



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Paraji and Bidan in Rancaekek : integrated medicine for advanced partnerships among traditional birth attendants and community midwives in the Sunda region of West Java, Indonesia

Ambaretnani, P.

Citation

Ambaretnani, P. (2012, February 7). *Paraji and Bidan in Rancaekek : integrated medicine for advanced partnerships among traditional birth attendants and community midwives in the Sunda region of West Java, Indonesia. Leiden Ethnosystems and Development Programme Studies*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/18457>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/18457>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Ringkasan

Kajian ini memusatkan perhatian kepada kemajemukan sistem Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Rancaekek, sebuah daerah yang termasuk ke dalam wilayah kebudayaan Sunda, di Jawa Barat, Indonesia. Tujuan kajian ini adalah meneliti hubungan antara kemajemukan sistem KIA dan bagaimana komunitas memanfaatkan beragam sumber layanan kesehatan (modern dan tradisional) bagi ibu dan anak di dalam komunitasnya. Perilaku ibu hamil dan ibu melahirkan diulas berdasarkan kontak mereka dengan keragaman layanan KIA yang ada. Di wilayah pedesaan Indonesia, dukun bayi adalah bagian dari keragaman sumber layanan kesehatan bagi ibu melahirkan dan bayi baru lahir. Mereka dianggap penting semenjak masa kehamilan hingga pascakelahiran, bukan hanya terkait dengan kebutuhan fisik perempuan, tetapi juga kebutuhan mental dan spiritual ibu sebagai anggota komunitas yang sehat. Di Rancaekek, keragaman sumber layanan kesehatan bagi ibu hamil dan melahirkan merupakan hal yang lumrah. Di dalam kebudayaan orang Sunda di Rancaekek, dukun bayi biasa disebut *paraji*.

Rancaekek merupakan salah satu wilayah kantong industri terpenting di Jawa Barat. Meski demikian, sebagian besar penduduk aslinya masih tinggal di wilayah pedesaan dan bergantung kepada pertanian dalam sumber penghidupannya. Sebagian penduduk malah tinggal di wilayah yang terhitung jauh dari layanan kesehatan modern: Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Oleh karena itu peran *paraji* mempunyai arti penting, terutama bagi rumah tangga-rumah tangga berpendapatan rendah.

Agar tujuan utama penelitian ini tercapai, dengan memperhatikan ketiga aspek kajian: kesehatan masyarakat, sistem pelayanan KIA, dan penggunaan sistem KIA modern dan tradisional—tujuan-tujuan khusus dalam kajian ini didokumentasikan sebagai berikut:

Pertama, memberikan deskripsi tentang Indonesia yang merupakan suatu negara berkembang di Asia Tenggara, khususnya wilayah Sunda di Jawa Barat, dimana penelitian ini dilakukan;

Kedua, menjelaskan tentang kesehatan dan pengobatan di Indonesia, meliputi sistem medis tradisional dan modern, dengan perhatian utama pada Kesehatan ibu dan anak. Khususnya, perubahan peran dari penolong persalinan tradisional (*paraji*) dan penolong persalinan modern (*bidan*) yang dijelaskan dalam konteks kebijakan-kebijakan pemerintah di Indonesia;

Ketiga, menjelaskan mengenai komunitas lokal Rancaekek dimana penelitian kualitatif dan kuantitatif dilakukan. Dalam hal ini, selain menjelaskan struktur komunitas Rancaekek, juga menjelaskan mengenai populasi dan sampel survei, sedangkan gambaran mengenai sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang berkaitan dengan penggunaan tanaman obat, kosmetik dan aromatik (TOKA);

Keempat, mendeskripsikan pelayanan KIA majemuk dalam area penelitian dan proses kehamilan dan melahirkan, demikian pula proses perilaku penggunaan pelayanan KIA pada perempuan hamil dan ketika memastikan status kehamilan seorang ibu oleh *paraji* atau *bidan* yang tersedia dalam komunitas tersebut;

Kelima, menyajikan pola-pola penggunaan sistem KIA bagi ibu hamil dalam sampel survei di Rancaekek, menerapkan analisis bivariat, multivariat dan analisis multi-regresi, diikuti dengan interpretasi dan hasil analisis.

Keenam, memformulasikan rekomendasi yang didasari oleh temuan penelitian untuk meningkatkan dan mendukung interaksi dan kerjasama antara *paraji* dan *bidan* dalam kaitannya dengan tujuan bersama dalam meningkatkan pelayanan KIA dalam komunitas yang bersangkutan, dalam rangka mendorong kemitraan yang berkelanjutan antara keduanya adalah perwakilan sistem medis tradisional dan modern di daerah penelitian.

Bab I mendiskusikan layanan KIA sebagai salah satu sektor terpenting pelayanan kesehatan di seluruh dunia. KIA merupakan salah satu bagian dari sistem Kesehatan Masyarakat Primer/*Primary Health Care* (PHC) yang dicanangkan dalam Konferensi Alma-Ata 1978. WHO mendefinisikan layanan KIA sebagai sektor inti Kesehatan Masyarakat yang seharusnya dapat diakses dan diterima oleh semua individu dan keluarga melalui kesertaan penuh dan bisa dijangkau biayanya baik oleh komunitas maupun negara. Layanan KIA semestinya menjadi bagian dari satu kesatuan integral sistem kesehatan suatu negara dan merupakan inti pembangunan sosio-ekonomi secara menyeluruh dalam suatu komunitas. Kebijakan kesehatan “Kesehatan untuk Semua pada Tahun 2000” yang diformulasikan Konferensi Alma-Ata merupakan upaya memastikan bahwa kesehatan primer menjadi bagian integral suatu komunitas dan pembangunan negara dan bukan sekadar proses yang terisolasi di pinggiran. Pelaksanaan, promosi, koordinasi, dan dukungan secara administrasi sangat diperlukan, tidak hanya di tingkat lokal tetapi juga di tingkat menengah dan pemerintahan pusat. Kesehatan primer harus dapat menggunakan berbagai sumberdaya yang tersedia secara penuh; harus dapat memobilisasikan seluruh potensi manusia di berbagai komunitas. Sayangnya, setelah 20 tahun, WHO-SEAR (2009) melaporkan pembaruan definisi “Kesehatan untuk Semua”, yang di dalamnya menyatakan bahwa setiap individu harus mencoba memelihara kesehatannya dengan mempraktekkan pelayanan bagi diri sendiri, dan pada saat bersamaan, juga memiliki akses pelayanan kesehatan yang memadai, namun, hal itu hanya merupakan sebagian gambaran saja dari gambaran seharusnya. Sistem kesehatan termasuk di dalamnya organisasi, lembaga dan sumber daya dalam kesehatan masyarakat. Keputusan Alma-Ata menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dan kemandirian yang diorganisasikan secara penuh, dengan individu, keluarga, dan komunitas untuk bertanggung-jawab pada kesehatannya masing-masing.

Indonesia mengajukan program “Pengembangan dan Pengobatan Tradisional untuk Penanganan Diri Sendiri” berdasarkan kepada berkembangnya perhatian Negara kepada pengobatan tradisional dalam kaitannya dengan penanganan diri sendiri. Pernyataan ini mendukung kajian ini berkenaan dengan persoalan daripada memarginalisasikan *paraji* dengan memandangnya sebagai penyebab tingginya AKI dan AKB di Indonesia, lebih tepat ialah pengintegrasian kedua sistem KIA, yakni *paraji*/dukun bayi (atau TBA) yang mewakili KIA tradisional dan *bidan* sebagai wakil sistem KIA modern pada tingkat nasional. Integrasi dua sistem kesehatan yang diajukan dalam kajian ini didasari pengetahuan lokal yang diwariskan dari generasi ke generasi dan yang akan lenyap seiring disingkirkannya peran *paraji*.

Kini, Pemerintah Indonesia telah meratifikasi kesepakatan menerapkan, menjalankan, dan meninjau Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) yang harus bisa dicapai pada tahun 2015. Bank Pembangunan Asia (2005) menyatakan bahwa MDG telah menyatukan berbagai program internasional untuk pembangunan di sekitar agenda tujuan global bersama melalui pengurangan angka kemiskinan di seluruh dunia. Hal tersebut ditujukan kepada visinya tentang wilayah Asia Pasifik yang bebas kemiskinan. MDG juga menjuruskan tujuan-tujuan dan capaian-capaian khusus, menyediakan seperangkat indikator pengukuran dan pengawasan kemajuan ke arah penurunan tingkat kemiskinan. MDG mencerminkan sebuah kemitraan

global yang berkembang dari komitmen dan capaian-capaian yang ditetapkan pada pertemuan dunia pada 1990-an. Menanggapi tantangan-tantangan perkembangan utama dunia dan untuk menggugah masyarakat sipil, MDG pada satu sisi mendorong peningkatan pendidikan dan kesetaraan jender, dan pada sisi lain berkeras untuk mengurangi kemiskinan, kematian ibu, mortalitas anak, HIV/AIDS dan penyakit lainnya. Dirancang untuk tercapai pada tahun 2015, MDG merupakan seperangkat kesepakatan tujuan-tujuan yang bisa dicapai apabila semua peserta bekerja bersama dan mengerjakan bagiannya secara sungguh-sungguh.

Bab II, penelitian-penelitian penting dalam penggunaan pelayanan kesehatan di seluruh dunia didiskusikan, agar tergambar, mengapa begitu banyak peneliti tertarik pada isu tersebut. Walaupun kehamilan tidak dinyatakan secara formal sebagai penyakit, namun ketergantungan seorang perempuan yang sedang hamil ketika melahirkan menyerupai pasien yang memerlukan penanganan medis. Oleh sebab itu, diskusi dalam studi ini mencoba mencari kontribusi pada pengetahuan dan pemahaman mengenai hubungan antara proses kehamilan dan melahirkan dengan penggunaan pelayanan kesehatan yang ada di komunitas pedesaan. Sehingga model medis majemuk mencakup sistem medis tradisional, transisional dan modern, dalam hal ini digunakan untuk menjelaskan kondisi KIA di Rancaekek. Sistem KIA tradisional dan modern yang diwakili oleh *paraji* dan *bidan*, sedangkan sistem medis transisional tidak terwakili dalam sistem KIA.

Secara historis, Indonesia mengalami proses akulturasi tiada henti. Penduduknya berhadapan dengan jenis-jenis sistem medis asing ketika masuknya pendatang dari India, Timur Tengah, dan Tiongkok. Kemudian sistem medis modern dari Barat diperkenalkan pada akhir abad ke-19, ketika dikuasai pemerintah kolonial Belanda. Sekarang, layanan kesehatan di Indonesia dicirikan oleh perkembangan serta saling tumpang-tindihnya antara teori dan praktik dari beragam sistem medis, yakni tradisional, transisional, dan modern. Beberapa kerumitan metodologis secara mendasar terkait dengan pemahaman ilmuwan Barat terhadap sistem pengetahuan lokal, khususnya bahwa nilai sistem kepercayaan merupakan bagian dari kompleksitas dari ‘pengetahuan-praktik-kepercayaan’ lokal, terkait dengan sistem asli masyarakatnya sendiri. Sistem-sistem medis secara mendasar memang rumpil dan didalamnya mencakup pendekatan lokal tradisional dari kehidupan sosial budaya negara-negara berkembang jauh sebelum diperkenalkannya sistem medis modern.

Di dalam penelitian ini, konsep ‘tradisional’, ‘lokal’, dan ‘modern’ digunakan untuk menggambarkan perbedaan antarsistem KIA majemuk di dalam suatu komunitas. Masyarakat lokal, komunitas atau bangsa, berbagi pengalaman historis yang berkesinambungan dengan masyarakat pra-penaklukan dan pra-penajahan yang berkembang dalam wilayahnya, dan mereka menganggap diri mereka berbeda dari masyarakat lain yang sekarang ada di wilayah tersebut atau bagiannya. Sekarang ini, etnisitas mewakili berbagai sektor yang tidak dominan dari masyarakat dengan tetap mempertahankan, mengembangkan dan melanjutkan pada generasi berikutnya wilayah leluhurnya dan identitas etnisnya sebagai landasan haknya sebagai masyarakat lokal, sesuai dengan pola-pola budaya, pranata sosial, dan sistem legal mereka sendiri. Pengetahuan ‘tradisional’ tidak berarti bahwa pengetahuan tersebut kuno, tetapi lebih merujuk pada cara mendapatkan dan menggunakan pengetahuan tersebut. Dengan kata lain, proses sosial pembelajaran dan berbagi pengetahuan yang unik bagi kebudayaan-kebudayaan lokal, terdapat pada inti ‘ketradisionalannya’. Banyak dari pengetahuan semacam itu yang sebenarnya terbilang baru, tetapi memiliki konotasi sosial dan sifat legalnya secara keseluruhan tidak sama dengan sistem pengetahuan lainnya. Sistem penghidupan tradisional secara terus-menerus mengadaptasikan diri terhadap perubahan sosial ekonomi dan lingkungan. Mereka dinamis, tetapi—tak peduli bentuk-bentuk perubahannya—mencakup prinsip-prinsip berkelanjutan. Namun, sistem bio-medis modern Barat

diperkenalkan oleh pemerintah nasional kepada komunitas lokal. Dengan demikian, konfigurasi kemajemukan medis mencabut akar di dalam komunitas dan mencirikan sistem tersebut bisa dibatasi sebagai berikut:

- a. Sistem tradisional mencakup pandangan, praktik, dan kepercayaan lokal yang berkembang dari generasi ke generasi di dalam suatu kebudayaan atau wilayah;
- b. Sistem transisional mencakup penjaja obat-obatan yang mewakili bagian akhir di dalam rantai penjualan industri farmasi modern, yang menemukan pasar menguntungkan di dalam masyarakat di negara-negara berkembang;
- c. Sistem medis modern ditata oleh sistem biomedis modern yang bertentangan dengan paradigma etnomedis.

Dalam kaitannya dengan sistem KIA, layanan KIA tradisional mewujud ke dalam *paraji* (dalam Bahasa Sunda) atau dukun bayi (dalam Bahasa Indonesia) atau TBA, sementara KIA modern diwakili oleh *bidan* desa. Walaupun demikian, kebudayaan tradisional tidaklah terkungkung, tidak pula kebal terhadap pengaruh kebudayaan lain dan berkembang melalui kontak budaya antarnegara di dunia global. Kebudayaan tradisional mestilah dipahami sebagai fenomena berkelanjutan dengan seperangkat gagasan, organisasi, dan kumpulan yang berbeda. Secara umum, penyembuh tradisional menempati kedudukan yang dihormati dalam komunitasnya karena keahlian mereka dalam menggunakan pengobatan tradisional. Pada banyak komunitas, penyembuh tradisional digolong-golongkan ke dalam beragam spesialisasi seperti ahli patah tulang, pembantu persalinan, tukang sunat, penyembuh supranatural, dan sebagainya. Kedudukan dan peran penyembuh tradisional berpengaruh kuat di dalam komunitasnya karena dianggap memiliki pengetahuan dan kebijaksanaan berkenaan dengan kesehatan dan praktik penyembuhan lintas generasi dari pengalamannya sendiri. Banyak orang percaya bahwa penyembuh tradisional adalah perantara dunia manusia dan dunia halus, melalui kemampuan mereka dalam menyembuhkan anggota komunitas yang sakit. Akhir-akhir ini, peran penyembuh tradisional, khususnya terkait dengan *paraji*, juga dilihat sebagai perantara antara komunitas dan sistem kepercayaan tradisional sekaligus dengan sistem KIA modern.

Indonesia termasuk negara yang menghargai pentingnya etnomedisin dan memperbolehkan hal tersebut menjadi bagian integral dari pelayanan KIA modern. Meskipun demikian, tidak semua aspek dari sistem medis majemuk sepenuhnya terintegrasi dan masih ada sinergi yang kurang sesuai dalam interaksi dalam kesehariannya. Seperti yang sudah disebutkan terdahulu, layanan kesehatan primer memerlukan reformasi dalam rangka menyesuaikan dengan tingkat kesehatan publik bagi semua. *Paraji* berperan lebih sedikit dalam menolong persalinan, karena bila dibandingkan dengan *bidan* desa, ia tidak memiliki pendidikan formal. Pada beberapa bagian dari propinsi Jawa Barat, *paraji* masih membantu dalam kehamilan dan pasca-persalinan, akan tetapi tidak dalam persalinan. Hanya *bidan* yang dianggap ahli diperkenankan membantu perempuan dalam persalinan karena kemungkinan dapat terjadi resiko. Keluarga harus mempelajari bagaimana membuat keputusan yang relevan dengan kesehatannya sendiri. Proses kelahiran dan rencana penanganannya, misalnya, didasarkan kepada pilihan yang diambil bersama-sama baik oleh ibu hamil dan staf kesehatan dalam mempertimbangkan kelahiran dengan baik. Persoalan yang terkait mencakup di mana proses melahirkan akan dilakukan dan siapa yang akan menangani pekerjaan rumahtangganya dan memelihara anak-anaknya ketika seorang ibu melahirkan. Diskusi sekitar masalah ini juga mencakup rancangan pembayaran biaya bantuan medis, pengaturan transportasi, dan juga mengidentifikasi pendonor darah yang cocok apabila ada kasus pendarahan. Biasanya,

gejala-gejala yang menandai suatu kehamilan mencakup rasa mual-mual, muntah, sakit kepala, dan sebagainya yang dirasakan perempuan. Pengambilan keputusan untuk menggunakan layanan KIA bergantung kepada bagaimana perempuan dan keluarganya menafsirkan pengalaman gejala-gejala fisik kehamilannya. Bagi mereka yang pertama kali mengalami, perhatian terhadap gejala-gejala ini lebih tinggi dibandingkan bagi mereka yang sebelumnya pernah mengalami kehamilan. Salah satu bentuk perhatian itu ialah upaya pencarian keterangan dari orang-orang terdekat: keluarga dan teman-teman yang dianggap memiliki pengalaman lebih. Dari antara keterangan-keterangan itulah pengambilan keputusan untuk memilih layanan kesehatan kemudian diambil. Jadi, dapat dikatakan bahwa pengambilan layanan perawatan kesehatan akan melibatkan proses pengambilan keputusan yang rumit (*complex*). Setiap individu akan memadukan berbagai keterangan dari jaringan sosialnya. Tidak ada kondisi sosial budaya dan ekonomi yang betul-betul sama untuk setiap perempuan, sehingga setiap rumahtangga atau perempuan akan memiliki alasan dan pembenaran yang berbeda dalam pengambilan keputusan dalam pemanfaatan beragam layanan kesehatan terkait, termasuk dalam hal kehamilan. Sebagian perempuan memiliki saluran sosial dan ekonomi memadai untuk memanfaatkan layanan KIA modern, dan sebagian lainnya tidak memiliki sumberdaya cukup selain mengambil layanan tradisional meski mendapatkan jaminan sosial.

Meskipun kehamilan tidak dianggap sebagai sakit, namun, perempuan hamil mengalami perubahan-perubahan fisik dan kondisi biologis. Sementara sebagian perempuan mengalami gejala-gejala yang kurang baik, sedangkan sebagian lainnya hanya biasa-biasa saja. Mereka yang merasa kurang sehat, akan berkonsultasi kepada teman atau anggota keluarga yang dianggap memahami gejala kehamilan dan mendapatkan saran supaya keadaannya menjadi lebih baik. Biasanya perempuan yang sedang hamil, tahu kepada siapa dirinya akan meminta pertolongan. Meski demikian, keputusan tetap saja bergantung kepada kondisi sosial-ekonomi rumahtangganya. Pemilihan layanan KIA tidak hanya diambil oleh seorang perempuan yang sedang hamil, tetapi juga suami, orangtua, mertua, dan anggota keluarga lain yang dianggap sudah berpengalaman. Selain itu, kebiasaan setempat, kepercayaan, dan keadaan keuangan rumahtangga juga turut mempengaruhi. Meskipun perempuan yang sedang hamil dan keluarganya menyadari bahwa menggunakan pelayanan *bidan* lebih baik, namun, keadaan keuangan dapat memaksa mereka memilih pelayanan *paraji*. Selain dianggap lebih murah dan selalu siap sedia setiap saat; layanan KIA tradisional secara budaya lebih mudah diterima dibandingkan pelayanan KIA modern. Dalam konteks inilah, penggunaan istilah “tradisional”, “modern”; atau “asli” dan “barat” dalam memahami keragaman layanan kesehatan tidak dapat dihindari. Setiap sistem kesehatan memiliki pendukung dan pengguna masing-masing. Pemanfaatan layanan kesehatan tradisional atau lokal dalam masyarakat majemuk seperti Indonesia, masih berlangsung seperti penggunaan tumbuhan obat, pengobatan sendiri di rumah, atau paket obat dari industri jamu. Pada 1983, WHO mulai menggalakkan pemanfaatan kesehatan tradisional, termasuk praktik-praktik pengobatan lokal dan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang mencakup pertolongan persalinan tradisional untuk meningkatkan produktivitas hidup secara sosial dan ekonomi bagi semua.

Secara kesejarahan, Indonesia merupakan negeri kepulauan yang terdiri atas ribuan pulau yang dihuni oleh beragam sukubangsa, kehidupan sosial dan budaya masing-masing. Tiap-tiap sukubangsa memiliki sistem kesehatannya sendiri, termasuk cara perawatan untuk perempuan hamil dan pasca melahirkan. Sepanjang sejarah, beragam tradisi dari Asia Selatan, Tiongkok, Portugis, dan Inggris mempengaruhi kehidupan sosial dan budaya di Indonesia, mereka membawa serta berbagai aspek kebudayaannya sendiri, termasuk sistem perawatan

kesehatannya. Indonesia yang kemudian menjadi negara setelah selama 350 tahun menjadi wilayah jajahan yang dikenal sebagai Hindia Belanda, secara formal meng-adopsi sistem kesehatan Eropa modern warisan pemerintah Hindia Belanda. Meski demikian sistem-sistem pengobatan dan perawatan tradisional masih berlaku hingga sekarang. Perilaku pencarian pertolongan kesehatan, hingga kini masih relevan bagi semua sistem medis. Ketika individu memilih pelayanan yang terkait dengan kesehatan mereka; mereka akan mempertimbangkan berbagai potensi resiko atau untung-rugi dari tindakannya tersebut. Pertimbangan ini dipengaruhi oleh lingkungan, latar belakang sosial budaya dan pandangan hidup mereka. Jika memahami dengan baik mengenai sakit dan penyakit, perilaku mencari pelayanan dapat mengurangi kelambatan diagnosis, meningkatkan pelaksanaan penanganan dan meningkatkan strategi kesehatan dalam berbagai konteks.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku penggunaan pelayanan ibu dan anak adalah sebuah proses yang berkaitan dengan saluran medis tertentu dan hal tersebut dipengaruhi oleh oleh beragam variabel sosial ekonomi seperti jenis kelamin, usia, kedudukan sosial khususnya perempuan, akses pelayanan KIA, dan penilaiannya pada kualitas pelayanan tersebut. Ketika menggambarkan faktor-faktor yang dipengaruhi oleh pola-pola tertentu, perlu diperhatikan dengan seksama hambatan-hambatan apa yang harus diatasi oleh perempuan-perempuan hamil dan melahirkan untuk mencapai pelayanan KIA di komunitasnya. Sebuah model konseptual harus dapat menerangkan hubungan antar dan pengaruh antara berbagai faktor terhadap perilaku penggunaan KIA pada tingkat rumah tangga, dalam kaitannya dengan pelayanan kehamilan sampai pasca melahirkan. Penggunaan pendekatan ini membutuhkan banyak penggolongan dan peristilahan, tetapi semuanya menjurus ke pemahaman: psikososial, persepsi, kepercayaan, geografis, kedudukan sosial ekonomi, dan kelembagaan. Faktor-faktor ini tidak selalu memiliki relevansi terhadap perilaku perempuan hamil dalam mencari bantuan kesehatan selama dan setelah kehamilan.

Selama hamil, melahirkan dan pasca-melahirkan, fokus diberikan kepada perempuan. Beberapa kemampuan dalam kehidupannya akan mempengaruhi kebutuhannya untuk mendapatkan perawatan: seperti, pendapatan, status sosial, jaringan sosial, kemandirian dan pertanggungjawaban. Hal ini menjelaskan betapa rumpilnya proses pengambilan keputusan yang dihadapi oleh perempuan yang didasari relasi gender, dalam kesehariannya. Terlebih lagi, faktor-faktor semacam itu dapat mengarah pada keterlambatan dalam memutuskan kapan harus mencari bantuan perawatan, khususnya bila kehamilan mengalami komplikasi, menunda mencapai fasilitas kesehatan yang memadai, dan menunda mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan. *Keterlambatan pertama*, menunjukkan kelambatan dalam mengidentifikasi tanda-tanda bahaya suatu kehamilan yang berresiko. Hal ini berkaitan dengan ketakberdayaan perempuan untuk memutuskan sendiri atau bersama anggota keluarga lainnya: misalnya, suami, ayah atau ibu, ayah dan ibu mertua yang mungkin tidak menyadari akan resiko kehamilan atau kurang memperhatikan selama proses melahirkan. *Keterlambatan kedua*, banyak berkaitan dengan isu pendanaan dan kondisi geografis. Ketika keluarga menyadari bahwa pertolongan dibutuhkan, dan kemudian memutuskan mencari perawatan pada fasilitas kesehatan yang memadai, mereka membutuhkan uang untuk kendaraan dimana jalan dan transportasi umum sangat dibutuhkan. Walaupun demikian, sulitnya akses, khususnya di area yang berbukit dan pegunungan, membawa seorang perempuan yang hendak melahirkan berarti membawanya dengan berjalan kaki untuk beberapa jam agar dapat mencapai fasilitas kesehatan terdekat. Lebih banyak orang dan dukungan dana sangat dibutuhkan, selain sarana transportasi. *Keterlambatan ketiga*, dapat terjadi di fasilitas kesehatan itu sendiri. Ketika perempuan dalam proses melahirkan mencapai fasilitas kesehatan, ia mungkin tidak datang di saat yang tepat, kualitas pelayanan mungkin tidak

memadai, atau fasilitas kesehatan mungkin saja kurang memiliki sarana yang dibutuhkan seperti pelaksana, obat-obatan, peralatan dan ketersediaan darah. Oleh sebab itu, untuk persalinan yang aman, upaya harus dibuat dan dilakukan di tingkat komunitas.

Implementasi sistem KIA modern, yang di dukung oleh Kementerian Kesehatan Nasional sesungguhnya menghadapi suatu proses perubahan sosio-budaya dari sistem tradisional di area tersebut. Kontak kebudayaan dengan sistem medis yang memiliki berkuasa mempengaruhi pandangan mengenai sistem kesehatan tradisional dalam suatu komunitas. Dalam kasus pelayanan KIA tradisional, ketika *paraji* adalah satu-satunya sistem yang bertanggungjawab untuk menolong kehamilan dan kelahiran dalam komunitas masyarakat yang sulit di jangkau, maka perannya berubah menjadi mediator antara sistem KIA tradisional dan modern. *Paraji* harus mempelajari aspek-aspek tertentu dari pelayanan kesehatan modern misalnya pengetahuan tentang kehamilan yang beresiko tinggi, higienis, pelayanan pengobatan, teknik dan sarannya.

Dalam sistem KIA, pengetahuan mengenai kesehatan ibu termasuk bagaimana kehamilan dan melahirkan menjadi lebih aman begitu juga metoda-metoda tertentu yang digunakan dalam perawatan KIA. Komunikasi juga dapat membantu memperkenalkan nilai-nilai baru, misalnya, cara berkomunikasi dapat membantu memberdayakan perempuan untuk memutuskan pelayanan mana yang akan digunakan dalam merawat kehamilan dan persalinan, dalam kondisi tertentu. Komunikasi dapat mengajarkan bagaimana seseorang berperilaku, contohnya, bagaimana keluarga dan tetangga dapat membantu perempuan hamil. Persepsi seseorang terhadap apa yang dilakukan orang lain dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan dalam kehamilan dan persalinan. Sistem informasi yang terintegrasi dapat menghasilkan rekaman yang terkonsolidasi; pertukaran informasi kesehatan memiliki banyak keuntungan. Informasi yang dibutuhkan tersedia bagi penerima dalam 'waktu yang tepat', seperti, di saat layanan dibutuhkan. Fungsi sistem informasi KIA adalah menyertakan berbagai pihak, seperti: komunitas, *paraji*, kader kesehatan, *bidan*, dokter, Posyandu dan Puskesmas.

Bab III mendiskusikan penelitian dalam studi ini sebagai kelanjutan penelitian terapan yang telah dilakukan oleh WHO *Collaborating Centre – Perinatal Maternal and Child Care* (WHOCC-PMC), Universitas Padjadjaran bekerjasama dengan WHO *South-East Asia Regional Office* (WHO-SEARO) dalam program *Making Pregnancy Safer* yang dilakukan pada 2001–2003. Penelitian ini, meliputi dua pendekatan metodologi penelitian yang saling melengkapi: kualitatif dan kuantitatif. Teknik yang digunakan adalah observasi partisipasi dengan cara tinggal beberapa lama di komunitas yang di teliti, dimana pada saat yang sama melakukan wawancara dan menyelenggarakan diskusi dengan informan-informan kunci dan beberapa perwakilan dari komunitas seperti *paraji*, *bidan* dan dokter di Puskesmas bersama dengan semua seksi yang terlibat dalam perawatan KIA. Setelah itu, studi dilanjutkan dengan mempertimbangkan sistem integrasi medis tradisional dan modern, dengan menggunakan kemitraan lebih lanjut antara *paraji* dan *bidan* desa di Rancaekek. Informasi lebih jauh dibutuhkan dalam menyusun cara agar mereka dapat bekerjasama dalam layanan KIA yang terintegrasi.

Usaha untuk mengintegrasikan layanan KIA tradisional dan modern di Indonesia di mulai sebelum kemerdekaan, dan secara kronologis dalam program-program KIA dari waktu ke waktu. Norma-norma pengetahuan dan pelaksanaan tradisional adalah kontras dengan etos ilmu modern, membuat integrasi antara kedua sistem dalam tahapan yang berbeda tersebut masih merupakan suatu permasalahan. Cukup jelas bahwa, dalam tingkat epistemologi, memilih integrasi masih menghadapi hambatan yang sangat besar dengan keanekaragaman kognisi antara sistem medis yang berbeda, meskipun usaha yang dilakukan saat ini dalam

menyesuaikan dan mengubah sistem pengetahuan berdasarkan pengetahuan lokal dan global. Awal 1937 (dalam administrasi kolonial Belanda), memberikan pelatihan kepada dukun bayi di mulai di Purwokerto (Jawa Tengah). Selanjutnya, perencanaan pelayanan kesehatan mengirimkan terus menerus *bidan* yang sudah terlatih ke pedesaan untuk menyelenggarakan layanan KIA. Sementara itu, untuk membantu masyarakat dalam periode tersebut, pelayanan kesehatan menggunakan pusat-pusat pelayanan dan *bidan* yang bertugas untuk melatih dukun bayi tentang perawatan yang higienis. Pada tahun 1950, sebuah lembaga untuk mensuplai makanan bagi masyarakat (Lembaga Makanan Rakyat) di bentuk untuk mendorong masyarakat mengkonsumsi makanan sehat dengan slogan: ‘Empat Sehat, Lima Sempurna’. Slogan tersebut berarti bahwa diet sehat harus terdiri dari empat elemen: karbohidrat, protein, lemak dan vitamin, ditambah dengan susu sebagai masukan kalsium. Secara khusus, tujuan Kementerian Kesehatan adalah meningkatkan asupan nutrisi bagi baik ibu untuk kepentingan perkembangan anak dan kelangsungan hidup ibunya. Program Kesejahteraan semacam itu membutuhkan partisipasi masyarakat. Pada masa itu, program terbaik untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak adalah ‘dari rakyat untuk rakyat’. Slogan tersebut, menjadi kebijakan formal untuk hampir semua program pembangunan masa Soekarno.

Semenjak era Soeharto, yang di mulai tahun 1965, paradigma pendekatan kesehatan berubah. Kebijakan kesehatan terdahulu di anggap kurang memadai untuk menciptakan kesinambungan tingkat kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia. Oleh sebab itu, Program Keluarga Berencana (KB) dikembangkan untuk mengurangi jumlah anak dengan menggunakan ‘norma keluarga kecil’ agar dapat mengembangkan kehidupan yang lebih baik norma NKKBS/*Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera* menjadi slogan baru. Program KB yang di tolak oleh pemerintahan orde lama dan hanya diaplikasikan oleh Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) yaitu Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), sebuah asosiasi KB di Indonesia. Namun demikian, pada tahun 1965, Program Keluarga Berencana menjadi bagian integral dalam pembangunan nasional di Indonesia. Pada tahun 1971, Repelita I/Rencana Pembangunan Lima Tahun Pertama tujuan program KB adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan bagi ibu dan anak serta nasional. Semua aktivitas dan program kesehatan secara utuh diintegrasikan dalam pusat-pusat kesehatan yaitu Puskesmas. Puskesmas adalah fasilitas kesehatan di daerah, bertempat di setiap kecamatan. Walaupun, tidak semua populasi di pedesaan menggunakan fasilitas tersebut. Jarak geografis, sosial dan kultural antara Puskesmas dan komunitas lokal adalah bagian dari permasalahan tersebut. Jalan keluar dari situasi tersebut, pada Repelita III (1979-1984), pemerintah memperkenalkan ide untuk menstimulasi partisipasi masyarakat dalam implementasi aktivitas yang berkaitan dengan pencegahan dan pemasyarakatan kesehatan dengan strategi Perawatan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*). Strategi tersebut memperkenalkan konsep ‘pekerja kesehatan sukarela’ atau kader kesehatan, sebagai kunci untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Pertimbangan yang digunakan dalam memperkenalkan konsep tersebut, adalah karena sukarelawan (kader) kesehatan di pilih dari dalam komunitas, dapat memahami kondisi kesehatan komunitasnya sendiri. Kader kesehatan, harus menjadi mediator antara Puskesmas dan masyarakat, agar dapat meyakinkan anggota masyarakat yang belum dapat menerima penggunaan fasilitas kesehatan, dan mau menerima program dalam mensosialisasikan dan mempromosikan kesehatan yang lebih baik. Program-program promosi berdasarkan partisipasi masyarakat berlanjut menjadi kebijakan utama dari Repelita IV (1984–1989). Pengembangan seksi kesehatan dalam organisasi Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa/LKMD) dengan sub-seksi Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), dimana kader kesehatan wajib memasyarakatkan program-program sosial yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan kepada masyarakat. Kerangka konseptualnya, secara khusus,

menekankan pada pos integrasi kesehatan (Pos Pelayanan Terpadu/Posyandu) dimana aktivitas utamanya adalah: dilaksanakan oleh komunitas dan di dukung oleh paramedis. khususnya untuk melayani ibu dan anak. Perawatan kesehatan bagi ibu dan anak (KIA), disusun terpisah dan diperkenalkan kepada komunitas secara bersama sebagai satu paket terintegrasi.

Pada tahun 1989, kebijakan untuk menempatkan *bidan* di desa, atau Program *Bidan* Desa, dikembangkan. *Bidan-bidan* tersebut akan menjadi ujung tombak untuk menangani permasalahan dalam perawatan kehamilan, melahirkan, dan pasca-melahirkan. Direncanakan selama lima tahun, Departemen Kesehatan menempatkan 18.900 *bidan* di pedesaan di seluruh Indonesia. Tahun 1995/1996, 5.285 *bidan* sudah ditempatkan di Jawa Barat, berarti 90% dari desa yang ada sudah memiliki *bidan*. Data dari Kantor Wilayah Kesehatan Jawa Barat menunjukkan bahwa, pada tahun 2000, 5.513 *bidan* sudah ditempatkan di seluruh Jawa Barat (Profil Kesehatan Kanwil Jawa Barat, 2000). Penempatan *bidan* di pedesaan diperkuat oleh Peraturan Pemerintah No. 23, 1994; ketika di tunjuk *bidan-bidan* tersebut di angkat sebagai pegawai pemerintah tidak tetap (Agenda *Bidan* Desa, 1997). Penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah: pendarahan setelah melahirkan karena ari-ari/plasenta yang tidak keluar, infeksi, pendarahan, lamanya persalinan, dan komplikasi pada aborsi. Kematian ibu, yang biasanya terjadi pada saat melahirkan seharusnya dapat dihindarkan melalui pemeriksaan dan kecukupan gizi pada saat kehamilan. Kehamilan yang beresiko tinggi dapat di deteksi ketika melakukan pemeriksaan pada tahapan kehamilan ketiga. Seorang perempuan hamil yang memeriksakan kehamilannya pada fasilitas perawatan pra-melahirkan akan di periksa oleh *bidan*: berat tubuhnya, pemeriksaan, mendapat distribusi tablet besi, imunisasi TT dan konsultasi.

Hanya beberapa fasilitas kesehatan di pedesaan dapat beroperasi dengan baik untuk perawatan kebidanan dan bayi baru lahir. Upaya untuk mengembangkan Pondok Bersalin Desa atau Polindes, sebagai program berdasarkan komunitas bagi perawatan kebidanan dan bayi baru lahir oleh *bidan* desa. Polindes, ditempatkan di rumah-rumah terdekat yang memiliki sedikit kelebihan ruang untuk pelayanan kehamilan dan bayi baru lahir di tingkat desa, terutama daerah terpencil. Namun demikian, hanya 50% dari pedesaan di Indonesia yang tersedia pelayanan semacam itu, dan tidak semua fasilitas berfungsi dengan baik. Metoda *top-down* selama intervensi, yang diterapkan oleh pemerintah dapat mempengaruhi dan memisahkan perilaku masyarakat dalam tahapan pra-melahirkan, melahirkan dan pasca-melahirkan dalam tiga kelompok, yaitu: (1) kelompok yang hanya menggunakan sistem medis tradisional bagi setiap tahapan kehamilan sampai melahirkan; (2) kelompok yang menggunakan sistem medis majemuk; seperti fasilitas medis modern untuk perawatan prenatal, dan memilih sistem medis tradisional ketika kehamilan dinyatakan aman; (3) kelompok yang menggunakan sistem medis modern untuk setiap tahapan kehamilan.

Saat ini, Indonesia menerapkan desentralisasi agar supaya setiap propinsi dapat lebih mandiri. Kemandirian propinsi Jawa barat, dapat memberikan peluang dan kesempatan untuk menentukan kebijakan KIA secara mandiri. Namun demikian, desentralisasi belum sepenuhnya diterapkan dengan pemahaman penuh tentang arti kemandirian, karena lebih dari 30 tahun (masa orde baru) berbagai organisasi dikembangkan dalam sistem yang dikendalikan oleh pusat secara seragam. Semua peraturan harus datang dari pemerintah pusat di Jakarta. Kini, setelah diimplementasikannya desentralisasi bagi setiap propinsi, mentalitas keseragaman dan sistem terpusatkan masih tetap digunakan oleh kantor-kantor pemerintahan propinsi. Alasan tersebut menjawab mengapa desentralisasi saat ini belum secara mandiri diterapkan, begitu juga dengan kesehatan dengan spesifikasi sistem medis majemuk, apalagi Indonesia memiliki etnis yang majemuk pula.

Paraji, adalah istilah Sunda untuk penolong persalinan lokal yang umumnya seorang perempuan yang berusia lanjut, menggunakan bahasa yang sama dengan komunitasnya, kebanyakan buta huruf (Latin, tapi mungkin dapat membaca huruf Arab), kurang dapat berbahasa Indonesia, dan melakukan perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan bukan sebagai pekerjaan utama. Status sosio-ekonomi *paraji* biasanya termasuk miskin, karena pekerjaan utamanya adalah buruh tani yang mendapat upah kecil dari pemilik tanah garapannya. Sebagai *paraji*, ia tidak pernah melalui pelatihan formal; ia belajar melalui pengalaman dan melalui observasi dari *paraji* yang lebih senior, mungkin ibunya, neneknya, saudaranya, atau tetangga yang biasa membantu perempuan dalam kehamilannya, melahirkan dan pasca melahirkan. *Paraji* umumnya memiliki kemampuan sebagai perantara yang baik. Lebih jauh lagi, *paraji* itu sendiri biasanya mempunyai orang-orang yang akan melanjutkan profesinya. Ia adalah anggota komunitas yang dilayaninya. Walaupun banyak *paraji* yang buta huruf, ia berbicara dan memahami bahasa yang sama dengan komunitasnya dan menjadi bagian dari sistem kepercayaan dan kebudayaan. Umumnya, seorang *paraji* adalah perempuan yang bijak dan pandai, yang dipilih oleh perempuan-perempuan dalam keluarganya atau desanya karena pendekatan praktisnya dan pengalamannya. Banyak *paraji* memiliki kepribadian yang dinamis dan figur pemimpin yang dapat diterima oleh komunitasnya. *Paraji* adalah praktisi mandiri yang melakukan negosiasi pembayarannya bersama kliennya. Kadang-kadang mereka menerima upahnya dalam bentuk tunai atau hadiah; biasanya kompensasi yang diberikan termasuk status yang dihormati oleh komunitas. Untuk mengurangi AKI dan AKB, Departemen Kesehatan Nasional melalui Dinas Kesehatan Propinsi, untuk setiap kabupaten melakukan sejumlah pelatihan untuk dukun bayi untuk meningkatkan pengetahuannya mengenai kehamilan dan melahirkan, khususnya, bagaimana mengenali kehamilan dengan resiko tinggi, bagaimana merujuk bila situasi semacam itu terjadi, dan mengajarkan pentingnya tindakan yang higienis terhadap tali pusat. Setelah mengikuti pelatihan, dukun bayi terlatih di beri '*Dukun Kit*'. *Paraji* dianggap sebagai bagian dari Keluarga luas dalam komunitas karena perannya dalam kesehatan keluarga. Ketika *paraji* berhasil membantu seorang perempuan (cocok) melalui melahirkan, kemudian anak perempuan klien dan cucu perempuannya akan tetap memakai layanannya ketika mereka hamil. Ada kepercayaan, dalam memelihara hubungan yang baik antara klien dan *paraji*.

Paraji tidak hanya memberikan pelayanan pada saat melahirkan tetapi juga pada masa kehamilan dan pasca-melahirkan terutama melalui upacara-upacara kehamilan dan pasca persalinan. *Pertama*, adalah pada perempuan yang mencari bantuan selama kehamilan pada tingkat individu; pada saat itu penekanan adalah pada pengelolaan kehamilan pada setiap trimester, yang paralel dengan perkembangan janin dan langkah-langkah (aksi eksternal) yang dilakukan oleh perempuan hamil dan melahirkan untuk menghubungi sistem KIA tradisional atau modern yang tersedia di daerah penelitian. Sangat menarik, bahwa kedua sistem KIA menggunakan perhitungan yang sama dalam melakukan identifikasi perkembangan janin selama dalam kandungan. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester menurut ilmu bio-medis; kehamilan 8-12 minggu. janin akan mulai bergerak yang dirasakan oleh ibunya seperti getaran yang halus. Pengetahuan lokal di masyarakat Rancaekek dan juga *paraji* berdasarkan kepercayaan Islam; sensasi getaran pada 4 bulan kehamilan berarti Allāh meniupkan ruh masuk ke dalam janin sebagai tanda mulai ada kehidupan (*cf.* Bab VI). Untuk menghormati fenomena tersebut, tradisi yang dilakukan oleh keluarga perempuan yang sedang hamil melakukan ritual atau pengajian dengan mengundang tokoh agama untuk memimpin upacara tersebut. Ketika kehamilan mencapai usia 7 bulan, ilmu biomedis memperlihatkan bahwa menggunakan pelayanan medis intensif, beberapa bayi dilahirkan dalam minggu ke 28 akan bertahan hidup. Sementara pengetahuan tradisional menjelaskan bahwa pada bulan ke tujuh

dari suatu kehamilan sudah dianggap ‘cukup usia’; bila bayi terlahir pada saat itu, ia akan dapat bertahan hidup. Perhitungan tradisional menyatakan bahwa pada usia 7 bulan, bayi sudah cukup kuat untuk dilahirkan walaupun perkembangannya belum lengkap. Karena kemungkinan dapat lahir pada usia 7 bulan, maka sebuah ritual yang disebut tujuh bulan harus dilakukan agar proses melahirkan itu selamat baik bagi ibunya maupun bayinya (*cf.* Bab VI). *Kedua*, pola penggunaan sistem KIA di rancaekek terutama menunjukkan penggunaan pelayanan dan faktor-faktor yang menentukan proses selama periode kehamilan dan rumah tangga yang memiliki kondisi sosio-ekonomi yang berbeda. Penilaian kualitas dan jarak pelayanan kesehatan tidak disertakan dalam analisis. Walaupun perawatan yang dilakukan sendiri (aksi internal) selama kehamilan juga termasuk dalam analisis, fokus lebih ditekankan pada aksi eksternal yang akan mengarahkan pada penggunaan perawatan KIA majemuk di daerah penelitian. Sehingga, konsentrasi penelitian dalam penggunaan sistem KIA adalah pada jumlah kontak (*cf.* Bab VII) yang dilakukan oleh perempuan hamil dan melahirkan setelah ditetapkan bahwa dirinya hamil oleh komponen sistem KIA majemuk dalam periode 12 bulan, yang dinyatakan dalam angka berapa kali kontak dilakukan oleh satu atau beberapa sistem.

Walaupun studi di Rancaekek ini melakukan pengumpulan data dari 150 perempuan (*cf.* Bab III), yang hamil dan melahirkan dalam jangka waktu retrospektif 1 tahun, 127 perempuan lengkap menjalani proses aksi eksternal sampai melahirkan. Konsekuensinya, 127 perempuan yang lengkap memenuhi langkah-langkahnya dan melakukan kontak dengan sistem KIA tradisional dan/atau modern selama kehamilan dan melahirkan secara individual diikuti kontakannya dengan layanan KIA, khususnya berdasarkan aksi eksternalnya setelah kehamilannya ditetapkan; 23 perempuan yang pada saat penelitian masih hamil kemudian dikeluarkan dari sampel survai. Berdasarkan pada penggunaan pelayanan KIA, proses yang lengkap di pilih sehubungan dengan langkah-langkah yang dilakukan dalam kontak dengan pelayanan KIA yang dibutuhkan oleh perempuan tersebut ketika hamil dan melahirkan.

Kesehatan ibu dan perilaku mencari bantuan oleh seorang perempuan ketika hamil, melahirkan, dan pasca-melahirkan memiliki pengaruh yang kuat tidak hanya pada kehidupannya dan anak-anaknya. Berkaitan dengan itu, jelas dibutuhkan pada saat seorang perempuan hamil, melahirkan, dan pasca-melahirkan membutuhkan bantuan baik untuk dirinya maupun bantuan pada sejumlah pekerjaan yang secara khusus dilakukan perempuan dalam rumah tangganya. Satu kesulitan dirasakan perempuan di Rancaekek, yang menyandarkan diri pada laki-laki kepala rumah tangga dalam finansial sekaligus juga keputusan dalam mencari bantuan. Perempuan hamil dan melahirkan dalam statusnya sebagai istri dan ibu juga membutuhkan dukungan dari anggota keluarga yang lain untuk melakukan pekerjaannya di rumah dan mengasuh anak-anaknya. Walaupun kehamilan bersifat individual, dalam proses mencari bantuan untuk perempuan yang sedang hamil dan melahirkan, anggota keluarga lain juga menjadi terlibat dan menunjukkan simpatinya kepada perempuan tersebut, sehingga banyak yang menunjukkan perhatiannya ketika mengetahui kondisi kehamilannya. Hal ini, kemudian akan diikuti dengan berbagi perhatian pada keadaan fisik dan emosi perempuan hamil juga sekaligus mempersiapkan untuk: melahirkan, upacara yang harus dilakukan selama kehamilan dan setelah melahirkan, serta dana yang dibutuhkan. Banyak anggota keluarga, tetangga, dan kerabat lain akan memberikan saran-saran selama kehamilan dan melahirkan. Mereka juga mau terlibat dalam pemilihan pelayanan KIA yang dipilih oleh perempuan secara individual, atau setelah keputusan di ambil oleh suami dan anggota keluarga lainnya. Pengalaman mengalami kehamilan, melahirkan dan pasca-melahirkan di bangun secara sosial. Keinginan keluarga dan juga tetangga dekat akan memberikan pengaruh pada perempuan hamil dalam proses melahirkannya. Ketika seorang perempuan menjadi

tergantung pada saat proses akan dan melahirkan berlangsung, orang-orang disekitarnya akan mencoba menginterpretasikan gejala-gejala sebagai upaya mencari jalan keluar bagi perempuan tersebut selama proses melahirkan.

Proses perilaku mencari bantuan layanan termasuk semua aksi yang di ambil semenjak gejala pertama dirasakan, diagnosa atau konfirmasi mengenai kehamilan dan melahirkan. Proses mencari bantuan digambarkan sebagai berbagai upaya yang di ambil oleh perempuan hamil yang di dukung oleh semua anggota keluarga, termasuk: tidak melakukan apapun, melakukan aksi internal, dan aksi eksternal yang berarti mengunjungi sistem KIA, dari tradisional ke modern dan sebaliknya, tergantung pada periode khusus dari kehamilannya, juga pada latar belakang kepercayaan dan status keuangan rumah tangga yang berkaitan dengan beberapa faktor sosio-kultural. Berkaitan dengan model analitik yang disajikan dalam Bab III, didiskusikan penggunaan aspek yang berbeda dari sistem KIA majemuk di Rancaekek.

Senioritas memberikan keuntungan sosial sebagai pengambil keputusan, dalam kasus ini perempuan yang dituakan dan dianggap telah berpengalaman dalam penggunaan dan pemilihan layanan KIA yang tersedia di area penelitian. Peran gender, antara suami dan istri juga mempengaruhi proses pengambilan keputusan ketika mencari bantuan yang harus diputuskan oleh kepala keluarga yang dalam budaya Sunda adalah suami. Konsekuensinya, seorang suami secara ideal haruslah lebih tua dalam usia daripada istrinya karena suami harus diperlakukan sebagai 'kakak laki-laki'. Oleh sebab itu, kedudukan suami dan istri dalam keluarga adalah terstruktur oleh nilai-nilai sosio-kultural keluarga. Pengambilan keputusan dalam berbagai hal, walaupun melalui diskusi antara suami dan istri, kata keputusan terakhir adalah suami sebagai kepala rumah tangga.

Bab VII, menyajikan 'pohon keputusan' yang menggambarkan alur perempuan hamil dan melahirkan dalam sistem KIA majemuk di Rancaekek dalam langkah-langkah berurutan sepanjang penggunaan pelayanan kehamilan dalam periode 12 bulan yang lalu. Langkah-langkah yang di lakukan oleh perempuan digambarkan sejak ia merasakan gejala kehamilan, sampai mengambil keputusan untuk memastikan kehamilannya. Penggunaan perawatan KIA baik traditional maupun modern sangat tergantung pada pandangan, kemampuan dan faktor-faktor kelembagaan. Langkah terakhir dari setiap kategori, yang paralel dengan proses melahirkan, dalam proses yang rumit menggambarkan perempuan yang melahirkan dengan menggunakan sistem KIA traditional atau modern yang terdapat di komunitas Rancaekek. Tambahan lagi (*cf.* Figur 7.1. pohon keputusan), aliran mencari layanan perempuan hamil dalam sampel penelitian melalui sistem pelayanan KIA majemuk di Rancaekek menggambarkan keputusan yang di ambil oleh perempuan hamil dalam mencari perawatan KIA, berkaitan dengan variable-variabel bebas dalam kerangka konseptual. Variabel-variabel bebas dalam studi ini adalah: (1) variabel-variabel yang mempengaruhi (*predisposing*) di tingkat individual, seperti: pengetahuan, pandangan, pengambilan keputusan dan kepercayaan; (2) variabel-variabel yang dirasakan (*perceived*), seperti: persepsi mengenai pengalaman selama kehamilan; (3) variabel-variabel yang memungkinkan (*enabling*), seperti: karakteristik sosio-ekonomi di tingkat individual; (4) variabel institusi seperti: akses geografi, seperti jarak ke pelayanan kesehatan; (5) variabel pengaruh, seperti: karakter pengaruh pada tingkat individu melalui pengaruh sistem perawatan KIA yang diperkenalkan dalam komunitasnya. Faktor-faktor bebas mempengaruhi penggunaan pelayanan KIA selama kehamilan.

Pohon keputusan menggambarkan cara perempuan hamil dan melahirkan mencari bantuan dalam berbagai strategi penggunaan pelayanan KIA. Pilihan mereka menunjukkan kepercayaan dan pilihan tidak hanya dari perempuan hamil tersebut dan juga keluarganya,

teman dan tetangganya. Kaitan antara pengetahuan mengenai kondisi kehamilan dan persalinan dan konteks sosial yang pada dasarnya rumit, semakin suatu masyarakat menjadi lebih majemuk dalam pengobatan. Suatu komunitas yang menyediakan sistem pengobatan majemuk membuat anggota masyarakatnya dapat memilih perawatan kesehatannya masing-masing. Kesempatan untuk dapat memilih antara sistem medis yang tersedia di wilayahnya yang mengarahkan pada proses integrasi dalam penggunaan sistem-sistem tersebut.

Model *multivariate*, dalam studi ini berdasarkan konsep 'etnosistem', yang tidak hanya memperluas perspektif mengenai kebudayaan akan tetapi juga memungkinkan penilaian komponen kognitif dan perilaku dari suatu kelompok tertentu sebagai sistem dalam mode yang lebih *holistic*. Lebih penting lagi, definisi etnosistem, lebih jauh memberikan kemungkinan memperluas konsep kebudayaan sebagai hasil proses historis dari akulturasi secara lebih dinamis. Hal ini mengakomodasikan analisis yang telah dinyatakan terdahulu mengenai penggunaan pelayanan KIA tradisional dan modern.

1. Pandangan Partisipan (*Participants' View*)

Pertimbangan untuk menyertakan pandangan partisipan, atau populasi sasaran, ketika merencanakan dan menerapkan suatu proses inovasi dan pembangunan yang memberikan mendorong pandangan relativisme baru terhadap budaya dan masyarakat lain.

2. Bidang Studi Etnosistem (*Field of Ethnosistems Study/FES*)

Bidang studi etnosistem merujuk pada konsep 'kultur area', dalam kasus Indonesia, budaya tertentu dapat menggambarkan juga mengenai: klasifikasi kekerabatan, pola-pola organisasi social, ornamen pada gendang kuningan, pola-pola pakaian tenun dan persepsi serta pelaksanaan pengobatan yang tersebar di wilayah tertentu yang biasa di sebut sebagai '*Bidang Studi Antropologi*' (*Field of Anthropological Study*).

3. Dimensi Historis (*Historical Dimension*)

Ketika mempelajari dan melakukan analisis suatu konfigurasi yang kompleks, misalnya medis, kepercayaan atau pertanian, pendekatan yang berorientasikan pada masa kini sering gagal menunjukkan pentingnya proses dinamis dari asal mulanya sampai ke perkembangannya, yang menyebabkan kompleksitas masa kini. Kesimpulannya, aspek-aspek studi dan analisis dari kebudayaan lain membantu mendefinisikan pendekatan baru dalam etnosistem dalam arti yang lebih luas dan memberikan stimulasi pada penilaian ulang pada masa kini dalam 'pembangunan dimensi kultural' (*cultural dimension of development*) dalam upaya kerjasama internasional.

Dalam kasus *paraji* dan *bidan* di Indonesia, integrasi medis untuk kemitraan lebih lanjut antara dukun bayi dan *bidan* desa di Rancaekek, Bandung, Jawa Barat. Populasi penelitian adalah perempuan yang mengalami kehamilan atau melahirkan dalam jangka waktu periode 12 bulan. Semua perempuan dalam kategori tersebut menjadi populasi studi, semua kelompok dengan latar belakang khusus tersebut ter-representasi dalam sampel penelitian – seperti suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, kepercayaan, status sosio-ekonomi, dan sebagainya – keputusan untuk memilih desa-desa sampel berdasarkan kategorisasi pemerintahan lokal.

Upaya untuk menggambarkan dan menjelaskan model penggunaan sistem KIA di Rancaekek dapat memperlihatkan hubungan dan perubahan perilaku antara *paraji* dan *bidan*, membedakan berbagai sifat dari pelaku sosial dan sistem sosial yang tergabung dalam cara-cara tertentu dan pada kurun waktu tertentu pula. Model *multivariate* mencoba menggambarkan dan menjelaskan bagaimana seseorang atau perubahan sistem sosial

sepanjang waktu. Dalam kasus penggunaan pelayanan KIA, pertanyaan tentang bagaimana perubahan dalam kekuatan yang memaksa suatu negara melalui intervensi sistem KIA modern ke dalam perawatan KIA lokal yang tumbuh secara alamiah di Rancaekek mempengaruhi diterimanya dan penolakan dalam komunitas.

Dalam Bab VIII, analisis *bivariate* membantu memastikan hubungan antar variabel-variabel yang mempengaruhi penggunaan sistem KIA tradisional dan modern. Dalam tabulasi silang, variabel bebas dan variabel pengganggu (*intervening*) terdistribusi dalam dua variabel bergantung untuk sistem penggunaan KIA tradisional dan modern. Variabel bergantung (*dependent*) menunjukkan secara tepat angka-angka untuk pelayanan KIA, seperti yang dilaporkan oleh responden dalam periode 12 bulan sebelum survai dilakukan di area penelitian. Fakta yang dijelaskan dalam analisis *bivariate* menunjukkan asosiasi yang kuat antara berbagai variabel yang mempengaruhi faktor-faktor sosio-demografis: semakin maju suatu desa semakin minim peran yang dimainkan oleh *paraji*; latar belakang pendidikan dan pekerjaan perempuan dan suaminya mempengaruhi penggunaan pelayanan KIA tradisional atau modern. Asosiasi antara variabel dalam faktor-faktor yang mempengaruhi psiko-sosial menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai proses kehamilan, kehamilan beresiko tinggi dan keguguran menunjukkan korelasi yang kuat dengan penggunaan perawatan KIA tradisional; dan pendapat tentang *paraji* dan *bidan* dengan kepercayaan mengenai tabu selama kehamilan, melahirkan dan pasca melahirkan juga menunjukkan korelasi kuat dengan penggunaan kedua sistem KIA. Status sosio-ekonomi dan akses geografis menunjukkan korelasi yang kuat dengan penggunaan sistem KIA tradisional dan modern di Rancaekek.

Akibatnya, langkah kedua dari analisis merefleksikan pengaruh secara menyeluruh dari seluruh faktor-faktor bebas dan pengganggu dalam hubungannya dengan dan antara satu sama lain. Analisis *multivariate* yang disebut *OVERALS* tidak hanya dapat mengidentifikasi determinan untuk penggunaan perawatan KIA saja, tetapi juga memungkinkan untuk mengukur pengaruh relatif dari berbagai variabel dalam pola-pola menyeluruh dari perilaku mencari bantuan selama kehamilan dan melahirkan. Langkah terakhir dari implementasi menggunakan analisis regresi menunjukkan hubungan-hubungan lebih jauh antara kelompok variabel, menandakan dan diwakili sebagai 'blocks' dalam model, dengan menuunjuk pada hubungan perhitungan koefisien regresi. Analisis secara esensial memiliki peran dalam memberikan penjelasan mengenai pengetahuan dan membantu memahami prediksi nilai-nilai terhadap interaksi menyeluruh antara variabel-variabel dalam perilaku KIA di Rancaekek. Bab tersebut menyimpulkan dengan sebuah interpretasi dan diskusi dari keluaran dari analisis dalam hubungannya dengan struktur dari model penggunaan medis.

Paraji dengan pengetahuannya mengenai pengobatan herbal di pedesaan Indonesia memainkan peran khusus secara sosio-kultural, tidak hanya untuk perempuan hamil dan melahirkan tetapi juga menjadi konsultan kesehatan keluarga. Kehilangan seorang *paraji* berarti kehilangan perawatan tradisional mengenai KIA, kehamilan, melahirkan dan pengobatan herbal yang akan hilang bersama dirinya. Penganjur pengetahuan terintegrasi sebagai kunci pembangunan dalam mengantisipasi peningkatan kemitraan antara *paraji* dan *bidan* di Rancaekek begitu juga dalam setiap komunitas di Indonesia. Mempertahankan pengetahuan tradisional harus di dukung oleh kebijakan politis dari pemerintah dan dalam semua tingkatan dari lembaga-lembaga terkait di negara seperti Indonesia.

Walaupun laporan WHO pada tahun 2008, menekankan pergeseran perhatiannya dari kesehatan ibu dan anak kepada kesehatan komunitas secara menyeluruh, dengan memperhatikan pengembangan sumber daya manusia pada generasi yang akan datang membutuhkan perhatian lebih lanjut pada kebijakan kesehatan. Sumberdaya untuk melakukan

integrasi dalam sistem KIA sangat penting bila kondisi kesehatan dalam suatu negara harus ditingkatkan. Dalam perawatan KIA tradisional, *paraji* masih memiliki peranan yang kuat, dan dalam pelayanan KIA modern, *bidan* ahli dan terdidik yang secara formal ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan menyediakan perawatan kesehatan untuk ibu dan anak dalam komunitas. *Paraji* yang sudah terlatih memiliki peran strategis dalam menstimulasi partisipasi masyarakat dalam program-program *Safe Motherhood*. Pelatihan dukun bayi, yang sudah di mulai sejak tahun 1980-an, sebagai strategi dan cara untuk menurunkan morbiditas dan kematian ibu telah berhasil secara global. Dewasa ini, pelatihan dukun bayi sangat terbatas, yang menunjukkan situasi yang potensial dengan resiko bagi masyarakat di daerah terpencil yang jarang dijangkau oleh pelaksana kesehatan. *Paraji* memiliki peran yang sangat penting sebagai perantara antara masyarakat dan sistem kesehatan formal, membantu mengintegrasikan mereka dalam sistem KIA mejemuk melalui kreasi kemitraan yang akan menurunkan kematian ibu dan bayi. Daripada menunjuk *paraji* sebagai penyebab tingginya kematian ibu dan bayi, akan jauh lebih baik meningkatkan perannya dengan menyediakan pendidikan dan melestarikan kemitraan lebih lanjut antara sistem KIA di Indonesia. Lebih lanjut, rumah tangga dan komunitas harus mendapatkan pendidikan untuk memahami dan mampu secara mandiri mendukung program KIA yang diintroduksikan oleh lembaga-lembaga nasional dan internasional.

Lebih penting lagi, untuk memperbaiki perawatan KIA dalam komunitas dengan spesifikasi perawatan dan pelayanan kesehatan reproduksi, *bidan* sebagai tenaga kesehatan bagi ibu dan anak dan *paraji* yang ahli, perlu memberikan stimulasi dan menggerakkan semua komponen dalam komunitas untuk berpartisipasi, untuk mencapai kehamilan dan melahirkan yang aman. Pendidikan kebidanan sebagai *bidan* desa sebaiknya menyertakan dalam kurikulumnya pengetahuan mengenai pembangunan masyarakat, hal itu amat berguna dalam meningkatkan partisipasi masyarakat. Rantai partisipasi menghubungkan komunitas secara keseluruhan dari tingkat yang paling bawah ('akar rumput' = *bottom*), di mulai di tingkat rumah tangga, meningkat ke lingkungan ketetanggaan, *paraji*, kader kesehatan, pusat kesehatan masyarakat, pemerintahan lokal dan seluruh masyarakat, akan meningkatkan fungsi pelayanan KIA di Indonesia untuk masa yang akan datang.