninggalnya itu habis babaran (melahirkan) itu bersih, itu perang sabil akan masuk sorga tapi kalau mati masih bawa kandungan itu kotor, orangnya kok masih bawa wetengan, bisa melahirkan dalam kubur (lahir sak jroning kubur)”.

Sedangkan suami yang mengalami kematian maternal mengatakan bahwa kematian sudah merupakan takdir sehingga manusia tidak mampu mencegahnya.

Penduduk Kabupaten Purworejo pada umumnya menganut agama Islam, namun pengaruh budaya Jawa juga cukup menonjol, sehingga kematian maternal akibat kehamilan dan persalinan masih dikaitkan dengan kepercayaan atau mitos seperti yang telah disebut di atas.

2.3. Keadaan sosial dan ekonomi

Hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan masalah kematian maternal di masyarakat biasanya bukan sebagai penyebab langsung. Kematian maternal biasanya berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam menyediakan makanan bergizi, tempat tinggal yang memenuhi persyaratan serta biaya untuk pemeliharaan kesehatan.

Keempat kasus kematian maternal jika ditinjau keadaan sosial dan ekonomi merupakan keluarga pra-sejahtera. Keadaan rumah informan umumnya kecil, kotor dan kurang terurus. Pekerjaan pokok suami adalah petani atau buruh swasta dengan penghasilan yang jauh dari cukup. Akibatnya masalah kesehatan masih jauh dari harapan. Mereka memang telah mengenal ANC dengan bidan namun hal-hal yang menyangkut kesehatan secara keseluruhan mereka kurang paham. Bahkan mengenal tanda kegawatdaruratan obstetri pun mereka tidak mampu. Hal ini didukung oleh latar belakang pendidikan suami-istri yaitu lulus SD atau SMP dan SMA satu orang.

4. Kesimpulan

Dari paparan kasus di atas terlihat bahwa peran anggota keluarga baik suami maupun ibu mertua cukup kuat dalam proses pengambilan keputusan di keluarga khususnya menyangkut masalah kegawatdaruratan obstetri. Hal tersebut sejalan dengan Nadesul *at al.*, bahwa mutu suatu keputusan ditentukan oleh siapa pengambil keputusannya, dimana sesuatu yang diputuskan akan dilakukan setelah menilai suatu keadaan, kenyataan atau peristiwa yang sedang dihadapi. Hal yang sama dikuatkan lagi oleh data ICDDR bahwa lebih dari 70 persen kasus kematian maternal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, para suami yang mengambil keputusan yang utama di dalam mencari perawatan untuk istrinya karena itu sebaiknya suami mengikutsertakan anggota keluarga lainnya sebelum mengambil keputusan. Keputusan dari ahli bidang kesehatan misalnya bidan untuk merujuk kasus ke rumah sakit umumnya tidak disetujui oleh keluarga korban. Hal ini karena pertimbangan bermacam-macam hal terutama pembiayaan. Keputusan di tangan suami atau anggota keluarga yang dituakan menunjukkan bahwa di masyarakat itu masih terjadi sistem hierarki dalam hal keputusan dimana suami adalah yang paling tinggi otoritasnya. Keadaan ini mengisaratkan bahwa terjadi ketimpangan jender dimana peran istri hanyalah sebagai anggota keluarga bukan sebagai *decision maker*.

Penyebab lain dari kematian maternal pada 4 kasus di atas antara lain: ketidaktahuan suami dalam mengenal komplikasi, keterlambatan mengenal bahaya di rumah, keterlambatan fasilitas pelayanan kesehatan yang cukup berakibat fatal bagi kasus. Pelayanan kesehatan di RSUD tentunya perlu ditingkatkan mengingat justru kasus-kasus tersebut mendapatkan bantuan yang terlambat. Selain itu faktor sosial budaya yaitu sosial ekonomi yang rendah, pengetahuan yang terbatas didukung oleh tradisi budaya setempat yang membatasi penanganan kasus dilakukan secara cepat mengakibatkan penanganan yang kurang cepat. Kepercayaan yang kuat pada tradisi tentang kehamilan, kelahiran dan kematian sangat mempengaruhi proses berpikir anggota keluarga dalam mengambil keputusan.

Masyarakat masih beranggapan bahwa kehamilan dan persalinan adalah sesuatu yang biasa-biasa saja. Anggapan tersebut menyebabkan para suami tidak memperhatikan kehamilan yang kedua dan seterusnya. Mereka biasanya memperhatikan kehamilan yang pertama saja. Padahal setiap kehamilan merupakan risiko yang dapat membahayakan ibu hamil. Kehamilan seharusnya merupakan sesuatu yang istimewa sehingga memerlukan perawatan yang intensif. Kehamilan juga sulit untuk diprediksi karena pada saat ANC hasilnya bagus tetapi setelah melahirkan dapat terjadi

perdarahan secara tiba-tiba. Perihal tersebut dikemukakan oleh WHO bahwa setiap wanita dapat mengalami komplikasi tak terduga dan mendadak selama kehamilan, melahirkan, dan setelah melahirkan.

Dari data keempat kasus kematian maternal didukung oleh keterangan informan menunjukkan bahwa masing-masing kasus memiliki risiko tinggi yang tidak disadari oleh pasien maupun keluarganya. Faktor medis yaitu keterlambatan mengenal bahaya di rumah, fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang, serta non-medis yaitu proses pengambilan keputusan oleh suami atau mertua, adanya tradisi dan kepercayaan mengenai kehamilan, kematian dan tabu makanan serta kondisi ekonomi yang rendah memegang peranan penting sebagai penyebab kegawatdaruratan obstetri yang berakibat pada kematian ibu. Aspek medis dan non medis ternyata sangat berperan dalam penentuan pertolongan yang harus dilakukan pada kasus kegawatdaruratan obstetri. Hal itu rupanya tidak disadari oleh keempat kasus sehingga segala sesuatunya menjadi terlambat.

Daftar Acuan

1. Lawn J, Rrian J, McCarthy, Susan Rae Ross, *The Healthy Newborn*, CDC, CCHI, The Health Unit Care, 2002.
2. World Health Organization, *Manual of International Classification of Disease, Injuries and cause of death*, 10th rev., Geneva, 1992.
3. Biro Pusat Statistik, *Survei Kesehatan Rumah Tangga*. Jakarta: Biro Pusat Statistik, 1986.
4. Biro Pusat Statistik, *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997*, Jakarta: Biro Pusat Statistik, 1998.
5. Biro Pusat Statistik, *Survei Kesehatan Rumah Tangga*. Jakarta: Biro Pusat Statistik, 1995.
6. ICDDR, *Intervention Update*, [www. icddr.org/mch-r/intervention8/mt-vol 5 n.html](http://www.icddr.org/mch-r/intervention8/mt-vol 5 n.html), Health and Population Extension Division Vol 5, 1999.
7. Prevention of Maternal Mortality (Zambia) Programme (PMMZ), *Preventing Maternal Mortality*, <http://www.pmmz.org.zm/report.htm>, Zambia, 2003.
8. Suyanto E, Hakimi, Kematian Maternal Di RSUD Purworejo 1990-1995, *Majalah Obstetri dan Gynecologi*, Yogyakarta, 1995; 74-8.
9. Biro Pusat Statistik, *Kabupaten Purworejo dalam Angka 2001*, Purworejo: Biro Pusat Statistik dan Bapeda Purworejo, 2001.
10. Girham B, *Case study research methods*. London: Continuum, 2000.
11. Sudhaberata K, *Penanganan Pre Eklampsia dan Eklampsia Berat*, <http://www.studentuit.no/2ulfes/reviewanantenatal.care.PDF>.
12. Koentjaraningrat, *Beberapa pokok Antropologi Sosial*. Jakarta: Dian Rakyat, 1981.
13. Triratnawati A, Pendekatan Antropologi dalam penempatan bidan desa. *Jurnal Epidemiologi Nasional* edisi 1, 1995: 2.
14. Nadesul H, Tiara, *Gangguan Dalam Pengambilan Keputusan*, <http://www.handoko.net/keluarga.Org/ambilputus.html>, 1999.
15. Sciortino R., *Menuju kesehatan madani*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1999.
16. World Health Organization, *Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and Unicep*, <http://www.safemotherhood.org/facts and figure/ maternal mortality. htm>, Revised 1990, Geneva, 1996.
17. Hasnah. *Proses Pengambilan Keputusan Suami atau Anggota Keluarga dalam Menangani Kasus Kegawatdaruratan Obstetri yang Berakibat Kematian Maternal*. Tesis. Minat Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi Program Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia, 2003.
18. Koblinsky M, Timyan J, Gay J, *Kesehatan Wanita Sebuah Perspektif Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
19. Hamilton MP, *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*, edisi 6, Jakarta: EGC, 1995.
20. Fardiana E. *Sosok Perempuan dalam Budaya Jawa*. <http://www.geocities.com/kawan 2000ui/wanita-lintas-budaya2.htm>, 2000.

