

## STUDI KASUS KESEHATAN MATERNAL SUKU MUYU DI DISTRIK MINDIPTANA, KABUPATEN BOVEN DIGOEL

*Case Study of Muyu Ethnic's Maternal Health in Mindiptara District-Boven Digoel*

Agung Dwi Laksono<sup>1\*</sup>, Rachmalina Soerachman<sup>2</sup>, Tri Juni Angkasawati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

<sup>2</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat

\*Email: [agung\\_dwilaksono@yahoo.co.id](mailto:agung_dwilaksono@yahoo.co.id)

### Abstract

**Background:** Maternal health problems are often closely related to local specific cultural customs. In the formulation of a policy, the local context is often overlooked in decision making that is often applied generically the same for the whole region.

**Objective:** To describe maternal health behavior in related with local wisdom and tradition

**Methods:** This research is a descriptive qualitative research by using ethnographic approach in the Muyu ethnic-group in Mindiptana District, Boven Digoel. In this research, researchers lived and mingled with Muyu ethnic-group for 60 days (May-June 2014). In the ethnographic research researcher is the main instrument.

**Result:** Muyu has a strong belief related with dirty atmosphere which come from maternity and menstruation. This dirty environment could be weakening, or even could loss the power of male Muyu. Its urged community to isolate every Muyu women who will had childbirth. It's also strongly supported with customary for noncompliance.

**Conclutions:** Muyu belief women should be isolated during the time of giving birth.. *Iptèm* is the dirty blood of women in labor. This exile is an obligation that must be run, which is reinforced with a fine if it does not comply. Muyu communities' belief about *iptèm* on labor embodied into "home delivery is not in the house" is an opportunity that must be arrested. This should be used to shift the pattern of labor "is not in the house of origin" to deliver in health facilities by health personnel.

**Keywords:** maternal services policy, local context, Muyu tribe, DTPK

### Abstrak

**Latar Belakang:** Pembangunan daerah perbatasan, tertinggal, perbatasan dan pulau terluar (DTPK) dan peningkatan status kesehatan ibu merupakan prioritas pembangunan nasional. Masalah kesehatan maternal erat dengan adat budaya bersifat spesifik lokal. Pembangunan DTPK perlu memperhatikan hal tersebut tersebut.

**Tujuan:** mengungkap perilaku kesehatan ibu dalam konteks tradisi dan kearifan lokal.

**Metode:** Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan etnografi pada Suku Muyu di Distrik Mindiptana, Boven Digoel. Peneliti tinggal dan berbaur dengan Suku Muyu selama 60 hari (Mei-Juni 2014). Peneliti adalah instrumen utama.

**Hasil:** Keyakinan masyarakat Suku Muyu pada hawa kotor darah persalinan dan menstruasi sangat kuat. Hawa kotor ini diyakini bisa melemahkan, bahkan menghilangkan kesaktian laki-laki Muyu. Hal ini mendorong masyarakat untuk meng-asingkan setiap perempuan Muyu yang hendak bersalin. Hal ini dikuatkan dengan pemberlakuan denda adat bagi yang melanggar.

**Kesimpulan:** Kepercayaan Suku Muyu tentang *iptèm* me'wajib'kan perempuan diasingkan saat bersalin. *Iptèm* adalah kotornya darah perempuan yang sedang bersalin, denda akan dikenakan apabila tidak dijalankan. Keyakinan masyarakat Muyu tentang *iptèm* persalinan yang membentuk faham "asal persalinan tidak di dalam rumah" sebagai peluang yang dapat dimanfaatkan untuk menggeser pola persalinan "asal tidak di rumah" ke persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

**Kata Kunci:** Kebijakan Pelayanan Maternal, Konteks Lokal, Suku Muyu, DTPK

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu saat persalinan di Indonesia masih sangat tinggi. Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) tahun 2012 melaporkan indikasi peningkatan Angka Kematian Ibu (AKI), dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada hasil SDKI tahun 2007, menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI tahun 2012.<sup>1,2</sup> Jika dihitung secara absolut, maka terdapat 16.155 ibu yang meninggal akibat kehamilan, persalinan dan nifas di Indonesia. Jumlah sebanyak itu setara dengan jumlah korban kecelakaan 40 pesawat Boeing 777 yang jatuh & seluruh penumpangnya meninggal dunia<sup>3</sup>, atau dalam hitungan lain, terdapat 44 ibu yang meninggal setiap hari akibat kehamilan, persalinan dan nifas di Indonesia, dan bila kita konversi dalam jam, ada 1 sampai 2 ibu yang meninggal setiap jam di Indonesia akibat kehamilan, persalinan dan nifas.

Angka tersebut merupakan angka nasional, secara umum untuk berbagai indikator kesehatan apabila dirinci menurut Provinsi atau bahkan Kabupaten/Kota, akan memperlihatkan tingginya disparitas aksesibilitas masyarakat Indonesia terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil Riset Kesehatan Masyarakat (Riskesdas) tahun 2013 mencatat bahwa Rumah Tangga di Provinsi Bali yang mengaku mengetahui keberadaan bidan praktek di sekitar rumahnya mencapai 85,2%, sedang Rumah Tangga di Papua hanya pada kisaran 9,9%.<sup>4,5</sup> Angka 9,9% ini pun masih merupakan angka rata-rata dalam satu wilayah provinsi, yang apabila dihitung menurut Kabupaten/Kota juga akan bervariasi di masing-masing provinsi. Salah satu contoh adalah cakupan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan (K4) pada tahun 2013 di Provinsi Papua hanya mencapai 36,64%. Angka ini jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan rata-rata nasional yang mencapai 60,93%. Cakupan persalinan ke tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tahun 2013 di Provinsi Papua hanya mencapai 42,73%, sementara cakupan nasional menunjukkan capaian cakupan sebesar 69,99%.<sup>4,5</sup>

Pembangunan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) terluar merupakan salah satu prioritas pembangunan 2010-2014<sup>6</sup> serta tetap menjadi prioritas pembangunan 2015-2019. Hal ini juga

merupakan prioritas Kementerian Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Pelayanan kesehatan pada daerah tersebut tidak dapat disamakan dengan daerah lain, namun perlu memperhatikan keragaman spesifik wilayah tersebut.<sup>7</sup>

Peraturan Pemerintah Nomor 131 Tahun 2015 tentang DTPK menyatakan bahwa Papua merupakan provinsi dengan kabupaten yang paling banyak sebagai Kabupaten dengan kategori kelompok DTPK. Kabupaten Boven Digoel merupakan salah satu Kabupaten di Papua yang termasuk dalam kategori kabupaten tertinggal dan daerah perbatasan.<sup>7</sup> Kementerian Kesehatan turut berperan dalam upaya pembangunan kesehatan di DTPK yang ditandai dengan mengembangkan program Rumah Sakit Bergerak sebagai salah satu program pelayanan kesehatan yang dijalankan di Papua untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat daerah DTPK.<sup>8</sup>

HL BLUM mengemukakan suatu kerangka konsep bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, perilaku dan keturunan. Faktor lingkungan yang mencakup lingkungan fisik, biologi, sosial dan budaya, merupakan faktor paling besar yang mempengaruhi derajat kesehatan.<sup>9</sup> Selama ini kebijakan pemerintah bersifat umum sementara kondisi di daerah bervariasi sehingga untuk daerah spesifik seperti Papua perlu pendekatan khusus dengan memperhatikan aspek budaya lokal. Dalam upaya mendukung program pelayanan kesehatan di DTPK dan peningkatan status kesehatan ibu dan anak dibutuhkan masukan yang bersifat spesifik local. Artikel ini adalah bagian dari Riset Etnografi Kesehatan di Suku Muyu, Distrik Mindiptana, Boven Digul, dimana pada riset tersebut mengungkapkan perilaku suku Muyu yang berhubungan dengan kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak yang dianalisa serta disajikan secara etnografi.<sup>10</sup> Adapun tujuan dari artikel ini adalah mengungkapkan perilaku kesehatan ibu dalam konteks tradisi dan kearifan lokal. Melalui artikel ini diharapkan diperoleh informasi yang berguna bagi kebijakan maternal berbasis konteks kearifan lokal, sehingga dapat memperbaiki kebijakan sebelumnya yang cenderung menyamakan

konteks sosial budaya, tanpa melihat kearifan lokal setiap wilayah.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan etnografi. Penelitian dilakukan pada Suku Muyu di Distrik Mindiptana, Boven Digoel sebagai salah satu kabupaten DTPK. Subyek/informan penelitian dipilih secara *purposive* dan *snowballing sampling*, dimana informan yang akan didatangi adalah berdasarkan informasi dari informan sebelumnya yang dapat memperkaya informasi yang diperoleh. Pada penelitian etnografi peneliti adalah instrumen utama.<sup>11</sup>

Selama pengumpulan data peneliti tinggal dan berbaur dengan masyarakat untuk dapat mendapatkan gambaran perilaku kesehatan yang sama dengan penduduk lokal (*emic view*). Untuk itu peneliti tinggal di tengah-tengah Suku Muyu di Distrik Mindiptana selama 60 hari (Mei-Juni 2014). Pada riset etnografi ini, instrument penelitian adalah 'peneliti' sendiri, dimana sebelumnya peneliti sudah mempunyai pedoman atau panduan pertanyaan untuk wawancara mendalam maupun pengamatan.<sup>12</sup> Pada riset etnografi ini peneliti melakukan wawancara mendalam pada ibu nifas, ibu hamil, bidan, kader, tokoh masyarakat, keluarga ibu hamil dan petugas kesehatan. Pengamatan dilakukan terhadap kehidupan dan perilaku keseharian masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan. Untuk menjaga validitas data kualitatif, maka peneliti melakukan triangulasi data yaitu data hasil wawancara di *cross-check* dengan data hasil pengamatan dan data sekunder; peneliti juga melakukan triangulasi peneliti melalui diskusi antar peneliti yang dilakukan setiap malam. Hasil pengumpulan data dianalisis melalui *thematic analysis*

## HASIL

### Kondisi Umum Distrik Mindiptana

School memaparkan dalam bukunya berjudul "*Kebudayaan dan Perubahan Suku Muyu dalam Arus Modernisasi Irian Jaya*", bahwa secara geografis daerah tempat tinggal Suku Muyu terletak di dalam zona kaki gunung dan lembah-lembah kecil, meliputi daerah Sentani, Nimboran, dan Ayamaru. Suku Muyu menempati wilayah *Onderafdeling* Muyu

(setara kabupaten) berupa sebidang tanah sempit, hampir bujur sangkar, di sepanjang batas Papua Nugini (PNG). Sebagian kecil dari suku bangsa itu menempati wilayah Negara tetangga PNG.<sup>13</sup>

Suku Muyu tersebar di beberapa wilayah, tetapi pada saat ini koloni terbesar Suku Muyu berada di sekitar Distrik Mindiptana yang merupakan ibukota *Onderafdeling* Muyu pada jaman Belanda. Pada saat ini Distrik Mindiptana merupakan bagian dari Kabupaten Boven Digoel.

Distrik Mindiptana berada sekitar tiga jam perjalanan dari Tanah Merah (ibukota Kabupaten Boven Digoel), dengan kondisi jalan yang rusak berat. Secara umum fasilitas di Distrik Mindiptana sangat terbatas, listrik yang bersumber mesin diesel tersedia hanya 6 jam pada waktu malam. Sedang untuk jaringan telepon tidak ada sama sekali, meski sebelumnya pada awal tahun 2014 sempat tersedia salah satu jaringan selama 2 minggu, tetapi kemudian rusak dan terbengkalai hingga saat ini.

Pada tahun 2013 jumlah penduduk di Distrik Mindiptana mencapai 3.631 jiwa, dengan kepadatan penduduk 9,46 per kilometer persegi. Jumlah penduduk secara detail per kampung/desa dapat dilihat pada Tabel 1.

Saat ini masyarakat di Distrik Mindiptana sebagian besar adalah pemeluk agama Katolik, sebagian kecil lainnya adalah Islam dan Kristen. Khusus untuk pemeluk agama Islam hampir seluruhnya adalah para pendatang, hanya ada 1 keluarga asli Muyu yang beragama Islam.

### Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Distrik Mindiptana sebagai eks ibukota *Onderafdeling* Muyu pada jaman Belanda, memiliki tiga fasilitas pelayanan kesehatan, baik yang disediakan oleh pemerintah maupun pihak lain. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut terdiri dari Puskesmas Mindiptana (eks Rumah Sakit Mindiptana pada jaman Belanda), klinik misi Santo Jacobus yang disediakan oleh misi Katolik, dan Rumah Sakit Bergerak yang diinisiasi oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Meski ada tiga fasilitas kesehatan yang melayani, tetapi untuk persalinan hanya bisa

dilayani di Rumah Sakit Bergerak dengan fasilitas dua tempat tidur dan empat tenaga bidan. Berdasar hasil wawancara dengan direktur RS Bergerak, beban RS Bergerak pun

semakin berat dengan tanggung jawab sebagai pusat rujukan, tidak hanya untuk wilayah Distrik Mindiptana, tetapi juga untuk Distrik Kombut, Sesnukt, dan Distrik Woropko

Tabel 1. Distribusi Jumlah Penduduk Distrik Mindiptana menurut Kampung Digoel tahun 2013

No	Nama Kampung	Jumlah		
		Laki-laki	Perempuan	Total
1.	Epsenbit	12	13	25
2.	Kamka	170	150	320
3.	Osso	297	262	559
4.	Kakuna	60	53	113
5.	Wangatkibi	100	88	188
6.	Tinggam	130	115	245
7.	Awayanka	221	195	415
8.	Epsenbit	175	155	330
9.	Andopbit	163	116	248
10.	Niyimbang	171	151	322
11.	Anggumbit	132	116	248
12.	Imko	63	55	118
13.	Umap	43	41	84

Sumber: Profil Puskesmas Mindiptana tahun 2013

***Iptém* Perempuan Muyu; *Belief* terkait Kesehatan Maternal**

Darah persalinan dan menstruasi dari perempuan Muyu, sangat dipercaya oleh masyarakat Muyu membawa hawa kotor supernatural yang buruk, yang biasa disebut sebagai *iptém* dalam bahasa Muyu. *Iptém* perempuan dipercaya bisa mengakibatkan hal buruk bagi orang-orang di sekitarnya, termasuk keluarga, terutama bagi kaum laki-laki. Berkaitan dengan persalinan beberapa informan mengatakan sebagai berikut:

*“Adat Muyu itu meyakini bahwa perempuan Muyu yang sedang bersalin itu bisa mempengaruhi laki-laki pu (punya) kekuatan, waruk (kesaktian)-nya bisa melemah. Itu apa... karena itu harus disiapkan tempat lain di luar rumah...”*

(PLB, tokoh masyarakat, 64 tahun)

*“...persalinan, sama dengan halnya menstruasi, yang dalam prosesnya melibatkan darah kotor yang harus dikeluarkan. Darah inilah yang diyakini*

*mempunyai supernatural jahat yang bisa membuat laki-laki Muyu melemah. Untuk itulah maka perempuan Muyu yang mau melahirkan dibuatkan pondok khusus agar melahirkan di luar rumah. Tidak mempengaruhi seisi rumah...”*

(YK, tokoh masyarakat, 67 tahun)

Kepercayaan yang kuat pada *iptém* perempuan ini mendorong masyarakat untuk mengasingkan setiap perempuan Muyu yang hendak melakukan persalinan. Untuk itu laki-laki Muyu harus membangun gubuk sebelum perempuan Muyu melakukan persalinan. Gubuk persalinan biasa dinamai *bevak* atau *tana barambon ambip* (rumah tempat untuk melahirkan seorang anak). Jarak *bevak* antara 20-30 meter dari rumah apabila tanah berupa tebing atau jurang, dan mencapai 50 meter bila berupa dataran. Menurut aturan, perempuan Muyu harus tinggal di *bevak* sampai 40 hari pasca persalinan. Persalinan yang dilakukan di luar rumah ini cenderung dilakukan sendiri atau dibantu kerabat.





Gambar 1.  
*Bévak* (kiri); Posisi *Bévak* dari Rumah Panggung Utama, berjarak 25 meter (kanan)  
Sumber: Dokumentasi Peneliti

### Pandangan Masyarakat

Tidak semua orang Muyu mempunyai pandangan yang seragam tentang tradisi melakukan persalinan di *bévak*. Ibu-ibu bersalin yang tinggal di dekat Rumah Sakit Bergerak sudah memilih melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, atau setidaknya mereka berniat melakukannya disana.

*"Kami ini orang jaman (moderen) pak... kalo mau melahirkan ya ke rumah sakit. Sudah tidak ada itu apa... melahirkan di bévak. Itu dulu waktu saya masih kecil, atau kalau sekarang mungkin masih ada di kampung-kampung atas sana..."*

(FK, 43 tahun)

*"Di sekitar Kampung Mindiptana ini saya su lama tidak melihat orang Muyu membangun atau mendirikan bévak untuk perempuan yang sedang menstruasi atau bersalin pak. Su tidak ada lagi... semuanya sudah ke rumah sakit..."* (UW, 53 tahun)

Meski demikian, banyak kasus perempuan Muyu yang tinggal di dekat Rumah Sakit Bergerak tetap melakukan persalinannya tidak di rumah sakit, meski tidak juga di dalam rumah. Seringkali hal ini terjadi sebagai kasus yang "mendadak".

*"...waktu itu mendadak sekali pak... waktu itu jam tujuh malam. Rumah Sakit Bergerak itu... masih tutup. Saya minta*

*dipanggilkan bidan untuk tolong persalinan. Jadi akhirnya melahirkan di bévak saja, tidak jadi ke rumah sakit."* (SB, 31 tahun)

*"...waktu itu mendadak sekali pak... jam empat subuh. Saya sudah merasa sakit sekali, mau jalan ke Rumah Sakit Bergerak sudah tidak mungkin... baru sampai di depan rumah kakak saya sudah tidak tahan... akhirnya turun ke situ di rumput-rumput... karena tidak bisa melahirkan di dalam rumah to."*

(AT, 17 tahun)

Hal berbeda dengan para perempuan Muyu yang tinggal jauh dari Rumah Sakit Bergerak. Pada saat perempuan Muyu terkendala memperoleh akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, maka pilihan mereka adalah melahirkan di *bevak* atau dimanapun, asal tidak di rumah. Kondisi darah perempuan melahirkan yang dinilai sebagai darah kotor menjadi penyebab diasingkannya perempuan Muyu pada saat melahirkan. Sejak jauh hari mereka telah mempersiapkan *bévak* untuk persalinannya nanti. Alasan yang diutarakan seringkali adalah karena tidak mungkin mencapai Rumah Sakit Bergerak pada saat-saat menjelang persalinan.

*"Ya harus dibuatkan bévak pak. Mau melahirkan dimana? Tidak boleh melahirkan di dalam rumah to. Kan tidak mungkin dari sini (Kampung Wanggatkibi; berjarak sekitar 15*

*kilometer) jalan kaki ke Rumah Sakit Bergerak... tidak ada motor to..."*

(VT, 52 tahun)

Senada dengan pernyataan VT di Kampung Wanggatkibi, salah seorang bidan menyatakan bahwa di Kampung Imko perempuan Muyu yang hendak bersalin juga dibuatkan *bévak*,

*"Kampung Imko jaraknya mungkin terlalu jauh pak. Kami menjangkaunya juga berat. Jadi mereka membuat bévak untuk persalinan..."*

(NT, bidan, 35 tahun)

### Denda Adat

Tradisi pantangan melahirkan di dalam rumah ini dikuatkan dengan pemberlakuan denda adat bagi perempuan bersalin yang melanggar, meskipun untuk hal yang "mendadak" sehingga secara tidak sengaja bersalin di rumah saudara. Besaran denda bisa mencapai Rp. 10-20 juta, tergantung nilai kerugian yang dirasakan pemilik rumah. Semakin sakti, maka denda menjadi semakin besar, karena kerugian kehilangan kesaktiannya juga semakin besar. Denda adat ini menunjukkan semakin menguatkan *belief* orang Muyu terhadap *iptèm* perempuan Muyu yang sedang bersalin.

*"...itu sudah biasa di sini pak... sudah umum. Karena diyakini masyarakat sini darah persalinan itu bisa menyebabkan sakit atau kesialan pada rumah yang terkena, bisa menyebabkan jatuh sakit, jadi harus ada denda. Itu sudaah!"*

(HK, 42 tahun)

*"Resikonya itu pada diri kita sendiri pak... keluarga kita yang tinggal serumah. Bila persalinan dilakukan di rumah, dema (penghuni) yang menghuni rumah bisa marah dan kasih sakit seluruh penghuni rumah.... orang-orang yang punya kemampuan mantra-mantra (waruk) juga akan marah-marrah pak, karena dia pu kemampuan akan pergi... bisa kena denda..."*

(FA, 40 tahun)

### PEMBAHASAN

Studi etnografi menurut Spradley bertujuan untuk memahami sudut pandang penduduk

asli, hubungannya dengan kehidupan dan mendapatkan pandangannya mengenai dunianya. Lebih lanjut Spradley menyatakan bahwa penelitian etnografi melibatkan aktivitas belajar mengenai dunia orang yang telah belajar melihat, mendengar, berbicara, berpikir, dan bertindak dengan cara-cara yang berbeda. Tidak hanya mempelajari masyarakat, lebih dari itu, etnografi berarti belajar dari masyarakat.<sup>11</sup>

Hasil riset etnografi menunjukkan bahwa Suku Muyu relatif terbuka terhadap para pendatang, termasuk di dalamnya tenaga kesehatan.<sup>11,13</sup> Orang Muyu cenderung mau menerima perubahan dan tidak antipati terhadap perkembangan teknologi baru. Hal ini merupakan salah satu poin penting untuk adanya perubahan sosial yang diharapkan.<sup>14,15</sup>

Kepercayaan masyarakat Suku Muyu pada *iptèm* darah persalinan dan menstruasi ini sangat kuat. Hawa kotor ini diyakini bisa melemahkan dan bahkan menghilangkan *waruk* (kesaktian) laki-laki Muyu.<sup>16</sup> Bila laki-laki Muyu itu seorang pemburu, maka *waruk* berburunya menjadi lemah, tidak bertulah lagi. Bila laki-laki Muyu itu seorang pekebun, maka *waruk* berkebunnya menjadi tak berguna, tanamannya akan layu dan mati. Apabila perempuan Muyu bersalin di rumah, bisa membuat seluruh isi rumah menjadi jatuh sakit. Menurut keyakinan Muyu sakit akibat *iptèm* perempuan yang bisa terjadi adalah *hosa* (sesak nafas), TBC, radang sendi, batuk, dan bahkan diyakini bisa menyebabkan kematian.

Fenomena pengasingan perempuan bersalin karena dianggap membawa hawa kotor ternyata juga terjadi pada beberapa suku lain di Papua. Kurniawan dkk menuliskan bahwa dalam kepercayaan orang Suku Ngalum di Oksibil (ibukota Kabupaten Pegunungan Bintang), seorang perempuan yang sedang dalam masa kewanitaannya daan perempuan bersalin dipercaya membawa suatu jenis penyakit yang berbahaya bagi anggota keluarga yang lain.<sup>17</sup> Oleh karena itu, dalam masa-masa itu mereka harus memisahkan diri dari keluarga mereka. Hal yang sama juga ditemukan oleh Djoht, yang melaporkan bahwa "kotor"nya darah pada proses persalinan perempuan dipercaya bisa membawa sial bagi laki-laki Suku Towe Hitam.<sup>18</sup>

Kenyataan tersebut di atas menunjukkan kentalnya budaya patriaki dan masih adanya ketimpangan gender dalam hal kesehatan reproduksi di masyarakat Suku Muyu. Untuk meningkatkan status kesehatan ibu memerlukan pendekatan khusus agar kepercayaan terhadap budaya yang dianutnya bukan sebagai penghalang tetapi menjadi kekuatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu. Budaya patriaki yang masih mencolok di banyak tempat menjadikan banyak perempuan sebagai kelompok terpinggirkan.<sup>19</sup> Konstruksi budaya patriarki telah menjadikan perempuan Indonesia menerima beban ganda, bahkan beban berlipat. Berkaitan dengan masalah gender, lebih lanjut disebutkan oleh Huriah bahwa di beberapa daerah pedesaan di Nangroe Aceh Darussalam, misalnya, pada pagi hari terlihat para ibu bekerja di sawah sambil menggondong anaknya, sementara suaminya asyik ngobrol di kedai kopi dan menyeruput kopi panas. Oleh sebab itu, tidak dapat kita pungkiri berbagai permasalahan perempuan Indonesia berdimensi gender, yang berarti adanya perbedaan sifat, peran, perilaku dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan yang dibentuk secara social dan budaya. Di Indonesia, sangat tampak bagaimana tradisi dan budaya yang mengakar di masyarakat merugikan perempuan.<sup>19</sup> Kepercayaan masyarakat Muyu terhadap *iptèm* perempuan yang sedang bersalin dalam bidang kesehatan dapat dianalisis dengan pendekatan *Health Belief Model* (model kepercayaan terkait bidang kesehatan). *Health Belief Model* adalah model perubahan perilaku kesehatan yang secara psikologis dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, khususnya dalam hal penerimaan layanan kesehatan<sup>20</sup>. *Health Belief Model* dikembangkan pada tahun 1950 oleh psikolog sosial Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, dan Howard Leventhal di *US Public Health Service* untuk lebih memahami kegagalan luas program skrining untuk TB.<sup>21,22,23</sup> Lebih lanjut Rosenstock mengembangkan *Health Belief Model* dengan mengusulkan tambahan variabel *self-efficacy* sebagai variabel independen yang terpisah bersama dengan variabel kepercayaan kesehatan tradisional, kerentanan yang dirasakan, tingkat keparahan, manfaat, dan hambatan.<sup>23</sup>

Tinjauan kritis dari 29 investigasi *Health Belief Model* yang diterbitkan selama periode 1974-1984 menemukan fakta bahwa sebagian besar para peneliti *Health Belief Model* seringkali menemukan bahwa *belief* (keyakinan) merupakan “hambatan” dalam bidang kesehatan. Sebagian yang lain menemukan sebuah “kerentanan” yang dinilai berpengaruh pada bidang kesehatan.<sup>16</sup> Hasil-hasil riset terdahulu memberikan pembelajaran bahwa, dalam memformulasikan kebijakan maternal pada Suku Muyu yang diperlukan adalah dengan sikap optimis agar pemberlakuan pengasinan perempuan Muyu saat bersalin bukan sebagai “hambatan”, tetapi lebih sebagai sebuah “tantangan”.

Perbedaan pandangan tentang pengasinan perempuan Muyu yang sedang bersalin ini lebih dikarenakan faktor aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Penelitian Wang yang dilakukan di Amerika Serikat menemukan realitas bahwa ada ketimpangan kinerja pelayanan kesehatan sebagai akibat dari disparitas dalam aksesibilitas ke pelayanan kesehatan.<sup>25</sup> Bukti ketimpangan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kinerja sistem pelayanan kesehatan ini juga dibuktikan oleh beberapa hasil penelitian yang menyatakan bahwa hal tersebut dipengaruhi oleh masalah geografis dan sebaran fasilitas layanan<sup>26,27,28,29</sup>

Upaya intervensi yang disarankan Rosenstock dalam pengembangan *Health Belief Model* untuk memberi insentif sebagai salah satu model perubahan perilaku, seperti bertolak belakang dengan kenyataan yang berlaku secara lokal pada Suku Muyu.<sup>23</sup> Orang Muyu akan tetap memilih berperilaku mengasinkan perempuan bersalin daripada terkena denda adat puluhan juta rupiah, daripada kemungkinan mendapat insentif yang kemungkinan tak seberapa.

### **Kebijakan Berbasis Konteks Lokal (Budaya dan Kearifan Lokal)**

Penyusunan sebuah kebijakan kesehatan perlu melihat keterkaitan antara konteks kebijakan dengan pemahaman terhadap keseluruhan proses kebijakan. Kekacauan dalam pembuatan kebijakan seringkali juga disebabkan oleh kegagalan pelaku kebijakan dalam menafsirkan faktor kontekstual.<sup>30</sup>



Dalam sebuah riset pengembangan kebijakan untuk skrining kanker kolorektal yang dilakukan Dobrow, Goel dan Upshur menguatkan bukti bahwa kebijakan yang ditetapkan berbasis konteks dengan pengambilan keputusan yang berbasis bukti berhasil dijalankan. Dalam riset ini peneliti mengembangkan konsep sumbu pengambilan keputusan berbasis bukti untuk menggambarkan hubungan antara bukti dan konteks. Konteks ini dirasakan penting untuk mengembangkan “kedokteran berbasis bukti” menjadi “kebijakan kesehatan berbasis bukti”.<sup>31</sup> Indonesia yang mempunyai disparitas yang sangat tinggi, dengan ribuan bahasa dan suku bangsa yang berbeda, maka penerapan konteks kebijakan ini juga menjadi sangat bervariasi. Penyusunan kebijakan memerlukan eksplorasi yang lebih luas dengan berdasarkan sifat lokal dari tindakan kebijakan yang lebih nyata dan realistis daripada yang seringkali hanya diasumsikan oleh pembuat kebijakan.<sup>32</sup> Pengembangan kebijakan maternal pada Suku Muyu pun seharusnya demikian, perlu pemahaman yang realistis terhadap konteks lokal yang terkait dengan kondisi setempat dan keyakinan (*belief*) Muyu.

Implementasi kebijakan “Suami Siaga” pada Suku Muyu bisa langsung menimbulkan resistensi masyarakat bila diterapkan mentah-mentah tanpa memahami terlebih dahulu *belief* yang berlaku. Keyakinan pada efek dari darah persalinan akan membuat para lelaki Muyu mengabaikan dan bahkan menolak kebijakan tersebut.

Upaya melibatkan “faktor lokal” ini penting bagi keberhasilan sebuah kebijakan, bukan hanya sekedar konteks kebijakan, termasuk didalamnya pelibatan aktor pelaksana kebijakan pada tingkat lokal. Sebuah riset tentang kebijakan kesehatan masyarakat di Swedia pada dua kota yang berbeda menemukan fakta bahwa tujuan kebijakan yang telah ditetapkan secara nasional akan mudah dimengerti dan memotivasi aktor pelaksana lokal bila disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat (*local context*). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa dalam riset ini aktor pelaksana lokal ini adalah penentu keberhasilan implementasi kebijakan.<sup>12</sup> Hasil senada dikemukakan dalam hasil riset yang dilakukan oleh O’Brien dan Whitaker tentang penelitian kebijakan

kesehatan yang melibatkan partisipasi masyarakat lokal. Riset ini menemukan fakta bahwa dengan partisipasi aktif aktor lokal dapat meningkatkan interpretasi atas kebijakan yang diterapkan, termasuk dalam hal pemanfaatan infrastruktur alami local.<sup>33</sup> Maka, diperlukan upaya penyediaan fasilitas tempat penampungan sebagai pengganti ‘bevak’ sehingga memudahkan masyarakat kontak dengan tenaga kesehatan. Apalagi kebiasaan masyarakat Suku Muyu berada di pengasingan cukup lama yaitu sekitar 40 hari yang merupakan periode paling rentan bagi ibu dan bayi baru lahir. Jajaran kesehatan dapat memanfaatkan periode pengasingan tersebut dalam suatu rumah singgah untuk melakukan berbagai intervensi pelayanan kesehatan yang diperlukan ibu nifas dan bayi baru lahir yang berdampak pada peningkatan cakupan pelayanan kontak ibu nifas (KF) dan pelayanan kesehatan neonatus (KN) secara lengkap dan komprehensif. Hal ini dapat meningkatkan cakupan KF dan KN di Papua yang selama ini masih rendah yang melaporkan bahwa KN1 untuk Kabupaten Boven Digul sebesar 29 persen di bawah cakupan KN Provinsi Papua sebesar 46 persen.<sup>5</sup> Intervensi tersebut juga dapat mencakup penanganan masalah komplikasi ibu nifas, bayi dengan berat badan lahir rendah termasuk didalamnya intervensi gizi ibu bersalin dan pemberian ASI eksklusif serta edukasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Hasil penelitian ini perlu ditindaklanjuti dengan pengembangan model rumah singgah kesehatan ibu dan anak sebagai pengganti ‘bevak’ untuk mendapat model yang sesuai dengan masyarakat Papua dan suku Muyu pada khususnya. Upaya intervensi ini memang membutuhkan waktu, sumber daya manusia dan biaya, namun hal tersebut akan menjadi investasi jangka panjang terhadap kelangsungan hidup ibu dan anak di Distrik Mindiptana pada khususnya dan Kabupaten Boven Digul pada umumnya. Bukan hal mustahil hal ini dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di Papua yang saat ini masih terbelakang dibanding Provinsi lainnya.

## KESIMPULAN

Keyakinan Suku Muyu tentang *iptèm* me’wajib’kan perempuan harus diasingkan

pada saat melakukan persalinan. Pengasingan ini merupakan sebuah “kewajiban” yang harus dijalankan, yang ditandai dengan denda mencapai puluhan juta rupiah bila tidak dijalankan.

## SARAN

Implikasi kebijakannya, bila konteks budaya dan kearifan lokal pada Suku Muyu ini masih berlanjut tanpa intervensi, maka bisa dipastikan kematian ibu bersalin akan tetap tinggi. Untuk itu perlu disusun kebijakan kesehatan ibu yang baru oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Boven Digoel, yang berbasis pada konteks lokal. Keyakinan masyarakat Muyu tentang *iptèm* persalinan yang mewujudkan menjadi “asal persalinan tidak di dalam rumah” merupakan sebuah peluang yang harus bisa ditangkap. Harus dimanfaatkan untuk menggeser pola persalinan “asal tidak di rumah” ke persalinan di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan.

Sikap Suku Muyu yang relatif terbuka menyebabkan akses secara sosial bukan merupakan kendala, karena masyarakat tidak memperlakukan persalinan yang dilayani tenaga kesehatan. Maka langkah praktis dan strategis utama yang harus diambil adalah menjamin ketersediaan tenaga kesehatan sekaligus dengan fasilitas pelayanan kesehatan sampai pada level kampung (desa).

Penelitian model intervensi berbasis budaya dan keyakinan masyarakat setempat untuk menyediakan tempat sebagai pengganti ‘bevak’ sebagai rumah singgah sehat yang dilengkapi dengan tenaga dan sarana selama masa nifas selesai sehingga memungkinkan jajaran kesehatan memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas dan bayi neonatus secara lengkap dan komprehensif serta pemberian edukasi perilaku hidup bersih dan sehat.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan pada Kepala Badan Litbang Kesehatan yang telah memfasilitasi seluruh kegiatan ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Kepala Puskesmas Mindiptana serta Kepala Dinas Boven Digoel yang telah memfasilitasi proses penyelenggaraan di lapangan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. BPS., BKKBN., DepartemenKesehatan., Macro. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Calverton Maryland; 2013.
2. BPS, BKKBN., DepartemenKesehatan., MacroORC. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. 2008.
3. Kementerian Kesehatan. Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia [Internet]. Available from: [www.gizikia.depkes.go.id](http://www.gizikia.depkes.go.id)
4. Badan Litbangkes. Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta; 2013.
5. Badan Litbangkes. Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Tahun 2013. Jakarta; 2013.
6. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2014 Tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal [Internet]. 2014. Available from: <http://www.hukumonline.com/pusatdata/downloadfile/lt5461fb34e7ac6/parent/lt5461fac4d55f4>
7. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 131 Tahun 2015 Tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2015-2019 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.hukumonline.com/pusatdata/downloadfile/lt57a44ffca61b8/parent/lt57a44f87a4973>
8. Direktorat Jenderat Bina Upaya Kesehatan Dasar-Ditjen Bina Upaya Kesehatan. Kementerian Kesehatan. Buku Pedoman Pelayanan Puskesmas Terpencl dan Sangat Terpencl di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. Jakarta; 2015.
9. Blum. HL. Planning for Health, second edition. New York: Human Scence Press; 1974.
10. Laksono AD, Faizin K, Raunsay E, Soerachman R. Perempuan Muyu Dalam Pengasingan. Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2014, Etnik Muyu, Kabupaten Boven Digoel. 2004.
11. Spradley JP. Metode etnografi. Yogyakarta: Tiara Wacana. 1997.

12. Liamputtong., Pranee and Douglas Ezzy. *Qualitative Research Methods*. 2nd edition. UK: Oxford University Press; 2005.
13. Schoorl JW, Winaya G. *Kebudayaan dan perubahan Suku Muyu dalam arus modernisasi Irian Jaya*. Gramedia Widiasarana Indonesia (Grasindo): Perwakilan Koninklijk Instituut voor Taal-, Land-en Volkenkunde; 1997.
14. Hans Haferkamp; Neil J Smelser. *Review: Social Change and Modernity*. *Am Sociol Assoc* [Internet]. 1994;23(4):548–9. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2076389> %0A
15. Brennan J. *Higher education and social change*. *High Educ* [Internet]. 2008;56(3):381–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10734-008-9126-4>
16. Rumlus E. *Penggunaan Kekuatan-Kekuatan Gaib dalam Suku Muyu (Irja)* [Internet]. Yogyakarta.: Pusat Pastoral; 1980. Available from: [https://books.google.co.id/books/about/Penggunaan\\_kekuatan\\_kekuatan\\_gaib\\_dalam.html?id=ATSuHAAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Penggunaan_kekuatan_kekuatan_gaib_dalam.html?id=ATSuHAAACAAJ&redir_esc=y)
17. Kurniawan A, Ayomi I. *Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2012: Etnik Ngalum, Distrik Oksibil, Kabupaten Pegunungan Bintang, Provinsi Papua*. 2015.
18. Djoht DR. *TOWE: Masyarakat Yang Hampir Puhah*. *J Antropol PAPUA*. 2003;2(4):13–26.
19. Astuti NH. *Perempuan Percaya Diri, Perempuan Berani Bicara: Pembelajaran dari Sekolah Lapang, di Kampung Nyungung, Kabupaten Bogor*” dalam *Penyadaran Gender, Kesehatan dan Longkungan: Studi Kasus di Kampung Nyungung dan Kampung Babakan Ciomas, Kawasan Halimun*. Jakarta; 2009.
20. Janz NK, Becker MH. *The Health Belief Model: A Decade Later*. *Health Educ Q*. 1984;11(1):1–47.
21. Glanz K, Bishop DB. *The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions*. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2010;31:399–418. Available from: <http://annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
22. Carpenter CJ. “A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior”. *Health Commun*. 2010;25(8):661–669.
23. Rosenstock IM. *The health belief model and preventive health behavior*. *Health Educ Monogr* [Internet]. 1974;2(4):354–86. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019817400200405?journalCode=heba>
24. Rosenstock IM. *The Health Belief Model and preventive health behavior*. *Health Educ Monogr*. 1974;2:354–86.
25. Wang F. *Measurement, optimization, and impact of health care accessibility: a methodological review*. *Ann Assoc Am Geogr*. 2012;102(5):1104–12.
26. McGrail MR. *Spatial accessibility of primary health care utilising the two step floating catchment area method: an assessment of recent improvements*. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2012;11(1):50. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-11-50>
27. Guagliardo MF. *Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges*. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2004;3(1):3. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-3-3>
28. Munoz UH, Källestål C. *Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda*. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2012;11(1):40. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-11-40>
29. Oppong JR, Hodgson MJ. *Spatial accessibility to health care facilities in Suhum District, Ghana*. *Prof Geogr* [Internet]. 1994;46(2):199–209. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0033-0124.1994.00199.x/abstract>
30. Collins C, Green A, Hunter D. *Health sector reform and the interpretation of policy context*. *Health Policy (New York)* [Internet]. 1999;47(1):69–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/arti>

- cle/pii/S0168851099000032
31. Dobrow MJ, Goel V, Upshur REG. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004;58(1):207–17. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603001667>
  32. Braun, A., Ball, S. J., Maguire, M., & Hoskins K. Taking context seriously: towards explaining policy enactments in the secondary school. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*. Available from: <http://doi.org/10.1080/01596306.2011.601555>
  33. O'Brien MJ, Whitaker RC. The role of community-based participatory research to inform local health policy: a case study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011;26(12):1498–501. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-011-1878-3>