

Taraf Kesihatan Wanita Melayu Sebelum Merdeka

NORAZIAH ALI
SHAHARUDDIN AHMAD

ABSTRAK

Artikel ini cuba meninjau taraf kesihatan wanita Melayu sebelum merdeka dari dua aspek. Pertama, sistem perubatan yang wujud dalam masyarakat yang bertanggungjawab menyediakan perkhidmatan rawatan ketika sakit. Kedua, penjagaan kesihatan diri individu yang dipengaruhi oleh kedudukan dan peranan wanita dalam keluarga dan persekitaran sosial mereka. Perbincangan kajian dalam artikel ini adalah berdasarkan data sekunder dan soalselidik yang dijalankan ke atas sebilangan wanita yang pernah melalui kehidupan zaman penjajahan dan pada ketika ini berumur lebih 60 tahun. Kajian mendapati sistem perubatan moden (hospital, dispensari, pencegahan penyakit, penyelidikan dan latihan) sebelum merdeka telah berkembang tetapi tertumpu di ibu negeri, ladang-ladang dan lombong. Oleh itu, penyaluran perkhidmatan kesihatan kepada majoriti orang Melayu di luar bandar adalah terbatas. Terdapat klinik ibu dan kanak-kanak di bandar tetapi wanita yang ditemubual tidak cenderung menggunakan perkhidmatan tersebut kerana jauh, sukar tersampai, takut dan sudah biasa dengan "cara kampung". Sebaliknya, mereka bersalin di rumah dengan menggunakan perkhidmatan bidan kampung, mengamalkan 'pantang' tradisional secara ikutan, berkahwin awal dan melahirkan ramai anak. Keseluruhannya, wanita sebelum merdeka kurang pengetahuan tentang penjagaan kesihatan kerana mereka akur dengan nilai dan amalan tradisional dan dipengaruhi oleh persekitaran sosial ketika itu.

ABSTRACT

This article attempts to look into Malay women's health status before independence from two aspects. Firstly, the medical system that prevailed then and secondly, women's health in relation to their position in the family and their social environment. Data of this research were based on secondary sources and questionnaire survey on elderly women (in the sixties) who partly lived through the colonial times. The results showed that modern medical system was developed but concentrated in states capital in the west coast, rubber estates and tin mines. Hence, the delivery of health services to the majority of the Malays in the rural areas was limited. There were clinics for mothers and children in urban areas but women respondents declined or refused to use the medical services for several reasons such as distant

location, inaccessibility, fear and moreover they were already familiar with folks method. On the contrary, they preferred to give birth at home by traditional birth attendance, besides obediently practiced traditional abstinence, married at an early age and had many children. On the whole, pre-independence women lacked the knowledge on modern health care as they were subjugated by traditional values and practices and were influenced by their social environment.

PENGENALAN

Isu-isu kesihatan wanita perlu difahami menerusi perspektif peranan dan kedudukan wanita dalam masyarakat, terutama sekali institusi kekeluargaan (APDC 1990:1). Dalam konteks itu, struktur dan keadaan sosioekonomi dan budaya masyarakat yang menjadi punca utama penyakit dan bencana kesihatan wanita perlu ditangani sekiranya taraf kesihatan wanita hendak ditingkatkan dan berkeadaan baik.

Mengapa taraf kesihatan wanita menjadi isu penting? Ada tiga perkara yang menjadi asas kepada persoalan tersebut. Pertama, hidup sihat adalah hak asasi semua manusia, terutamanya kesihatan wanita yang sekian lama terabai oleh masyarakat dan negara. Wanita merupakan separuh daripada jumlah penduduk negara dan memerlukan penjagaan kesihatan khusus kerana ciri-ciri fisiologi dan fungsi reproduksinya di samping kedudukan rendah dan rol terhad wanita yang telah ditentukan oleh masyarakat secara turun-temurun. Kedua, wanita sebagai pengurus rumahtangga, pendidik anak-anak, penjaga orang tua, sumber tenaga manusia dan reproduksi perlu sihat untuk melaksanakan secara berkesan rolnya yang sangat penting tetapi berat. Kesihatan masyarakat dan negara bermula di rumah di mana peneraju utamanya ialah surirumah, iaitu wanita. Ketiga, walaupun wanita berhak dan wajar menikmati kesihatan yang baik, namun hakikat taraf kesihatan wanita di negara-negara sedang membangun khususnya, adalah rendah dan kurang mendapat perhatian sewajarnya dari keluarga, masyarakat dan negara sehinggalah pada dekad 90-an menerusi pelan tindakan Pertubuhan Bangsa-bangsa Bersatu, NGOs dan kerajaan seluruh dunia ekoran Persidangan Kependudukan di Kaherah, Mesir, pada tahun 1994.

Dalam masyarakat tradisional, kedudukan wanita yang rendah dan subordinat menyebabkan kepentingan mereka tidak diutamakan atau sebanding dengan ahli keluarga yang lain. Rol wanita yang asasi iaitu sebagai isteri dan ibu adalah terhad dalam lingkungan keluarga. Wanita bertungkus-lumus menguruskan rumahtangga untuk kebajikan keluarganya tetapi implikasi tanggungjawab yang dipikul ke atas kesihatan wanita kerap kali tidak menjadi isu kepada ahli keluarga dan malah kepada diri wanita sendiri. Walaupun penjagaan kesihatan wanita secara tradisional, terutama yang berkaitan dengan

reproduksi, bertujuan untuk memulihkan kesihatan wanita tetapi dengan asas ilmu yang terhad dan adakalanya bertentangan dengan keperluan fisiologi dan psikologi sebenar wanita menyebabkan wanita menjadi 'mangsa' amalan turun-temurun berkenaan sehingga adakalanya boleh mengancam nyawa.

Penjajah Inggeris di Tanah Melayu memperlihatkan usaha-usaha untuk melaksanakan sistem perubatan moden dan kesihatan awam tetapi dalam konteks masyarakat Melayu yang hidup terasing di luar bandar, dengan taraf pendidikan yang rendah dan masih kuat berpegang kepada adat-adat Melayu lama, maka tidak hairanlah orang Melayu rata-rata memberi sambutan dingin kepada perubatan moden. Akibatnya taraf kesihatan masyarakat Melayu, termasuk taraf kesihatan wanita, tidak banyak berubah ketika Tanah Melayu merdeka.

TARAF KESIHATAN: KONSEP DAN TEORI

Sihat menurut World Health Organization (WHO) ialah keadaan fizikal, mental dan sosial yang sejahtera sepenuhnya dan bukan sekadar ketiadaan penyakit atau bersifat lemah (*Biennial Report* 1990-1991:3). Dalam konteks ini, wanita yang menjalankan fungsi amat penting iaitu reproduktif memerlukan kesihatan reproduktif kerana proses reproduksi bukan sahaja melibatkan perubahan fisiologi tetapi juga risiko penyakit dan keadaan patologikal (Narimah Awin 1994). Justeru, keadaan sejahtera fizikal, mental dan sosial memberi implikasi bahawa wanita boleh hamil dan melahirkan anak dengan selamat dan jayanya (iaitu anak mandiri dan membesar dengan sihat).

Bidang kesihatan dan penjagaan kesihatan wanita terbahagi kepada tiga aspek; iaitu diri individu wanita, persekitaran fizikal dan persekitaran sosial, dan faktor budaya. Kesemua aspek boleh dijadikan kayu pengukur untuk menjelaskan status kesihatan wanita. Pada asasnya, faktor biologi wanita yang semulajadi dan perilaku penjagaan kesihatan diri merupakan dimensi yang perlu dilihat. Sihat atau tidak wanita dipengaruhi pula oleh keadaan kehidupan yang dilaluinya. Dalam hal ini, budaya masyarakat memainkan peranan penting dalam menentukan dan mempengaruhi tingkah laku, adab dan adat, kawalan sosial, hubungan kekeluargaan, peranan individu dan lain-lain. Kepatuhan individu kepada hukum-hukum masyarakat menentukan dikotomi apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan, apa yang boleh dinikmati atau sebaliknya, peluang atau sekatan, dan lain-lain yang mencerminkan sikap, status dan rol individu dalam komunitinya.

Taraf dan gaya hidup seseorang pula dipengaruhi oleh persekitaran fizikal dan sosial yang menjadi lingkungan hidup mereka. Aspek persekitaran fizikal boleh dilihat dari (1) kemudahan kesihatan yang disediakan dan boleh dimanfaatkan untuk keperluan kesihatan wanita; (2) keadaan rumah yang menjadi tempat tinggal dan petempatan di mana mereka tinggal; dan (3) faktor

alam sekitar semulajadi, sama ada mesra ataupun sebaliknya merupakan ancaman kepada kesihatan atau kehidupan manusia, yang dipengaruhi oleh taraf pembangunan dan teknologi dalam masyarakat. Justeru, zaman atau alam wanita yang berkaitan perlu difahami sebagai konteks perbincangan. Dalam kertas ini, zaman yang dimaksudkan ialah era kolonial, kira-kira 30 tahun sebelum Tanah Melayu merdeka pada tahun 1957.

Epidemiologi adalah satu aspek penting untuk mengukur taraf kesihatan. Teori Transisi Epidemiologi pada dasarnya ialah satu model deskriptif yang memaparkan perubahan pola kesihatan dan penyakit di kalangan pelbagai kumpulan penduduk akibat perkembangan sosioekonomi hasil proses modernisasi, urbanisasi dan perindustrian, demografi dan penentu ekobiologikal. Transisi epidemiologi berlaku dalam tiga fasa berikut.

Fasa pertama: mortaliti dengan kadar endemik yang tinggi adalah faktor terpenting dalam dinamik penduduk, sementara kesuburan adalah angkubah bersama. Dalam masyarakat pra-modern sebelum fasa peralihan, kebanyakan penyakit adalah epidemik berinfeksi. Zaman ini dikenali sebagai 'zaman wabak dan kebuluran'. Kumpulan sasaran ialah kanak-kanak dan belia.

Fasa kedua: 'zaman penyurutan epidemik' setelah pelbagai kawalan persekitaran diperkenalkan seperti penulenan air, peningkatan kebersihan diri dan pemakanan yang membawa kepada peningkatan taraf kesihatan dan pengurangan penyakit infeksi.

Fasa tiga: 'era degeneratif penyakit dan penyakit buatan manusia' ialah zaman sekarang yang memperlihatkan perubahan sosial dan gaya hidup. Akibat dari cara hidup sekarang yang serba bebas dan kebendaan, ringkas dan sentiasa bergegas, banyak tekanan dan lain-lain timbul pelbagai penyakit baru.

Dalam kertas kerja ini, masyarakat Melayu sebelum merdeka berada pada fasa pertama. Penjagaan kesihatan diri yang rendah kerana kurang pengetahuan awam dan kemudahan berhubung dengan kesihatan di samping faktor persekitaran tempat tinggal yang mendedahkan setiap individu kepada risiko penyakit infeksi. Gourou pada tahun 1953 (Simpson, E 1988:13) dalam menerangkan keadaan persekitaran ketika mereka menjajah negara-negara di Afrika dan Asia menggambarkan kegerunannya terhadap alam semulajadi kita yang dikatakan mengandungi pelbagai serangga dan kuman yang boleh mendatangkan penyakit dan maut. Dari perspektif penjajah Barat, kawasan-kawasan yang meragut ramai nyawa orang Barat akibat diserang penyakit infeksi dirujuk sebagai *white men's grave*. Walau bagaimanapun, pendedahan penduduk pribumi kepada penyakit infeksi adalah minimum selagi mereka tidak 'mengusik' ekosistem semulajadi seperti yang dilakukan oleh penjajah Barat yang meneroka sumber alam kita secara besar-besaran.

Penjagaan kesihatan adalah satu lagi aspek yang mempengaruhi taraf kesihatan penduduk. Sebelum kedatangan perubatan moden ke dalam masyarakat tradisional, penjagaan kesihatan berlaku pada dua peringkat. Dari perspektif orang awam, keluarga adalah tempat utama penjagaan kesihatan.

Ahli keluarga perempuan (ibu dan anak-anak perempuan) adalah peneraju utama merawat ahli keluarga yang sakit dan nenek pula berperanan menentukan kaedah dan bahan pengubatan. Dalam erti kata yang lebih luas, wanita sebenarnya menentukan taraf kesihatan keluarga menerusi perlaksanaan tugas mereka sebagai pengurus rumahtangga. Faktor kebersihan rumah (luar dan dalam) dan penyediaan makanan untuk keluarga adalah asas utama yang mempengaruhi taraf kesihatan isirumah. Justeru, peranan wanita dalam hal penjagaan kesihatan keluarga amatlah penting.

Peringkat kedua dalam penjagaan kesihatan ialah sistem perubatan yang terdapat dalam masyarakat, sama ada perubatan tradisional/ folk atau perubatan moden. Kedua-kedua sistem berfungsi untuk menyahkan penyakit yang dihadapi oleh pesakit. Dalam masyarakat tradisional, institusi bomoh dan dukun amatlah penting kerana peranannya bukan sahaja dari segi mengubat penyakit tetapi juga memberi kekuatan psikologi dan mental kerana masyarakat umumnya tersangat memerlukan kehadiran mereka untuk menangani masalah penyakit yang merupakan jambatan maut. Sebaris dengan bomoh dan dukun ialah bidan tradisional yang bertanggungjawab mengendalikan keperluan wanita ketika hamil dan bersalin serta adat-adat yang berkaitan. Kedudukan pengamal perubatan tradisional yang teguh dalam masyarakat disokong oleh kepercayaan ghaib dan amalan adat upacara yang dianggap keramat oleh ahli masyarakat secara turun-temurun.

Perubatan moden pada asasnya berasal dari Barat. Di Malaysia dan negara sedang membangun yang lain, perubatan moden telah diperkenalkan oleh penjajah dan telah membawa kesan positif dengan berkurangnya wabak penyakit berjangkit dan kadar kematian. Walaupun pada dasarnya, pelaksanaan program membanteras penyakit tropika bertujuan untuk mengurangkan kejadian jangkitan di kalangan pegawai Inggeris dan pekerja lombong dan ladang, namun usaha ini tidak mengecualikan penduduk Melayu di kampung. Maksudnya, sebelum Tanah Melayu merdeka lagi telah wujud sistem perubatan moden yang cuba menangani masalah kesihatan penduduk tempatan dan seterusnya terdapat rancangan-rancangan untuk meningkatkan status kesihatan penduduk, termasuk wanita. Persoalan sejauh manakah penduduk tempatan menerima dan mengambildguna kaedah perubatan moden ketika itu adalah relevan dalam melihat transisi epidemiologi masyarakat Melayu.

DATA

Usaha memperolehi data tentang kesihatan wanita di zaman kolonial merupakan satu cabaran dalam kajian ini. Data sekunder yang boleh digunakan amat bergantung kepada laporan terhad yang dihasilkan oleh penjajah Inggeris. Laporan-laporan Inggeris untuk FMS memuatkan aspek kesihatan yang menunjukkan langkah-langkah yang telah diambil dan dilaksanakan oleh penjajah

Inggeris untuk menangani masalah kesihatan semasa. Dari laporan-laporan berkenaan, senario taraf dan masalah kesihatan penduduk Tanah Melayu dapat dicerap.

Bagi mendapatkan gambaran sebenar keadaan kesihatan wanita sebelum merdeka, data diperolehi daripada temubual dengan wargatua wanita yang berumur lebih 60 tahun yang pernah menjalani sebahagian kehidupan mereka dalam era sebelum merdeka. Kehidupan responden dan keluarga masing-masing dijadikan bahan bukti untuk menunjukkan beberapa aspek taraf kesihatan wanita.

SENARIO TARAF KESIHATAN ORANG MELAYU SEBELUM MERDEKA

Taraf kesihatan boleh dinilai berasaskan kepada beberapa indikator atau petunjuk yang menggambarkan keadaan kesihatan masyarakat. Sebenarnya nilai sihat atau tidak sihat memang sukar diukur dan bukanlah satu tugasan yang mudah. Walau bagaimanapun, keadaan atau ciri-ciri tertentu penduduk yang mempunyai kaitan dengan masalah penyakit, keuzuran dan ketidak-upayaan individu secara langsung dan tidak langsung boleh dirujuk sebagai petanda atau faktor yang membawa kepada masalah kesihatan. Dalam masyarakat Melayu sebelum merdeka, indikator kepada status kesihatan terbahagi kepada empat bahagian yang saling berkaitan.

1. Ciri-ciri demografi dan status sosioekonomi masyarakat dan keluarga yang menentukan keupayaan dan amalan berhubung dengan cara hidup, kepercayaan dan budaya yang ada kaitan dengan penjagaan kesihatan dan penggunaan kemudahan kesihatan.
2. Pelbagai gejala penyakit di kalangan masyarakat yang berpunca dari keadaan persekitaran.
3. Polisi dan penyediaan kemudahan kesihatan penjajah Inggeris yang menjadi sumber kemudahan kesihatan dan perubahan kepada penduduk. Persoalan letakan dan kesampaian menjadi isu bagi masyarakat yang tinggal jauh dari kawasan membangun seperti di luar bandar dan pedalaman.
4. Penjagaan kesihatan diri wanita yang berkaitan dengan hubungan keluargaan dan dinaungi oleh nilai dan norma budaya masyarakat Melayu.

CIRI-CIRI DEMOGRAFI

Faktor penjajahan dan imigrasi buruh dari India dan Cina merupakan penentu utama kepada taburan dan komposisi penduduk Tanah Melayu. Dengan pengurangan kemasukan imigran dan lebih ramai imigran menetap di Tanah Melayu telah menghasilkan penduduk yang lebih stabil. Menurut Ginsburg

dan Robert (1958:47) ada lima ciri-ciri kependudukan yang berkait rapat dengan persoalan kesihatan penduduk Tanah Melayu.

1. Penduduk bertumpu di kawasan yang aktif membangun dengan ekonomi penjajah, iaitu dalam bentuk lima kelompok kawasan di pantai barat dengan bandar sebagai pusat seperti Kuala Lumpur, Ipoh, Pulau Pinang dan Singapura. Satu lagi kawasan tumpuan penduduk ialah di Delta Kelantan, di timur laut Tanah Melayu. Kira-kira 72.0 peratus penduduk berada di kawasan tumpuan penduduk.

2. Penduduk Tanah Melayu adalah masyarakat majmuk yang membentuk 98 peratus dari jumlah penduduk. Nisbah tiga kumpulan utama etnik ialah 43.5 peratus Melayu, 44.7 peratus Cina dan 10.3 peratus India. Setiap etnik hidup secara terpisah-pisah antara satu sama lain dari segi kawasan petempatan dan dari segi aktiviti ekonomi. Orang Melayu umumnya tinggal di luar bandar dan tidak berminat makan gaji. Migrasi orang Melayu ke bandar besar hanyalah merupakan fenomena terbaru kerana pada tahun 1947 hanya 14 peratus etnik Melayu tinggal di bandar.

3. Faktor imigrasi yang lepas menyumbang kepada perubahan saiz penduduk. Kedatangan imigran selepas Inggeris mengukuhkan kuasanya di Tanah Melayu berkait dengan perusahaan lombong dan getah. Pada asasnya mereka bekerja sebagai buruh dengan kompeni dan sebahagiannya memulakan perniagaan dan perdagangan di bandar. Antara tahun 1911-1947, penduduk Tanah Melayu bertambah dari 2.5 juta kepada 5.8 juta. Jumlah ini walau bagaimanapun berubah-ubah akibat imigran pulang ke negara asal. Sekatan imigrasi pada tahun 1933 dan diperketatkan lagi pada tahun 1952 telah menghadkan imigrasi dan seterusnya menstabilkan penduduk Tanah Melayu.

4. Secara perbandingan, darjah perbandaran Tanah Melayu adalah relatif lebih tinggi berbanding negara-negara Asia Tenggara yang lain. Tumpuan penduduk bandar ialah Singapura, Pulau Pinang, Kuala Lumpur dan kawasan sekitarnya, Lembah Kinta serta Melaka dan kawasan sekitarnya. Oleh kerana bandar-bandar berkenaan merupakan pusat kegiatan ekonomi perlombongan dan perladangan, maka petempatan luar bandar di pantai barat pun cenderung bertumpu di sekitar kawasan yang sama.

5. Kesan dari pelbagai faktor termasuk sekatan imigrasi, ciri-ciri kependudukan menunjukkan sifat kestabilan. Migrasi dalaman hanya melibatkan nisbah yang kecil sahaja penduduk, iaitu petani yang bergerak secara musiman mengikut musim menuai padi. Migrasi desa-bandar lebih jelas berdasarkan pertambahan penduduk bandar dari 29 peratus pada tahun 1931 kepada 35 peratus pada tahun 1947 sementara nisbah penduduk Melayu di bandar bertambah dari 0.6 peratus kepada 14.1 peratus dalam tempoh yang sama. Kestabilan penduduk amat jelas dari segi berkurangnya nisbah lelaki berumur 20-24 tahun, pertambahan yang tinggi di kalangan kanak-kanak berumur di bawah 15 tahun; dan semakin seimbang nisbah jantina dengan bertambahnya bilangan wanita.

Pertumbuhan penduduk bersifat semulajadi selepas kemasukan imigran disekat. Pertumbuhan penduduk Tanah Melayu pada tahun 1947 ialah 2.36 peratus sementara kadar pertumbuhan orang Melayu kurang dari 2.0 peratus berbanding dengan 3.0 peratus bagi penduduk Cina dan India. Walau bagaimanapun pada tahun 1955, kadar pertumbuhan penduduk keseluruhannya meningkat kepada lebih 3.0 peratus dan di kalangan orang Melayu paras pertumbuhan telah setara dengan etnik lain (Jadual 1). Peningkatan kadar pertumbuhan ini menggambarkan bermulanya transisi demografi di Tanah Melayu dengan penurunan kadar kematian secara menyeluruh dan meningkatnya paras kesuburan, terutamanya di kalangan orang Melayu. Walau bagaimanapun, kedua-dua kadar tetap pada paras yang tinggi, selaras dengan sifat pro-natalis masyarakat tradisional.

JADUAL 1. Pertumbuhan semulajadi, kelahiran dan kematian Tanah Melayu mengikut etnik pada tahun 1947 dan 1955

Tahun	Jumlah penduduk	Melayu	Cina	India
Kadar kelahiran kasar (1000)				
1947	43.0	41.4	44.0	49.1
1955	43.0	45.1	40.6	43.9
Kadar kematian kasar (per 1000)				
1947	19.4	24.3	14.3	15.8
1955	11.5	14.0	9.0	9.5
Kadar pertumbuhan semula jadi				
1947	23.6	17.1	29.7	33.3
1955	31.6	31.1	31.6	34.4

Sumber: Ginsburg and Roberts, 1958:78

Kadar kelahiran kasar ialah antara 40-45 per seribu untuk Tanah Melayu, tetapi umumnya lebih rendah di bandar berbanding kesuburan etnik Cina dan Melayu di desa. Sebaliknya, kadar kematian adalah paling tinggi di luar bandar iaitu di kalangan orang Melayu berbanding dengan kadar kematian penduduk bandar (Ginsburg and Roberts 1958:76-77).

Mortaliti bayi dan kematian ibu bersalin adalah dua petunjuk yang menggambarkan taraf kesihatan ibu. Kadar mortaliti bayi Melayu adalah paling tinggi berbanding dengan etnik lain di samping paling rendah kadar perubahannya (Jadual 2). Fenomena ini berpunca dari taraf kesihatan ibu Melayu di luar bandar yang rendah berbanding dengan etnik lain di bandar. Selain status sosioekonomi yang rendah, masalah kematian bayi Melayu berkait dengan taraf pemakanan yang rendah, kemiskinan, kurang penjagaan ante-

JADUAL 2. Kadar mortaliti bayi menurut etnik 1950 dan 1957

Tahun	Semua kaum	Melayu	Cina	India
1950	102	121	74	114
1957	76	96	47	76
% perubahan	3.6	3.0	5.2	4.8

Sumber: Norlily Aziz et al, 1980:60

natal dan ibu berisiko kerana bersalin ketika umur muda di samping masalah kekurangan air bersih dan sanitasi di luar bandar (lihat Chee H. L. 1990).

Perkahwinan memulakan dimensi kesihatan reproduktif di kalangan wanita. Kehamilan dan melahirkan anak sebenarnya membawa perubahan bukan sahaja secara fizikal tetapi juga emosi, psikologi dan status kesihatan wanita. Pola umur perkahwinan di kalangan orang Melayu menunjukkan wanita Melayu berkahwin pada umur muda. Pada tahun 1947, purata umur wanita berkahwin ialah 16.6 tahun dan meningkat sedikit kepada 17.1 pada tahun 1957 (bagi lelaki lebih 22 tahun).

Berdasarkan pola perkahwinan wanita Melayu semasa remaja, jelaslah bahawa pembentukan keluarga Melayu melibatkan pasangan muda. Bagi wanita yang menempuh alam rumah tangga, mereka memikul tanggungjawab yang berat setelah bergelar isteri, menantu dan kemudian ibu. Dalam konteks masyarakat tradisional, status wanita yang rendah dan tugasnya kepada keluarga menjadikan wanita Melayu terdedah kepada cabaran dan jangkauan dari orang di sekitar mereka. Dalam menyempurnakan tanggungjawab mereka inilah, kesihatan diri mereka mudah terabai.

Keseluruhannya, ciri-ciri kependudukan orang Melayu di atas menggambarkan taraf kesihatan orang Melayu yang rata-rata tinggal di luar bandar adalah rendah berbanding dengan kumpulan etnik yang lain. Taraf sosio-ekonomi orang Melayu bersama dengan sistem perubatan yang diamalkan masyarakat turut mempengaruhi taraf kesihatan penduduk, terutama wanita dan kanak-kanak.

TARAF SOSIOEKONOMI ORANG MELAYU

Orang Melayu pada asasnya ialah penduduk luar bandar yang bekerja sebagai petani dan nelayan. Aktiviti mereka bersifat saradiri yang rendah daya pengeluaran dan teknologi.

Kira-kira 75 peratus petani Melayu menanam padi yang merupakan sumber makanan utama. Permintaan terhadap beras sebenarnya tidak mencukupi dan perlu di import. Penghasilan padi di luar bandar secara saradiri sebenarnya hampir mencukupi untuk penduduk luar bandar kecuali nelayan yang menjual

hasil tangkapan mereka untuk membeli beras. Walau bagaimanapun, keperluan beras di bandar dan di estet-estet menyebabkan 50 peratus keperluan beras Tanah Melayu diimport.

Keperluan kepada wang tunai di kalangan orang Melayu adalah kecil kerana sebahagian dari keperluan disediakan menerusi penanaman dan dari sumber semulajadi. Di luar musim menanam padi, orang Melayu juga melakukan kerja-kerja sambilan di pekan berdekatan untuk mendapatkan wang. Mereka juga terlibat dalam tanaman wang seperti buah-buahan, kelapa dan getah yang boleh menjadi sumber kewangan.

Sebelum tahun 1945, orang Melayu dikatakan menghindari kerja-kerja estet dan lombong. Namun selepas tahun 1948 sebanyak 22 peratus buruh estet terdiri dari orang Melayu bagi mengisi kekosongan buruh India akibat sekatan oleh kerajaan negara India dan sekatan imigrasi Tanah Melayu sendiri. Perubahan yang sama berlaku dalam sektor perlombongan, perkilangan dan kerja-kerja awam. Dari segi tanaman wang, hasil jualan produk kelapa dan getah merupakan sumber utama wang di kalangan orang Melayu. Pada tahun 1947, jumlah orang Melayu yang terlibat dalam aktiviti tanaman ialah 23, 669 orang dalam mengeluarkan produk kelapa sementara 200,000 orang menanam getah sebagai pekebun kecil, tidak termasuk petani yang bertani secara saradiri tetapi juga mempunyai sedikit kebun getah. Semasa harga komoditi tinggi, pekebun Melayu mempunyai lebih pendapatan untuk membeli barang-barang pengguna seperti pakaian, makanan mewah, barang kemas dan lain-lain; membeli perkakas rumah seperti radio dan mesin jahit; dan mengerjakan haji.

Penglibatan orang Melayu dalam sektor sekunder dan tertiar adalah kecil. Pengeluaran barangan kraftangan sama ada dari kayu, rotan, tenunan kain dan barangan perak melibatkan hanya 3.75 peratus dari jumlah orang Melayu yang bekerja. Manakala pekerjaan dalam perkhidmatan dan perniagaan tidak penting. Penglibatan wanita dalam perniagaan dan pemasaran dikatakan aktif di Pantai Timur di samping kerja tangan tertentu seperti menganyam, membuat makanan ringan dan bertenun. Bidang pekerjaan lain yang menunjukkan penglibatan wanita Melayu ialah perguruan dan kejururawatan, tetapi bilangannya amat sedikit dan terhad di bandar. Wanita Melayu yang berkerjaya adalah segelintir dari mereka yang melepasi kongkongan adat budaya yang tidak menggalakkan kaum wanita berpendidikan lebih tinggi dari sekadar tahu membaca dan menulis.

Kadar celik huruf penduduk Tanah Melayu secara umumnya rendah. Ini bermakna tidak ramai yang mendapat pendidikan, sama ada formal atau tak formal. Kemudahan persekolahan dan bilangan kehadiran murid di sekolah menunjukkan perbezaan antara Negeri Bersekutu dan Negeri Tidak Bersekutu. Sekolah formal tidak mendapat sambutan di Negeri Tidak Bersekutu. Keadaan ini ada kaitannya dengan sejarah pembangunan oleh penjajah Inggeris dan proses urbanisasi yang bertumpu di Negeri Bersekutu. Selain itu, pola pen-

didikan tak formal di Negeri Tidak Bersekutu yang merupakan kawasan dominan Melayu telah menjejaskan perkembangan sistem pendidikan formal (Ginsburg dan Roberts 1958:156) dan justeru menerangkan mengapa tidak ramai yang bersekolah formal di Kedah, Kelantan dan Terengganu.

Dalam dekad 1950-an berlaku perkembangan baru dalam sistem pendidikan di Tanah Melayu hasil dari pelbagai usaha Penjajah Inggeris. Pada tahun 1952, Majlis Perundangan Persekutuan telah membentuk pelan persekolahan kebangsaan yang bertujuan untuk mengadakan sekolah percuma, mewajibkan sekolah rendah kepada anak-anak semua bangsa dan pembiayaannya ditanggung oleh kerajaan. Perkembangan kedua ialah bertambahnya bilangan sekolah rakyat Melayu hasil dari inisiatif rakyat yang memohon bantuan kerajaan untuk mendirikan sekolah.

Selepas perang dunia kedua, penjajah Inggeris berusaha untuk mengseragamkan semua sekolah rendah yang terdiri dari pelbagai aliran dan orientasi. Premis sekolah baru termasuklah:

1. Pendidikan seharusnya memupuk dan meluaskan kapasiti berkerajaan sendiri di samping ketaatan dan tanggungjawab siviks.
2. Pendidikan seharusnya memberi peluang yang sama kepada semua kanak-kanak lelaki dan perempuan dari semua bangsa.
3. Pendidikan percuma di peringkat rendah seharusnya dikembangkan ke peringkat menengah, vokesyenal dan tinggi bagi memenuhi keperluan negara.

Pembiayaan kerajaan ke atas sekolah bukan aliran Inggeris adalah paling tinggi untuk sekolah Melayu, iaitu sebanyak 37 peratus (berbanding 15 peratus untuk sekolah Cina dan 4 peratus untuk sekolah India) berdasarkan nisbah taburan murid mengikut etnik. Pada tahun 1951, ditubuhkan Persatuan Pendidikan Dewasa untuk menangani masalah buta huruf. Tahun-tahun berikutnya telah diberi perhatian kepada sekolah dewasa dari pelbagai aliran bahasa.

Keseluruhannya, perlaksanaan program pendidikan penjajah bagi meningkatkan taraf pendidikan orang Melayu tidak menunjukkan banyak perubahan ketika Tanah Melayu merdeka. Terlalu awal untuk melihat kesannya dalam masyarakat Melayu kerana dasar pendidikan penjajah itu baru sahaja dilaksanakan. Dengan itu, taraf pendidikan wanita Melayu tidak terkecuali.

PENYAKIT BERJANGKIT DAN PERKEMBANGAN KESIHATAN MODEN

Sebelum pemerintahan penjajah Inggeris di Tanah Melayu, taraf kesihatan penduduk Melayu memang rendah. Keadaan persekitaran yang masih merupakan hutan hujan yang tebal dengan iklim yang lembab dan panas merupakan kediaman pelbagai hidupan terutama serangga yang merupakan vektor pelbagai

penyakit. Petempatan orang Melayu tidak mempunyai sistem sanitasi dan saliran di samping tidak ada bekalan air yang dijamin bersih. Kemudahan asas dan kesihatan yang teratur tidak wujud kecuali institusi perbomohan yang sebahagian besar amalannya bertentangan atau tidak selari dengan perubatan moden. Berlatar belakang keadaan-keadaan di atas serta taraf sosioekonomi yang rendah, matlamat utama kehidupan orang Melayu ketika itu ialah untuk mandiri dan menghindari penyakit kerana kejadian kematian tersangat lumrah.

Kedatangan penjajah Inggeris dan penguasaan mereka ke atas ekonomi-politik Tanah Melayu telah mengubah keadaan fizikal semulajadi dan struktur kependudukan dengan membawa masuk imigran dari negara China dan India. Pembukaan hutan adalah antara punca yang mendedahkan nyamuk malaria kepada pekerja (Lim C.Y. 1967:311). Manakala keadaan daif dari segi pemakanan dan tempat tinggal buruh lombong dan estet telah menyemarakkan penyakit seperti disentri, beri-beri, kudis buta, cirit-birit, taun dan lain-lain. Angka kematian yang tinggi disebabkan oleh penyakit berjangkit dan infeksi menunjukkan persekitaran kawasan-kawasan yang diteroka penjajah Inggeris berisiko kepada kesihatan dan nyawa. Antara tahun 1890-1900 bilangan pesakit yang dirawat di Perak telah meningkat dari 7323 kepada 22070 orang sementara di Selangor jumlahnya meningkat dari 8213 kepada 13730 orang. Angka kematian dari penyakit berkaitan juga telah bertambah lebih dua kali ganda dalam tempoh yang sama (*Perak Administration Report 1901* dan *Selangor Government Gazette* vol VII dalam Kuiek B.S. 1990).

Orang Melayu yang tinggal di persekitaran yang sama atau berhampiran dengannya juga terdedah kepada penyakit berkenaan. Walaupun nisbah pesakit Melayu yang dirawat adalah antara 10-18.0 peratus dari jumlah pesakit, tetapi dengan sifat orang Melayu ketika itu yang sukar dan takut pergi ke hospital maka jumlah sebenar pesakit Melayu adalah lebih besar. Laporan FMS (1926:4) menyebut orang Melayu sebagai golongan yang membawa masalah kepada pentadbiran kesihatan kerana kejahilan, kuat berpegang kepada amalan tradisi di samping prasangka mereka kepada perubatan moden.

Sebelum sistem perubatan moden diperkenalkan oleh penjajah Inggeris, orang Melayu mengamalkan perubatan tradisional yang menggunakan khidmat dukun, bomoh, bidan dan lain-lain dalam mengubati penyakit dan masalah kesihatan. Cara pengubatan tradisional ialah menerusi pemujaan semangat, sihir dan lain-lain sementara bahan ubatan diperolehi dari hutan dan laut.

Kedudukan dan peranan institusi perubatan tradisional adalah penting dan kukuh dalam masyarakat Melayu kerana terikat dengan kepercayaan, nilai budaya dan cara hidup orang Melayu menerusi pelbagai pantang larang dan upacara-upacara semasa kelahiran, perkahwinan, hinggalah kepada kematian. Baik buruk sesuatu adat tidak dipersoalkan oleh ahli masyarakat tetapi terus mengamalkan secara turun temurun (lihat Siti Hasmah 1987).

Dengan kemasukan perubatan moden, pergantungan masyarakat Melayu kepada perubatan tradisional tidak lagi sepenuhnya, biar pun pada mulanya

sambutan orang Melayu kepada perubatan moden adalah dingin. Penjajah Inggeris mengambil langkah-langkah bagi menangani masalah penyakit berjangkit dan infeksi penyakit tropika yang menyebabkan jumlah kematian meningkat di Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Keprihatinan awal ditujukan kepada masalah kesihatan dan penyakit di kalangan warga Inggeris, pekerja lombong dan buruh di estet-estet.

Perkembangan perubatan moden yang dibawa oleh penjajah Inggeris mengambil masa lebih 150 tahun. Dalam tempoh itu, dasar dan langkah-langkah kesihatan yang penting hanya dilaksanakan setelah kedudukan politik Inggeris di Tanah Melayu (yang terbahagi kepada negeri selat, FMS dan NFMS) telah mantap pada akhir kurun ke-19. Secara amnya, langkah-langkah yang berkesan demi menjaga dan menyelamatkan kepentingan ekonomi dan buruh-buruh mereka bermula di sekitar 1900 (lihat Chew, L.T. 1992; Kuiek B.S. 1990 dan Ooi E.H. 1989). Antara langkah-langkah utama yang dilaksanakan termasuklah mendirikan hospital dan klinik; penubuhan Jabatan Kesihatan yang diberi tanggungjawab menjaga kesihatan awam dan membasmi penyakit; dan penubuhan institusi penyelidikan dan perubatan. Urutan perkembangan perubatan dan kesihatan di Tanah Melayu diringkaskan dalam Jadual 3.

Dalam keadaan persekitaran yang tinggi risikonya kepada kesihatan penduduk, wanita dan kanak-kanak adalah golongan yang sensitif yang mudah dijangkiti penyakit. Memang sukar untuk mengukur darjah masalah kesihatan wanita kerana ketiadaan data, namun langkah penjajah Inggeris untuk melantik pegawai perubatan wanita pada tahun 1923 adalah berasaskan kepada masalah penjagaan kesihatan ibu dan kanak-kanak yang berkaitan dengan amalan yang tidak menitikberatkan kebersihan, pemakanan seimbang, penjagaan bayi dan ibu yang betul, rendahnya taraf pendidikan dan pengetahuan wanita, amalan budaya yang tidak merumitkan lagi masalah kesihatan dan lain-lain.

Klinik ibu dan kanak-kanak (KIK) yang pertama telah ditubuh di Kuala Lumpur, dan kemudiannya dikembangkan di Negeri-negeri Selat dan ke bandar-bandar lain di Selangor, Perak, Johor dan Kedah (Hanafiah Mohd Salleh 1988). Terdapat sebanyak 553 buah klinik ibu dan kanak-kanak sebelum merdeka. Sehubungan dengan itu, peranan pegawai kesihatan wanita ialah menasihati dan mengajar ilmu kesihatan kepada kaum ibu tentang menjaga kesihatan keluarga, diri dan anak yang bakal lahir (Kuiek, B.S. 1990:71). Bagi memenuhi keperluan paramedik, sekolah jururawat (1947) dan sekolah pelawat kesihatan (1954) telah ditubuhkan di Pulau Pinang. Sama seperti program lain, fokusnya adalah di bandar utama dan dengan itu impaknya ke atas kesihatan wanita Melayu adalah sedikit. Perkhidmatan yang lebih bermakna kepada wanita Melayu hanya setelah ditubuhkan sekolah Latihan Perkhidmatan Kesihatan Luar Bandar di Jitra dengan bantuan WHO/UNICEF. Di sini ditempatkan jururawat, merinyu kesihatan dan bidan untuk berkhidmat di pusat kesihatan luar bandar. Namun perkembangan program ini terganggu oleh

JADUAL 3. Perkembangan perubatan dan kesihatan di Tanah Melayu sebelum merdeka

Tahun	Langkah-langkah Perubatan/Kesihatan
1804	Vaksinasi di Pulau Pinang.
1873	Jabatan penjajah ambil alih peranan Syarikat Hindia Timur yang berfungsi memberi perkhidmatan kesihatan dan perubatan.
1980	Hospital China didirikan oleh Yap Ah Loy.
1883	Hospital Kerajaan dibina.
1892	Hospital China kedua dibina.
1896	Perjanjian antara Inggeris dan Negeri Bersekutu untuk mentadbir dan mengelola hal ehwal kesihatan dan perubatan.
1910	Negeri Tidak Bersekutu turut menandatangani perjanjian yang sama.
1896-1915	Setiap ibu negeri mempunyai hospital umum
1900	<i>Institute Medical Research</i> ditubuhkan untuk membuat penyelidikan tentang penyakit tropika. Di Singapura ditubuh <i>Singapore Medical College</i> untuk melatih doktor dan paramedik.
1910	Penubuhan Jabatan Kesihatan dengan pegawai dan merinyu kesihatan
1920	Estet getah dapat kemudahan kesihatan dan saliran asas (di bawah kod buruh). Suntikan pelalian untuk campak dan program pembasmian malaria.
1923	Penubuhan klinik ibu dan kanak-kanak (KIK) di bandar-bandar utama.
1930-an dan 40-an	Masyarakat luar bandar mendapat perhatian menerusi perkhidmatan dispensari bergerak dan pendidikan kesihatan di sekolah vernakular.

keadaan dharurat (1948-1960) dan tidak meluas ke pantai timur (Hanafiah Mohd Salleh 1988).

PENJAGAAN KESIHATAN WANITA

Kesihatan masyarakat orang Melayu di luar bandar sebelum kedatangan sistem perubatan moden adalah pada tahap pra-peralihan berasaskan teori transisi epidemiologi, iaitu keadaan yang wujud pada masyarakat tradisional yang belum mengenal kehidupan moden. Setelah penjajah Inggeris memperluaskan perkhidmatan perubatan moden ke luar bandar bagi menangani masalah kesihatan orang Melayu, hakikat cabaran mendapatkan keyakinan dan penerimaan orang Melayu terhadap perubatan moden digambarkan oleh petikan berikut

satu masalah yang sukar kepada profesion perubatan kerana pengaruh adat dan tahyul yang begitu kuat... semakin jauh ke pedalaman (penulis) pengaruhnya menjadi lebih kuat dan masalahnya bertambah buruk (Siti Hasmah 1987, Jld 1:72).

Antara sifat-sifat negatif yang terdapat di kalangan masyarakat Melayu tentang penyakit ialah sikap berserah kepada takdir terutama jika pesakit sudah tua; melengah-lengahkan rawatan sehingga keadaannya serius; kepercayaan yang kuat kepada tahyul dan berbagai kuasa ghaib lain di samping taraf pelajaran yang rendah (pendidikan kesihatan hampir tiada) menyebabkan mereka tidak boleh menghargai kaitan di antara kebersihan, pemakanan dan bakteria dengan kesihatan. Tabiat membuang najis di merata tempat di samping masalah kemiskinan dan kekurangan bahan-bahan untuk penjagaan kebersihan (seperti sabun, kasut, ketiadaan air bersih dan sanitasi, tidak banyak pakaian, dan lain-lain) adalah ciri-ciri yang lumrah di kalangan orang Melayu di luar bandar. Justeru, taraf kebersihan diri, rumah dan keadaan sekeliling rumah boleh menjadi ancaman kepada kesihatan (seperti rambut berkutu, berkulid, kecacingan, dan lain-lain) dan seterusnya menjadi punca penyakit.

Keyakinan dan pilihan mereka ialah perkhidmatan bomoh dan dukun; dan fenomena ini hanya menunjukkan sedikit perubahan pada tahun 1940-an apabila perubatan moden diterima sedikit demi sedikit oleh orang Melayu, terutama di kalangan mereka yang menceburkan diri dalam sistem sosio-ekonomi penjajah.

Golongan yang dipengaruhi kuat oleh adat resam, kepercayaan dan pantang larang ialah ibu dan kanak-kanak. Dari segi amalan bersalin dan hamil, para ibu-ibu bergantung sepenuhnya kepada perkhidmatan bidan kampung, seorang perempuan setengah umur dan sudah uzur, yang mempunyai ilmu perbidanan secara turun-temurun. Selain menjadi bidan, mereka juga mahir sebagai tukang urut dan menggugurkan kandungan. Perkara yang menjadi persolan kepada masalah kesihatan ibu-ibu dan bayi yang dilahirkan berkait dengan kaedah yang mereka gunakan yang berisiko dan membahayakan. Contohnya, penggunaan buluh sebagai alat pemotong pusat bayi adalah tidak terjamin bersih dan cara pemakanan ibu semasa pantang adalah bertentangan dengan keperluan biologikal untuk memulihkan kesihatan ibu (Siti Hasmah 1987:74-76).

Pengetahuan mereka tentang kebersihan, sifat-sifat fisiologi kelahiran anak dan anatomi rahim dan lain-lain adalah terhad. Tetapi kepada masyarakat, bidan-bidan kampung adalah pakar perbidanan dan yang berkait dengan kehamilan dan kelahiran. Dalam keadaan masyarakat tradisional yang kekurangan dalam serba-serbi tidaklah menghairankan mengapa kedudukan bidan kampung adalah penting dan menjadi sandaran dan harapan masyarakat. Institusi bomoh/perbidanan yang diamalkan adalah sistem masyarakat ketika itu yang menjadi adat dan telah sebatu dengan kepercayaan dan nilai masyarakat. Justeru, memang sukar untuk mengajak ibu-ibu Melayu meninggalkan amalan-amalan lama dan beralih kepada perubatan moden seperti bersalin di hospital dan pemakanan yang betul. Tambahan pula, kedudukan mereka yang subordinat

dalam sistem kekeluargaan Melayu menyebabkan mereka tertakluk kepada saranan ibu/ibu mertua yang berpengalaman. Masalah ini masih berlarutan di kalangan sesetengah orang Melayu hingga dekad 1980-an (*Malaysian Population and Family Survey*, LPPKN/UNFPA 1984/1985). Pengalaman sebenar wanita Melayu yang pernah menjalani sebahagian kehidupan sebelum merdeka menjelaskan lagi masalah kesihatan wanita.

LATAR BELAKANG RESPONDEN

Berdasarkan negeri asal 73 orang responden yang dipilih secara rambang, taburannya bolehlah diklasifikasikan mengikut status politik Tanah Melayu sebelum merdeka iaitu Negeri-negeri Melayu Bersekutu, Bukan Bersekutu dan juga Negeri-negeri Selat (Jadual 4). Lebih 80.0 peratus responden adalah dari Negeri-negeri Melayu Bersekutu dan Bukan Bersekutu. Sehubungan dengan itu, 73.5 peratus responden mengatakan bahawa mereka dibesarkan dalam persekitaran luar bandar atau kampung Melayu berbanding dengan hanya kira-kira 26.5 peratus responden yang dibesarkan dalam persekitaran bandar.

Status pendidikan dan pekerjaan bapa responden adalah rendah. Majoriti responden telah dibesarkan dalam keluarga yang tidak berpendidikan. Sebanyak 69.5 peratus bapa responden tidak pernah bersekolah secara formal, manakala di kalangan ibu responden kira-kira 76.5 peratus tidak mendapat pendidikan formal. Ibu bapa responden yang mendapat pendidikan formal adalah di peringkat rendah dan dari kalangan mereka yang tinggal di Negeri-negeri Selat dan sebahagian kecilnya dari Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Tahap pendidikan yang rendah di kalangan bapa responden dapat digambarkan melalui jenis-jenis pekerjaan. Majoriti bapa responden melakukan kerja-kerja pertanian (petani dan nelayan) dan kerja-kerja kampung. Hanya sebilangan kecil bekerja makan gaji seperti guru, kerani, askar dan sebagainya.

Pendapatan isi rumah turut menggambarkan taraf pendidikan dan pekerjaan di kalangan bapa responden yang amat rendah di mana majoritinya berpendapatan kurang dari RM30 sebulan pada ketika itu. Bagaimanapun, tahap pendapatan yang rendah ini tidaklah menggambarkan yang keluarga responden tidak mampu memiliki rumah sendiri. Ini agak jelas di mana hampir 80.0 peratus responden yang disoal selidik mengatakan bahawa rumah mereka adalah milik sendiri, sungguhpun kebanyakannya mempunyai hanya satu atau dua bilik sahaja untuk dikongsi oleh bilangan ahli keluarga yang sederhana ramai.

Darjah kemiskinan responden di zaman sebelum merdeka turut digambarkan oleh kemampuan sesebuah keluarga dalam membeli pakaian. Majoriti responden mengatakan bahawa keluarga mereka hanya mampu untuk membeli pakaian sekali setahun sahaja, iaitu ketika menyambut perayaan iaitu hari raya puasa. Bagi keluarga responden yang mampu membeli lebih daripada sepasang pakaian dalam setahun adalah mereka yang mempunyai latar belakang

JADUAL 4. Angkubah latar belakang petempatan dan taraf sosioekonomi keluarga responden

Angkubah	Peratusan
Negeri asal	
Negeri-negeri Melayu Bersekutu	47.1
Negeri-negeri Bukan Bersekutu	42.7
Negeri-negeri Selat	10.2
Jenis Persekitaran	
Luar bandar	73.5
Bandar	26.5
Pendidikan bapa/ibu	
Bersekolah	50.0/23.5
Tidak bersekolah	50.0/76.5
Pekerjaan Bapa	
Petani	36.8
Nelayan	10.3
Perkhidmatan kolor putih	16.1
Perkhidmatan kolor biru	25.0
Lain-lain (kerja kampung & berniaga)	11.8
Pendidikan responden	
Tidak bersekolah	36.8
Sekolah Rendah	35.3
Sekolah menengah & ke atas	27.9
Pendapatan keluarga	
≤ RM20	38.3
RM21 – RM30	44.1
RM31 – RM40	4.4
RM41 – RM50	8.8
≥ RM51	4.4
Status pemilikan rumah	
Milik sendiri	76.5
Menyewa/menumpang	23.5
Bilangan bilik	
1 bilik	40.6
2 bilik	35.9
3 bilik	23.5

bersambung halaman sebelah

JADUAL 4 (sambungan)

Angkubah	Peratusan
Kekerapan membeli pakaian	
Sekali setahun	77.9
Dua kali setahun	8.8
Tiga kali setahun	13.3
Pemilikan barangan mewah	
Radio	35.3
Basikal	8.8
Tiada barangan mewah	55.9

Sumber: Noraziah & Shahrudin: Kerja lapangan 1997

yang lebih baik dan tinggal di kawasan bandar. Keupayaan keluarga responden memiliki barangan-barangan mewah seperti basikal, kereta, kerusi set dan sebagainya adalah terbatas.

Secara amnya, semua keluarga responden menikmati makanan asas (nasi) tetapi semasa pemerintahan Jepun, kehidupan responden 'amat susah'. Responden menyatakan mereka terpaksa melarikan diri dan bersembunyi dari tentera Jepun (lebih daripada 75.0 peratus), makanan tidak mencukupi (lebih daripada 80.0 peratus) dan mereka mengalami lain-lain masalah kehidupan seharian (lebih daripada 60.0 peratus). Responden yang telah remaja amat takut kepada gangguan askar Jepun.

Utiliti yang ada di kawasan luar bandar atau kampung adalah begitu terhad sekali (Jadual 5). Didapati responden menggunakan air dari sumber-sumber air semula jadi yang terdapat di persekitaran rumah mereka seperti air telaga/perigi (lebih 70.0 peratus), sungai (12.0 peratus) dan juga dari parit atau tali air (2.0 peratus). Didapati hanya sebahagian kecil dari responden yang ditemubual mengatakan yang mereka mendapat bekalan air dari air paip (13.0 peratus). Analisis selanjutnya mendapati mereka yang mendapat bekalan air paip adalah dari kalangan responden yang tinggal di persekitaran bandar di Negeri-negeri Selat dan sebahagian kecil dari Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Situasi yang sama dapat diperhatikan terhadap penggunaan bahan api. Majoriti responden di luar bandar ketika itu menggunakan minyak tanah bagi tujuan menerangkan rumah, memasak dan lain-lain (74.0 peratus). Bagi mereka yang mampu didapati menggunakan gasolin untuk tujuan yang sama. Hanya kira-kira 25.0 peratus dari responden yang mendapat bekalan elektrik pada zaman sebelum merdeka.

Taraf kesihatan turut dilihat dari aspek jenis tandas yang digunakan ketika itu. Keadaan berisiko kepada kesihatan dapat dikesan bila mereka tidak mempunyai tandas khas (46.0 peratus) dan peratusan yang agak kecil meng-

JADUAL 5. Aspek penjagaan kesihatan keluarga

Angkubah	Peratusan
Sumber air bersih	
Air telaga	73.5
Sungai	11.8
Parit/tali air	1.5
Paip air	13.2
Penggunaan lampu	
Pelita/lampu minyak	73.5
Gasolin	1.5
Elektrik	25.0
Bentuk tandas	
Tandas curah/angkut	26.5
Sungai	4.4
Tiada tandas	45.6
Lain-lain	23.5

Sumber: Noraziah & Shaharuddin: Kerja lapangan 1997

gunakan sungai sebagai tandas (4.0 peratus). Bagaimanapun, terdapat juga di kalangan responden bandar khususnya menggunakan kaedah tandas angkut atau curah (27.0 peratus).

Keseluruhannya, kemudahan asas di kawasan luar bandar adalah tidak wujud. Usaha penjajah Ingeris untuk meningkatkan kesihatan awam menerusi kemudahan asas dan sinatasi bertumpu di kawasan bandar, ladang dan lombong bijih di mana mereka mempunyai kepentingan. Sementara itu, penduduk di kampung terus bergantung sepenuhnya kepada alam semula jadi dengan amalan-amalan tidak sihat.

CIRI DEMOGRAFI KELUARGA RESPONDEN

Saiz famili di kalangan wanita Melayu sebelum merdeka turut dianalisis. Berdasarkan bilangan isi rumah (Jadual 6) lebih daripada 50.0 peratus responden adalah dari keluarga yang melebihi lapan orang. Dengan itu, kadar penghuni setiap bilik ketika itu didapati puratanya ialah 5.5 orang/bilik. Keadaan ini menggambarkan famili wanita Melayu dahulu adalah agak besar. Selain itu, fenomena keluarga besar di kalangan orang-orang Melayu di zaman sebelum merdeka adalah yang lazim. Idea mengelakkan hamil secara tradisional yang dilakukan oleh orang Melayu memang ada tetapi bukan menjadi amalan meluas dan tidak diketahui kesannya.

JADUAL 6. Ciri demografi responden

Angkubah	Peratusan
Taburan Umur	
< 65 tahun	60.3
65 – 69 tahun	20.6
70 – 74 tahun	7.4
≥ 75 tahun	11.7
Bentuk famili	
Nuklius	35.5
Bukan nuklius	64.5
Bilangan isi rumah	
≤ 7 orang	44.1
8 – 10 orang	35.3
11 – 13 orang	14.7
≥ 14 orang	5.9
Bilangan adik beradik	
≤ 4 orang	32.4
5 – 7 orang	42.6
≥ 8 orang	25.0

Sumber: Noraziah & Shahrudin: Kerja lapangan, 1997

Taraf dan penjagaan kesihatan wanita Melayu ketika remaja dapat diperhatikan pada Jadual 7. Kedatangan haid kepada setiap remaja perempuan menandakan perubahan fisiologi dan bermulanya proses reproduksi atau baligh. Majoriti wanita Melayu mula datang haid pada umur antara 12 – 14 tahun (lebih daripada 70.0 peratus) dan hanya sejumlah kecil dari responden datang haid pada umur yang lebih muda iaitu 11 tahun.

Rata-rata responden mengaku faham dan tahu mengurus diri apabila mula-mula datang haid dan hanya sebilangan kecil menyatakan tidak tahu mengurus diri. Sehubungan dengan ini, responden turut ditanya siapakah yang menjelas dan menerangkan soal-soal kedatangan haid dikalangan remaja wanita. Hampir separuh responden menyatakan bahawa mereka mendapat sedikit penjelasan dari ibu manakala peratusan yang hampir sama mendapat maklumat dari cikgu, ustazah, nenek atau saudara mara yang terdekat, kakak dan juga kawan-kawan sepermainan atau sekampung. Maklumat yang diterima responden sebenarnya amat sedikit kerana haid adalah sesuatu yang amat malu diperkatakan. Berdasarkan pengalaman responden, kedatangan haid boleh menimbulkan tekanan kerana dalam keadaan serba kekurangan mereka menggunakan kain

JADUAL 7. Kesihatan responden semasa remaja

Angkubah	Peratusan
Umur semasa datang haid	
11 tahun	7.4
12 tahun	20.6
13 tahun	27.9
14 tahun	25.0
≥ 15 tahun	19.1
Pengurusan diri ketika datang haid	
Tahu mengurus diri	95.6
Tak tahu mengurus diri	4.4
Siapa menjelaskan ketika datang haid	
Ibu	42.7
Cikgu/ustazah	13.2
Kakak	7.4
Kawan-kawan	4.4
Lain-lain	16.2
Tahap pendidikan formal responden	
Tidak bersekolah	55.8
Sekolah rendah	26.2
Sekolah menengah	18.0
Tahap pendidikan agama	
Bersekolah agama	27.9
Mengaji quran	20.6
Mengaji quran dan asas agama	13.2
Tiada	11.8
Tugasan anak perempuan remaja	
Memasak	89.7
Mencuci pakaian	82.4
Mengemas rumah	95.6
Menjaga adik-adik	2.9
Lain-lain tugasan rumah	8.8
Perasaan remaja	
Terkongkong tetapi patuh ibu/bapa	69.1
Terkongkong tetapi tidak suka	35.3
Takut kepada ibu/bapa	79.4
Boleh bersuara/beri pendapat	39.7
Bebas buat keputusan	26.5

batik lama/kain buruk sebagai lapik dan kerap kali perlu menukar dan membersihkannya secara menyorok-nyorok.

Selain dari itu, responden turut ditanya mengenai perubahan-perubahan lain yang dialami selepas datang haid pertama. Dapat dikatakan bahawa majoriti wanita Melayu ketika itu mengatakan mereka tidak lagi bebas bergaul dan bermain, mereka digesa memberi perhatian kepada aspek-aspek kerja rumah dan dengan itu mereka merasakan bahawa diri mereka telah dewasa. Selain itu, mereka juga sentiasa diawasi oleh ibu dan bapa.

Taraf kesihatan wanita remaja boleh dikaitkan dengan tahap pendidikan formal dan agama yang diterima oleh responden ketika itu. Lebih daripada separuh responden tidak pernah mendapat pendidikan secara formal (56.0 peratus). Kebanyakan responden yang mendapat pendidikan sekolah rendah menyatakan yang mereka hanya belajar setakat darjah 3 atau 4 sahaja. Responden yang mendapat pendidikan yang lebih tinggi bolehlah dianggap agak kurang. Didapati responden yang mendapat pendidikan lebih tinggi dibesarkan di kawasan bandar di Negeri-negeri Selat atau beberapa buah negeri Melayu Bersekutu seperti di Selangor dan Perak. Pendidikan agama responden turut menggambarkan taraf yang adakalanya lebih rendah dari asas. Sungguhpun terdapat di kalangan responden yang bersekolah agama, tetapi hanya setakat darjah dua atau tiga sahaja atau setakat mengenal al-Quran di samping fardhu ain. Oleh itu, dengan taraf pendidikan formal dan agama yang amat rendah dapat dikatakan bahawa taraf pengetahuan responden hanya sekadar tidak buta huruf.

Bersesuaian dengan tahap pendidikan yang diterima dan tanggapan masyarakat Melayu ketika itu tentang kedudukan dan rol wanita, maka tugas utama wanita remaja ialah melakukan kerja-kerja rumah seperti memasak (hampir 90.0 peratus) mencuci pakaian (lebih 80.0 peratus) dan mengemas rumah (hampir 96.0 peratus). Selain itu, wanita remaja ketika itu melakukan kerja-kerja seperti menjaga adik-adik, menolong ibu dengan tugas-tugas rumah yang lain. Sebagai perbandingan, adik beradik lelaki tidak ada tugas dalam rumah. Menurut beberapa responden mereka 'makan tidur sahaja' dan sebahagian lain menolong bapa di sawah atau di kebun.

Sebagai seorang yang merasakan dirinya telah menjadi wanita remaja, mereka agak takut kepada kedua orang ibu bapa yang mungkin berpunca dari keadaan terkongkong. Sesetengah responden berpendapat mereka tidak boleh bersuara atau memberi pendapat dan kurang diberi kebebasan untuk membuat keputusan-keputusan mengenai diri sendiri. Bagaimanapun, kedua-dua aspek ini tidaklah menunjukkan pendapat majoriti kerana hanya kira-kira seperempat sahaja dari keseluruhan responden berpendapat sedemikian.

KESIHATAN REPRODUKTIF RESPONDEN

Ciri kesihatan reproduktif wanita Melayu pada zaman sebelum merdeka dapat diperhatikan pada Jadual 8. Didapati wanita Melayu di zaman tersebut berkahwin pada umur yang agak muda iaitu kurang dari 17 tahun. Analisis mendapati rata-rata responden berkahwin beberapa tahun selepas datang haid. Perkahwinan di peringkat umur muda di kalangan wanita Melayu ketika itu adalah perkara biasa malahan sekiranya lambat kahwin mungkin dilabel sebagai 'anak dara tua'. Keadaan ini berkait rapat dengan status pendidikan wanita, suasana persekitaran dan kehidupan ketika itu yang tidak memberi pilihan lain kecuali berkahwin secepat mungkin apabila wanita telah remaja.

Sehubungan itu, wanita Melayu melahirkan anak pertama juga pada peringkat umur muda. Rata-rata responden mendapat anak pertama pada umur kurang dari 18 tahun (70.0 peratus). Sebilangan kecil sahaja responden melahirkan anak pertama apabila umur mereka menjangkau umur 19 tahun atau lebih. Bilangan hamil di kalangan responden turut menggambarkan bahawa paras kesuburan wanita Melayu ketika itu adalah tinggi. Majoriti responden hamil antara 6 hingga 9 kali (70.0 peratus). Malahan ada di kalangan responden yang mengatakan mereka hamil lebih dari 10 kali (13.0 peratus). Bilangan anak yang lahir hidup juga menunjukkan bilangan 6 hingga 9 orang sebagai pola lumrah di kalangan wanita Melayu.

Majoriti responden (75.5 peratus) melahirkan anak di rumah oleh bidan kampung semata-mata. Responden lain mempunyai pengalaman bersalin di rumah dan juga di hospital, terutamanya selepas merdeka.

Status kesihatan reproduktif wanita Melayu juga digambarkan oleh gejala mortaliti bayi dan kanak-kanak yang agak tinggi berdasarkan piawai hari ini. Pengalaman kira-kira 30.0 peratus responden yang kematian anak ketika bersalin dan semasa kanak-kanak menunjukkan masalah kesihatan ibu dan perbidanan, di samping jangkitan yang mudah menyerang kanak-kanak. Penjagaan kesihatan ketika 'pantang' secara tradisional amat ketara berdasarkan Jadual 9. Wanita Melayu mengamalkan pantang larang cara tradisional selepas melahirkan anak. Tujuan amalan pantang larang tersebut bukan sahaja untuk menjaga kesihatan (hampir 100.0 peratus) tetapi juga untuk tujuan-tujuan lain seperti cepat sembuh, elak sakit masa tua dan sebagainya. Dengan itu, jelas bahawa wanita Melayu pada zaman sebelum merdeka mengambil berat tentang kesihatan reproduktif, tetapi secara tersirat, matlamat akhir mereka adalah supaya dapat meneruskan khidmat untuk seksual suami.

Penggunaan perkhidmatan kesihatan juga menentukan taraf kesihatan wanita. Fahaman, kepercayaan dan kehendak keluarga yang masih berpegang teguh kepada adat resam menyebabkan responden merujuk kepada dukun dan bomoh untuk berubat. Setiap kali ada kemalangan dan sakit mereka lebih cenderung untuk berjumpa pawang, dukun atau bidan kampung dan sebaliknya enggan mendapatkan rawatan di klinik atau hospital. Faktor jarak fizikal dan

JADUAL 8. Kesihatan reproduktif responden

Angkubah	Peratusan
Umur semasa berkahwin	
12 tahun	2.9
13 – 15 tahun	22.1
16 – 18 tahun	48.5
\geq 19 tahun	26.5
Umur ketika melahirkan anak pertama	
\leq 15 tahun	11.8
16 – 18 tahun	58.8
\geq 19 tahun	29.4
Bilangan hamil	
\leq 5 kali	16.2
– 7 kali	41.2
8 – 9 kali	29.4
\geq 10 kali	13.2
Bilangan anak lahir hidup	
\leq 5 orang	25.0
6 – 7 orang	50.0
8 – 9 orang	20.6
\geq 10 orang	4.4
Meninggal semasa kanak-kanak	
0 orang	69.1
seorang	20.6
2 orang	5.9
3 orang	2.9
\geq 4 orang	1.5
Meninggal ketika lahir	
orang	70.6
Seorang	19.1
2 orang	5.9
\geq 3 orang	4.4

Sumber: Noraziah & Shaharuddin: Kerja lapangan 1997

JADUAL 9. Ciri penjagaan kesihatan semasa pantang

Angkubah	Peratusan
Amalan masa pantang	
Aspek makanan	95.6
Amalan mengurus	76.5
Amalan bertungku	76.5
Amalan bertangas	77.9
Mengamal cara mandi	98.5
Tujuan amalkan pantang	
Untuk menjaga kesihatan	98.5
Cepat sembuh/mengawal otot	47.1
Elak sakit masa tua	13.2
Amalan orang tua-tua	14.7
Lain-lain sebab	7.4
Aspek perbidanan	
Bidan kampung	75.5
Bidan kampung & kerajaan	24.6

Sumber: Noraziah & Shaharuddin: Kerja lapangan 1997

sosial turut memainkan peranan penting kerana rata-rata responden mengatakan bahawa mereka takut dan sukar pergi ke hospital atau klinik kerajaan kerana terlalu jauh dari tempat mereka tinggal. Masalah pengangkutan turut membataskan tindakan responden bagi mendapatkan rawatan kesihatan di klinik atau hospital kerajaan yang terdapat di kawasan bandar ketika itu. Justeru, alternatif yang ada hanyalah menggunakan perkhidmatan tradisional iaitu bidan kampung atau dukun.

PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

Penjajahan Inggeris di Tanah Melayu telah membawa kepada perubahan dalam senario politik, sosial, ekonomi, budaya dan demografi. Kesemua perubahan ini dapat dilihat secara fizikal dengan berubahnya morfologi muka bumi Tanah Melayu menerusi pembukaan perusahaan lombong bijih timah dan getah secara besar-besaran, pembinaan bandar, pelabuhan, pengangkutan dan infra struktur sosial seperti sekolah, hospital, klinik, dan lain-lain. Persekitaran sosial yang baru muncul sudah tentu mempengaruhi kehidupan penduduk terutama yang terlibat secara langsung dalam aktiviti-aktiviti di sektor moden. Dalam melihat taraf kesihatan di kalangan orang Melayu amnya dan kesihatan wanita khususnya, status sosioekonomi penduduk adalah faktor asas yang mencorakkan perlakuan

dan amalan penjagaan yang mempengaruhi taraf kesihatan mereka. Walau bagaimanapun, fakta sejarah menunjukkan perubahan yang berlaku dalam masyarakat Melayu melibatkan sebilangan kecil penduduk sahaja. Sebaliknya, majoriti orang Melayu masih berada dalam lingkungan yang terpisah dari aliran perdana ketika itu. Justeru, mereka masih berada pada peringkat pra-peralihan epidemiologi.

Rumusan berikut menunjukkan sejauh mana orang Melayu terlibat dalam perubahan-perubahan berkenaan dan seterusnya mempengaruhi status kesihatan wanita yang tetap rendah.

Pertama, pada peringkat awal orang Melayu memang enggan melibatkan diri dalam pekerjaan makan gaji dalam sektor ladang dan perlombongan. Oleh yang demikian, mereka keseluruhannya kekal dalam sektor primer di luar bandar. Pada dekad 40-an, sebahagian orang Melayu di pantai barat mengalami perbandaran dan dengan itu mereka pun mula mencebur diri dalam pekerjaan makan gaji di sektor ladang getah dan perkhidmatan. Di kalangan golongan yang berada di bandar, mereka terdedah kepada kemudahan-kemudahan asas dan sosial yang disediakan penjajah Inggeris. Di kalangan wanita pula, mereka berpeluang bersekolah dan menerusi mobiliti sosial keluarga, mereka juga menikmati taraf hidup yang lebih baik berbanding wanita di luar bandar. Justeru, taraf pendidikan dan kesihatan wanita bertambah baik di bandar, terutama pada dekad 50-an.

Kedua, program kesihatan penjajah Inggeris untuk meningkatkan taraf kesihatan penduduk Tanah Melayu lebih banyak ditumpukan kepada penduduk bandar, estet dan lombong bijih timah. Pada dasarnya, motif penjajah Inggeris ialah menjaga kepentingan kesihatan orang kulit putih sendiri dan pekerja mereka di sektor perlombongan dan perladangan dalam membasmi infeksi penyakit seperti malaria, cirit-birit, cholera dan lain-lain. Hanya pada dekad 30-an penjajah Inggeris mula memberi perhatian kepada masalah kesihatan di luar bandar. Dalam hal ini, kampung-kampung yang terletak berhampiran dengan kawasan pembangunan di Negeri-negeri Melayu Bersekutu terdedah kepada perubatan moden. Walau bagaimanapun, kaedah penyampaiannya adalah lemah akibat kekurangan kakitangan perubatan dan letakan kampung-kampung yang terpisah-pisah dan terpencil menyukarkan pegawai kesihatan yang menaiki basikal untuk bertugas.

Ketiga, perkhidmatan klinik ibu dan kanak-kanak juga merupakan bidang yang diberi perhatian lewat, iaitu lebih 20 tahun kemudian dari usaha-usaha perubatan dan kesihatan yang lain. Fenomena ini mudah difahami kerana wanita dan kanak-kanak bukan merupakan golongan keutamaan Inggeris berbanding dengan pekerja-pekerja mereka. Sama seperti program kesihatan yang lain, semua program klinik ibu dan kanak-kanak yang dilaksanakan juga berada di bandar-bandar utama dan kemudian barulah pendidikan kesihatan dimasukkan ke dalam kurikulum sekolah. Oleh yang demikian, impak perubatan dan kesihatan moden sangat sedikit ke atas wanita Melayu kerana

penggunaan kemudahan yang diperkenalkan sukar sampai kepada mereka. Akibatnya, kadar mortaliti ibu bersalin dan bayi tetap jauh lebih tinggi di kalangan wanita Melayu berbanding dengan etnik-etnik lain.

Empat, persoalan ketidaksampaian kemudahan sosial (pendidikan dan kesihatan) kepada orang Melayu bukan sahaja disebabkan oleh faktor fizikal akibat penumpuan penduduk Melayu di petempatan luar bandar yang terpisah dari kawasan pembangunan. Faktor budaya dan sikap masyarakat Melayu sendiri yang sudah sebatu dengan amalan lama menyebabkan mereka sukar menerima pembaharuan. Bagi wanita Melayu di luar bandar yang masih kuat berpegang teguh kepada amalan-amalan lama, mereka hanya akur kepada keputusan keluarga dan suami walaupun untuk keperluan diri sendiri seperti ketika hamil dan bersalin. Akibatnya, masalah ketidaksampaian pelbagai kemudahan yang dilaksanakan oleh penjajah Inggeris untuk keperluan sosial penduduk Melayu menjadi lebih rumit dan seterusnya perubahan status sosial mereka berlaku pada kadar yang amat perlahan.

Ditinjau dari aspek kesihatan wanita, didapati ia membentuk satu putaran yang berkaitan di antara pengetahuan, pelajaran, kemudahan-kemudahan asas dan faktor-faktor alam sekitar fizikal dan sosiobudaya. Kesihatan ibu yang hamil mungkin terjejas sekiranya ia kurang pengetahuan, tenaga dan kemahiran dalam aspek penjagaan kesihatan. Dengan taraf pendidikan yang rendah maka sukar bagi mereka memahami dan menerima cara perubatan moden yang terletak di kawasan bandar. Ditambah pula, kemudahan-kemudahan asas itu tidak terdapat di persekitaran tempat mereka tinggal dan hanya bergantung kepada cara-cara perubatan tradisional. Dengan itu, kesihatan ibu mengandung dan juga bayi yang bakal dilahirkan boleh terjejas.

Keseluruhannya, wanita memainkan peranannya untuk kepentingan ahli keluarga dan masyarakatnya tetapi adakalanya mengeneipkan tanggungjawab untuk dirinya sendiri. Hingga ke hari ini, fenomena demikian masih lagi wujud di dalam masyarakat mundur. Tuntutan masyarakat terhadap pengorbanan dan tanggungjawab yang berat ke atas wanita menyebabkan wanita tidak ada masa untuk dirinya sendiri. Sekiranya wanita bertindak untuk menjaga kesihatan dirinya seperti semasa hamil dan berpantang selepas bersalin, ia lebih bertujuan untuk memastikan dirinya sentiasa terpelihara untuk keperluan suaminya.

Sesungguhnya dapatlah dirumuskan bahawa status kesihatan wanita pada zaman sebelum merdeka adalah kurang memuaskan. Keadaan ini bukan sahaja disebabkan oleh pengaruh alam persekitaran fizikal tetapi juga pengaruh-pengaruh sosiobudaya. Ditambah pula dengan dasar kesihatan dan perubatan penjajah yang memberi keutamaan di kawasan bandar, estet atau lombong bijih yang mempunyai kepentingan kepada mereka, maka status kesihatan wanita Melayu tidak banyak berubah ketika Tanah Melayu merdeka.