

# SINERGI BIDAN DAN PARAJI: MENCARI SISI KEMAJEMUKAN DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

## (Synergy of Midwives and Paraji: Finding the Plurality Side in the Maternal and Child Health Care System)

Aan Kurniawan, Lestari Handayani, Suharmiati

Naskah masuk: 5 Mei 2015, Review 1: 8 Mei 2015, Review 2: 8 Mei 2015, Naskah layak terbit: 28 Juli 2015

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pemerintah mengeluarkan program Jaminan Persalinan (Jampersal) untuk menekan Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB). Pilihan pertolongan persalinan adalah bidan atau paraji (dukun bersalin) di Kecamatan Cirinten, Kabupaten Lebak, Banten. Tulisan ini mengulas sisi kemajemukan dalam sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. **Metode:** Penelitian deskriptif, pada tahun 2012 dilakukan di desa Cirinten. Dilakukan wawancara mendalam kepada bidan dan paraji serta observasi terhadap kegiatan pelayanan persalinan oleh keduanya. **Hasil:** Cakupan persalinan di puskesmas Cirinten oleh tenaga kesehatan hanya 50,4% pada tahun 2011. Konsep 'tradisional', 'lokal', dan 'modern' digunakan untuk menggambarkan perbedaan antar sistem KIA majemuk di dalam suatu komunitas. Pola pencarian pengobatan terkait tiga faktor yaitu penyembuh, psikologis, dan sosiologis. Masyarakat Cirinten memiliki pengalaman historis yang berkesinambungan dalam sebuah sistem kepercayaan yang mempengaruhi pemilihan persalinan ke paraji. Kontak kebudayaan dengan sistem medis mempengaruhi pandangan mengenai sistem kesehatan tradisional dalam suatu masyarakat. **Kesimpulan:** Paraji sebagai penolong kehamilan dan kelahiran dalam komunitas masyarakat yang sulit dijangkau dapat berubah peran menjadi mediator antara sistem KIA tradisional dan modern. **Saran:** Memanfaatkan paraji sebagai kepanjangan tangan sistem pelayanan KIA di masyarakat yang masih mempercayai pelayanan tradisional dengan membangun komunikasi di antara mereka.

**Kata kunci:** Jaminan Persalinan, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Paraji

### ABSTRACT

**Background:** The government issued a Delivery social insurance program (Jampersal) to reduce the Maternal and Infant Mortality Rate (MMR and IMR). Choice of aid delivery is a midwife or paraji (TBAs) in District Cirinten, Lebak, Banten. This paper reviews the diversity in the system of Maternal and Child Health Service. **Methods:** descriptive study, conducted in 2012 in the village Cirinten. Conducted in-depth interviews to the midwife and paraji as well as observations of the activities of service delivery by both. **Results:** Coverage deliveries by health workers in Cirinten health centers was 50.4% in 2011. The concept of 'traditional', 'local' and 'modern' is used to describe the differences between plural MCH system in a community. Three factors related to health seeking behavior that is healing factors, psychological, and sociological. Cirinten community has a continuous historical experience in a belief system that affects the choice of TBAs (paraji). Cultural contact with the medical system affect the view of society through the traditional health care system. **Conclusion:** Paraji asTBAs in the remote area has a role to be a mediator between the traditional and modern MCH systems. **Recommendation:** Utilizing paraji to advocate the health care/MCH system to public who still believe in traditional health system through establish communications between them.

**Key words:** Delivery Social Insurance Program, Maternal Mortality Rate, Infant Mortality Rate, Paraji

## PENDAHULUAN

Tulisan ini berupaya mengulas sisi kemajemukan dalam sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia. Kemajemukan akan dilihat dari sebuah pola pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dua aktor paling penting dalam bidangnya yaitu bidan dan *paraji* (dukun). Sinergi di antara keduanya inilah yang memberi warna kemajemukan dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, termasuk salah satunya upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB) yang masih tinggi sampai hari ini.

Upaya menurunkan AKI dan AKB dari angka yang begitu tinggi bukanlah sebuah hal yang mudah dan tidak dapat dilakukan Kementerian Kesehatan sendiri. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia sebesar 288 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatus (AKN) adalah sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Indonesia berkomitmen sesuai dengan deklarasi *Millenium Development Goals* (MDGs), untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 1/3 dari keadaan tahun 2000, yaitu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Berbagai program untuk menekan Angka Kematian Ibu dan Anak telah diberlakukan di Indonesia. Program *Safe Motherhood Initiative* (SMI) sejak tahun 1991; Bidan di Desa (BDD) sejak tahun 1998, Gerakan Sayang Ibu (GSI) sejak tahun 1996, Kerangka Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu sejak tahun 1997, Juknis 60-60-60 (60% pertolongan persalinan oleh bidan; 60% cakupan pelayanan KIA; dan menyelamatkan 60% ibu risti); dan sejak tahun 2005 Bidan Delima (Ambaretnani, 2012: 13). Inovasi terbaru yang dilakukan Kementerian Kesehatan adalah pengucuran dana dalam bentuk program Jampersal (Jaminan Persalinan) yaitu program jaminan berupa pelayanan gratis di fasilitas kesehatan bagi semua ibu hamil dan melahirkan. Kebijakan inilah yang diharapkan mampu menekan AKI dan AKB di Indonesia.

Upaya menekan AKI dan AKB di Indonesia perlu dukungan pada tingkat puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat. Peran dari setiap petugas yang terlibat dalam pelayanan KIA sangat penting karena

sebagai ujung tombaknya. Peran seorang bidan menjadi kunci dari keberhasilan pelaksanaan program-program tersebut. Pekerjaan seorang bidan sebagai agen pelayan kesehatan modern tidak selalu mudah. seorang bidan belum tentu mendapat kepercayaan masyarakat untuk memberikan pelayanan. Berbagai alasan muncul termasuk kuatnya kepercayaan mereka terhadap adat yang tidak jarang berseberangan dengan ide-ide pengobatan modern. Hal inilah yang seringkali muncul dan saling berkontestasi satu sama lain, antara sesuatu yang modern vs tradisional.

Kesehatan seringkali tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah kondisi fisik yang sehat menurut definisi pengobatan modern (baca: kedokteran). Upaya pencarian kesehatan, termasuk Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seringkali sangat terpengaruh dengan kepercayaan, tradisi, norma-norma adat, dan kebiasaan yang berlaku dalam masyarakat tersebut. Merujuk pada konsep sehat yang diajukan oleh Durkheim, dkk., dapat dipahami bahwa seseorang yang tidak mempunyai kemampuan untuk berpartisipasi dalam segala kegiatan yang ada dalam masyarakat, dapat dikategorikan tidak sehat alias sakit. Menurut Calhoun (1994 dalam Notosoedirjo, 2002: 4), sakit dikategorikan menjadi 3, yaitu *disease* berdimensi biologis, *illness* berdimensi psikologis, dan *sickness* berdimensi sosiologis. Lebih lanjut, Colhoun (*ibid*) menjelaskan bahwa *disease* dapat diketahui melalui diagnosis, *illness* merupakan konsep psikologis yang menunjuk pada perasaan, persepsi, dan pengalaman subyektif seseorang tentang keadaan tubuh, sedangkan *sickness* merupakan penerimaan sosial terhadap seseorang sebagai orang yang sedang mengalami kesakitan. Berdasarkan tiga dimensi sakit yang disebutkan oleh Colhoun, dapat ditarik sebuah pemahaman bahwa ada tiga faktor yang dapat menentukan apakah seseorang sedang mengalami kesakitan atau tidak. Tiga faktor tersebut adalah healer (penyembuh), psikologis, dan sosiologis.

Ketiga hal tersebut dalam kehidupan sosial masyarakat Cirinten berikut dengan upaya pencarian kesehatan yang mereka lakukan saling terkait satu sama lain. *Healer* (penyembuh) dalam hal ini dapat diartikan sebagai pihak pelayan kesehatan baik yang bersifat primer (dokter, perawat, bidan, dsb) juga yang bersifat alternatif atau tradisional. Sedangkan faktor psikologis dan sosiologis adalah kedua faktor yang mempengaruhi pilihan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang digunakan.

## METODE

Penelitian ini merupakan bagian dari hasil penelitian mengenai Peran Sosial Budaya dalam Pemanfaatan Jampersal di Kecamatan Cirinten, Kab. Lebak, Banten yang dilaksanakan pada tahun 2012. Penelitian tersebut merupakan Penelitian DIPA Badan Litbangkes 2012 yang dilaksanakan di 6 Propinsi di Indonesia. Penilaian ini dilakukan dengan mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dengan paraji dan bidan serta *Focus Group Discussion* (FGD) dengan suami dilengkapi data sekunder puskesmas dan kabupaten.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Selayang Pandang Kecamatan Cirinten

Kecamatan Cirinten merupakan sebuah kecamatan baru yang dimekarkan dari kecamatan Bojongmanik sejak tahun 2007. Kecamatan Cirinten juga terkenal sebagai pintu belakang menuju komunitas Baduy, terletak di bagian tengah wilayah kabupaten Lebak. Berjarak kurang lebih 45 km dari Kota Rangkasbitung, perjalanan menuju Cirinten dapat ditempuh kurang lebih 1,5–2,5 jam dengan menggunakan kendaraan darat. Jalan-jalan sudah beraspal dengan kondisi yang cukup terawat. Selain dengan mobil, perjalanan menuju Cirinten juga dapat ditempuh dengan menggunakan angkutan umum.

Jumlah keseluruhan penduduk menurut data tahun 2010 sebanyak 26.642 jiwa dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 7.726 KK. Besaran jumlah penduduk di tiap desa sangat berbeda terkait dengan hubungan keluarga dan letak pemukiman yang layak untuk ditempati karena geografis kecamatan Cirinten terdapat di dataran tinggi. Secara kultural, wilayah cirinten merupakan bagian dari wilayah kultural Sunda, yaitu wilayah yang membentang mulai dari Bogor dan Sukabumi sampai dengan Kuningan dan Banjar. Bahasa utama yang digunakan di Cirinten adalah Bahasa Sunda.

Pertanian adalah salah satu sumber mata pencaharian yang paling menonjol di Kecamatan Cirinten. Menurut data Kecamatan Cirinten, kurang lebih 20% penduduk Cirinten adalah petani. Jenis-jenis komoditas tanaman yang dibudidayakan di wilayah ini adalah buah-buahan, ketela rambat, sayur-sayuran, padi, dan yang paling banyak dikembangkan saat ini adalah cengkeh. Kecamatan

Cirinten adalah salah satu daerah pemasok cengkeh terbesar di Indonesia (<http://beritadaerah.com/berita/jawa/66379>). Pentingnya komoditas ini dalam masyarakat dapat kita lihat secara jelas ketika kita berada di Kecamatan Cirinten.

Kesehatan Ibu dan Anak di Cirinten menunjukkan gambaran yang tidak terlalu bagus, bahkan wilayah ini bisa digolongkan sebagai daerah dengan cakupan persalinan oleh nakes terendah di kabupaten Lebak. Berdasarkan hasil kajian data, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2011 sejumlah 50,4% merupakan jumlah yang kecil sekali terutama bila dibandingkan dengan angka nasional yang sebesar 86%. Jumlah angka kematian bayi dan balita di Kecamatan Cirinten untuk tahun 2010 sebanyak 30 orang. Berdasar kelompok umur, terdapat 19 orang (63,3%) usia 0-28 hari, sebanyak 9 (30%) orang usia 1-11 bulan dan sebanyak 2 (6,6%) orang balita. (Profil Puskesmas Cirinten, 2011)

### Paraji Selalu Menarik Hati

*Paraji* adalah istilah dalam bahasa Sunda untuk penolong persalinan lokal yang umumnya seorang perempuan yang berusia lanjut, menggunakan bahasa yang sama dengan komunitasnya, kebanyakan buta huruf (Latin, tapi dapat membaca huruf Arab), kurang dapat berbahasa Indonesia, dan melakukan perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan bukan sebagai pekerjaan utama (Ambaretnani, 2012:283). Suparlan (1991), mengatakan bahwa dukun mempunyai ciri-ciri, yaitu: 1) pada umumnya terdiri dari orang biasa, 2) pendidikan umumnya buta huruf, 3) menjadi dukun umumnya bukan untuk mencari uang tetapi untuk menolong sesama, 4) mereka mempunyai pekerjaan lainnya, dukun hanyalah pekerjaan sampingan, 5) ongkos yang harus dibayar tidak ditentukan, sehingga besar kecil uang yang diterima tidak sama setiap waktunya, 6) umumnya dihormati dalam masyarakat atau merupakan tokoh yang berpengaruh.

Masyarakat Cirinten masih percaya pada pertolongan dukun, dalam masalah Kesehatan Ibu dan Anak, yang dalam bahasa setempat dikenal dengan sebutan *Paraji*. Kepercayaan ini dilandasi oleh tradisi yang kuat yang telah diwariskan secara turun temurun. Secara tradisi masyarakat telah memanfaatkan *Paraji* sejak lama. Menurut data dari Puskesmas Cirinten, saat ini terdapat 61 orang *Paraji* yang tersebar di 10 desa di Kecamatan Cirinten. Satu



**Tabel 1.** Jenis Pelayanan Dukun yang Diterima Masyarakat

No	Jenis Pelayanan	Ya	Tidak
1	Pijat Ibu	97,0%	3,0%
2	Jamu	49,3%	50,7%
3	Upacara adat tertentu (jampe-jampe)	58,2%	41,2%
4	Perawatan Bayi	91,0%	9,0%
5	Pijat Bayi	22,4%	77,6%

Sumber: Data Survei Kecamatan Cirinten

atau akan melahirkan. Alasan tersebut memang wajar terutama apabila dalam kondisi genting, karena pertolongan tercepat dan terdekat yang akan dipilih. Salah satu contoh dari hal ini dapat dilihat dari peta di bawah ini (Gambar 2).

Berdasar gambar tersebut terlihat sebaran jumlah paraji (segitiga merah) berbanding dengan fasilitas pelayanan kesehatan secara medis yang tidak seimbang. Jumlah paraji lebih banyak daripada bidan, sehingga apabila ada seorang ibu yang sedang dalam masa mendekati masa persalinannya dan tinggal di daerah Cibarani, maka ibu tersebut akan lebih baik meminta pertolongan *paraji* karena lokasinya yang lebih dekat daripada jika dia harus berjalan ke poskesdes.

Anggota keluarga terdekat—suami dan orang tua—dalam hal pengambilan keputusan mencari pertolongan KIA juga sangat penting. Beberapa warga mengatakan bahwa suami cukup perhatian jika istrinya

hamil, meskipun ada juga yang biasa-biasa saja. Bentuk perhatian suami mereka diantaranya adalah mengantar ke bidan atau puskesmas, mengantar ke *paraji* dan membantu pekerjaan sehari-hari. Keluarga yang lain juga memberi perhatian seperti orang tua bahkan para keluarga dekat turut menjaga agar jangan sampai terjadi keguguran kandungan. Berikut ini penjelasan beberapa orang suami dari hasil FGD dalam penelitian ini tentang pencarian pertolongan KIA yang masih dilakukan selama istrinya hamil.

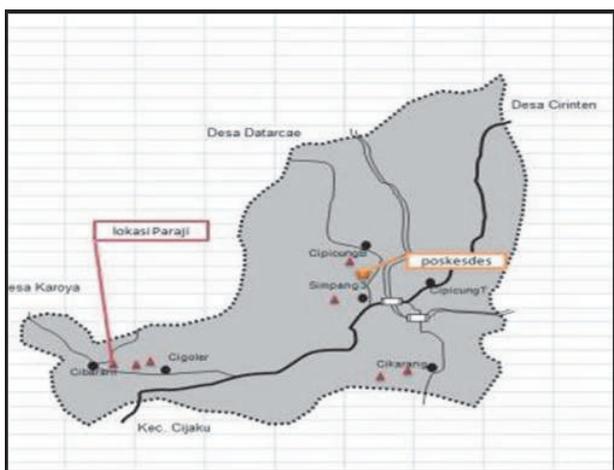
*“sebagian besar keputusan ada di orang tuanya dari istri, kadang dari suami tidak bisa mengambil keputusan, diserahkan ke orang tua dari istri”*

*“kalau pengalamannya saya sama, kadang masih bertanya sama orang tua, jadi yang mengambil keputusan orang tuannya”*

Selain dari suami dan orang tua, kadang *Paraji* (dukun) dan tokoh masyarakat juga mempengaruhi pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan persalinan. Seperti dikatakan oleh salah seorang petugas kesehatan berikut:

*“pengaruh dari parajinnya juga, dari toma, yang di anggap tertua untuk konsultasi persalinan, ...”*

Memang dalam kehidupan sehari-hari di Cirinten, ikatan kekerabatan antar anggota masyarakat masih sangat kuat. Pola-pola budaya kolektif masyarakat pedesaan masih terlihat sangat kental di sini. Dalam pola seperti ini, tokoh sentral atau orang yang dituakan biasanya dapat mempengaruhi keputusan-keputusan yang dibuat oleh anggota masyarakat, dalam hal ini keputusan mencari pertolongan persalinan. Seorang *Paraji* ataupun tokoh masyarakat yang ada dalam lingkup warga setempat biasanya adalah orang-orang yang mempunyai modal sosial baik dari status ekonomi yang tinggi, usia, ataupun kemampuan-



**Gambar 2.** Peta Lokasi Poskesdes dan *Paraji*

Sumber: Data Primer

kemampuan khusus. Pengaruh dari *Paraji*, tokoh masyarakat atau orang yang (di) tua (kan) sering dapat mempengaruhi keputusan masyarakat untuk memilih pertolongan persalinan baik pertolongan secara medis atau non medis.

Ditemui hal menarik di sini yaitu adanya faktor kebanggaan jika dapat memanfaatkan cara-cara tradisional. Ada sebuah anggapan dalam masyarakat bahwa ketika pertolongan KIA diberikan oleh seorang yang mengetahui adat dengan baik maka itu merupakan sebuah kebanggaan tersendiri. Seorang petugas kesehatan mengungkapkan:

*“kalau menurut saya, kalo misalnya ada bersalin di bidan itu susah, jadi kalau bersalin tidak tahu siapa-siapa. Cuma dengan paraji aja itu seperti bangga itu ibu yang melahirkan, merasa hebat tidak ketahuan dengan siapa-siapa”.*

Satu hal lain yang juga muncul dan menjadi pertimbangan masyarakat untuk menentukan siapa pihak yang pantas yang bisa memberikan pertolongan KIA untuk mereka adalah pemahaman mengenai praktek kesehatan modern. Hal ini menarik untuk dilihat yaitu ada ketakutan yang muncul dari masyarakat Cirinten terhadap praktek kesehatan modern. Mereka tampaknya tidak tahu apa saja yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam praktiknya. Hal ini bisa dilihat dari pernyataan seorang warga berikut:

*“selain itu pemikiran masyarakat masih polos-polos, katanya takut di jahit, kalau di paraji itu tidak”*

### Bidan di Mata Masyarakat

Bidan adalah ujung tombak pertolongan KIA di Cirinten. Peran bidan sangatlah penting dalam keselamatan ibu dan anak karena mereka mengetahui bagaimana cara-cara yang tepat untuk menyampaikan

pertolongan KIA secara medis kepada masyarakat. Puskesmas Cirinten memiliki tenaga bidan sebanyak 10 orang, 2 orang bidan diantaranya ditempatkan di puskesmas, 2 orang bidan ditempatkan di pustu, dan 6 lainnya ditempatkan di desa-desa yang tersebar di seluruh Kecamatan Cirinten. Status kepegawaian tergambar sebagai berikut, 4 orang bidan di Cirinten telah menyandang status sebagai PNS, sedangkan 6 orang bidan lainnya adalah bidan PTT dan praktek. Keenam bidan yang ditempatkan di desa tinggal dalam rumah yang menyatu dengan pemukiman penduduk. Mereka berbaur dan berinteraksi dengan warga setempat dalam kesehariannya. Mereka menyatu dengan masyarakat, berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari masyarakat dan kelompok-kelompok sosial masyarakat. Hal ini adalah modal yang penting karena telah membangun kepercayaan masyarakat terhadap pelaku penolong persalinan.

Sampai saat ini hanya 6 desa dari 10 desa di Kecamatan Cirinten yang sudah memiliki bidan, sedangkan 4 desa lainnya tidak. Warga di 4 desa yang tidak memiliki bidan harus rela menempuh perjalanan yang jauh untuk mendapatkan pertolongan dari bidan, baik dari bidan di desa terdekat atau bidan dari Pustu atau Puskesmas. Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, kondisi geografis Cirinten tidaklah mudah untuk ditempuh oleh warga.

Secara garis besar, pandangan masyarakat terhadap bidan (apabila dibandingkan dengan dukun) dapat dilihat pada Tabel 2 di bawah ini:

Kebanyakan bidan di Cirinten masih berusia sangat muda, sekitar 20 tahunan. Selain itu, beberapa dari mereka juga masih berstatus lajang atau belum menikah. Ini merupakan sebuah tantangan tersendiri untuk bidan. Pertanyaan yang sering muncul di masyarakat adalah pengalaman dalam menolong ibu yang bersalin. Kalau mereka sendiri belum pernah melahirkan, bagaimana mereka bisa menolong

**Tabel 2.** Persepsi masyarakat terhadap bidan dan dukun

Bidan	Paraji
Muda/ kurang berpengalaman	Tua/ lebih berpengalaman
Pelayanan medis	Service menyeluruh
Pelayanan sesuai jam kerja, menerima panggilan	Pelayanan 24 Jam, menerima panggilan
Mahal	Tidak terlalu mahal
Lokasi jauh rumah penduduk	Lokasi dekat dengan rumah penduduk
Ada jaminan keselamatan	Tidak ada jaminan keselamatan

Sumber: Data Primer

orang melahirkan? Itulah tantangan berat yang harus dihadapi bidan-bidan belia ini dalam mengupayakan pertolongan kepada masyarakat. Di sisi lain mereka juga harus berkompetisi dengan dukun-dukun yang ada di wilayah kerja mereka, yang notabene berusia lebih tua dan berpengalaman lebih banyak daripada mereka. Pandangan tersebut muncul berdasarkan pada pengalaman sehari-hari masyarakat. Tidak semua masyarakat menganggap bahwa muda pasti tidak berpengalaman. Seperti yang dikatakan oleh salah seorang suami berikut:

*“tidak ada (kekhawatiran), Cuma percaya saja yang penting istri dan anak selamat, tidak berfikir yang aneh-aneh”*

### **Kemitraan Antara Dukun dan Bidan**

Kemitraan antara paraji dan bidan telah terjalin sejak lama. Menurut data Puskesmas Cirinten, seluruh paraji yang berjumlah 61 tersebut, telah mendapat pelatihan dan mereka telah dilengkapi dengan *dukun kit*. Dukun Kit adalah kotak perlengkapan seorang dukun berisi: gunting, perban, benang, alkohol/iodin, kapas, sikat dan *hand sanitizer*. Peralatan tersebut sebenarnya adalah bagian dari program bantuan UNICEF yang disampaikan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 1990. Pelatihan tersebut dimaksudkan untuk memberi pengetahuan kepada dukun mengenai pertolongan persalinan yang aman. Program puskesmas mengarahkan bidan untuk membina *paraji-paraji* tersebut.

Selain mendapatkan pelatihan secara khusus mengenai KIA, para *paraji* di Cirinten juga secara khusus dilakukan pendekatan oleh Puskesmas agar bekerja sama dengan bidan dalam melaksanakan program KIA secara lebih responsif kepada masyarakat. Rasio jumlah *paraji* dibandingkan dengan bidan di Cirinten adalah 6:1, ditambah dengan kondisi geografis yang sulit, sehingga memanfaatkan paraji untuk dapat meningkatkan cakupan pelayanan KIA adalah pilihan yang tepat. *Paraji* mempunyai posisi yang strategis dalam kehidupan masyarakat. Mereka bertahun-tahun telah mendapatkan kepercayaan masyarakat sebelum bidan-bidan datang di Cirinten, sehingga kepercayaan penduduk terhadap mereka pun sangat tinggi.

Tidak semua *paraji* mudah didekati oleh bidan. Pertama karena jumlahnya yang terlalu banyak, dan kedua karena tidak semua dukun mau untuk bekerja

sama dengan bidan. Alasan kedua ini ditengarai lebih karena motif ekonomi. Terdapat sebuah anggapan bahwa apabila dukun bekerja sama dengan bidan, maka pendapatan mereka lebih sedikit daripada apabila mereka menolong sendiri. Bentuk kerja sama antara dukun dengan bidan ini sampai saat ini masih bersifat kekeluargaan saja. Belum ada sebuah kesepakatan bersama yang diberlakukan untuk mendukung kerja sama antara *paraji* dengan bidan. Bidan bekerja sama dengan *Paraji* umumnya setelah melakukan pendekatan secara personal. Mereka membuat pendekatan secara intens dan berusaha membuat hubungan baik dengan para *paraji* dan berlanjut terjalin kerja sama antara bidan dan dukun. Kerja sama yang dilakukan oleh bidan dan dukun di sini bersifat kekeluargaan, hal ini tidak serta merta berarti tidak ada hubungan transaksional di antara keduanya. Pada setiap pertolongan yang dijembatani oleh dukun, bidan memberikan semacam balas jasa kepada dukun. Balas jasa ini diberikan dalam bentuk imbalan berupa uang. Menurut bidan, uang yang diberikan kepada dukun untuk setiap bantuan yang mereka berikan tidak memiliki standar jumlah, dalam arti sukarela. Berapa pun yang diberikan oleh bidan, dukun akan menerimanya. Rata-rata nilai uang yang diberikan oleh bidan kepada dukun kurang lebih Rp. 50.000,-.

Pertolongan KIA—terutama pada saat persalinan—yang diselenggarakan secara bersama antara dukun dengan bidan terdapat pembagian peran yang jelas. Bidan berperan dalam memberikan pertolongan secara medis kepada Ibu, sedangkan dukun berperan dalam fungsi pengawasan, penjagaan, dan perawatan ibu pasca persalinan. Fungsi pengawasan dukun adalah berperan dalam mengawasi ibu semenjak masa kehamilan sampai saat-saat menjelang persalinan. Dukun akan menghubungi bidan ketika ada seorang ibu di lingkungannya hendak melahirkan. *Paraji* biasanya hadir lebih dulu daripada bidan di lokasi ibu melahirkan.

Selain mengawasi dan menghubungi bidan, mereka juga akan menjaga ibu dalam masa persalinan tersebut. Seperti yang dikatakan oleh suami ibu yang melahirkan berikut:

*“... kalau untuk paraji hanya membantu bidan, sementara saja, tapi yang pasti memanggil bidan, parajinya yang nyuruh memanggil bidan, karena sekarang paraji dan bidan kerja sama, untuk masalah obatnya juga bidan yang mengerti...”*

Setelah bidan selesai melakukan pertolongan persalinan, biasanya *paraji* tetap tinggal untuk merawat ibu dan bayi baru lahir. Seperti yang dikatakan oleh seorang bidan berikut:

*“...ikut membersihkan bayi, membersihkan ibunya, setelah melahirkan, biasanya ikut bantu masak, bikin jamu, biasanya ikut mendampingi saja”*

Pada fase ini, *paraji* juga menjalankan fungsinya sebagai aktor yang menjalankan adat dan tradisi yang masih dipercaya oleh masyarakat setempat dalam bidang KIA. Pelaksanaan prosesi adat seperti yang telah dijelaskan di atas dijalankan oleh ibu dengan bantuan seorang *paraji*. Jika dilihat memang pola kerja sama antara dukun dan bidan dalam hal ini—lepas dari hubungan transaksional—merupakan sebuah sinergi antara praktek pertolongan modern (baca: medis) dengan praktek pertolongan tradisional dengan memanfaatkan adat dan tradisi yang telah dikenal oleh masyarakat. Pembagian peran dan fungsi di antara keduanya dapat dilihat secara jelas.

Bentuk kerja sama seperti yang telah dijelaskan tersebut tidak selalu berjalan mulus. Secara ideal memang praktek pertolongan bersama ini dijalankan seperti yang telah dijelaskan di atas, akan tetapi kadang kala terjadi miskomunikasi dan miskoordinasi diantara keduanya, seperti yang diceritakan oleh bidan berikut ini:

*“biasanya kepercayaan, ada yang suruh ngasih minyak ke ibunya. kita kasih tahu sudah gak usah pakai minyak sayur. kadang ada uga yang pakai menyan dibakar, asapnya, itu sebelum bersalin”*  
*“biasanya walaupun yang bermitra, kadang ada yang sembunyi-sembunyi, susah dibilangin”*

### **Kemajemukan Sistem Pelayanan KIA: Moderen vs Tradisional**

Indonesia telah mengalami proses akulturasi tiada henti. Dalam hal kesehatan, masyarakatnya 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 ‘pengetahuan-praktik-kepercayaan’ lokal, terkait dengan sistem asli masyarakatnya sendiri. Sistem medis secara mendasar memang rumit dan di dalamnya mencakup pendekatan lokal tradisional dari kehidupan sosial budaya negara-negara berkembang jauh sebelum diperkenalkannya sistem medis modern.

Konsep ‘tradisional’, ‘lokal’, dan ‘modern’ digunakan untuk menggambarkan perbedaan antar sistem KIA majemuk di dalam suatu komunitas. Masyarakat Cirinten berbagi pengalaman historis yang berkesinambungan dalam sebuah sistem kepercayaan yang berkembang dalam wilayahnya, dan mereka menganggap diri mereka berbeda dari masyarakat lain. Hal itu berkembang berbagai sektor yang meskipun tidak dominan dari masyarakat namun tetap bertahan, berkembang dan berlanjut sampai ke generasi berikutnya wilayah leluhurnya dan menjadi landasan haknya sebagai masyarakat lokal, sesuai dengan pola-pola budaya, pranata sosial, dan sistem legal mereka sendiri.

Pengetahuan ‘tradisional’ dalam hal ini, 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, dan sistem bio-medis modern Barat diperkenalkan oleh pemerintah nasional kepada komunitas lokal.

Layanan KIA tradisional terwujud dalam layanan oleh *paraji*, 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 antar anggota masyarakat dalam interaksi sosial sehari-hari. Kebudayaan tradisional

dipahami sebagai fenomena berkelanjutan dengan seperangkat gagasan, organisasi, dan kumpulan yang berbeda.

Seorang *paraji* secara umum menempati kedudukan yang dihormati dalam komunitasnya karena keahlian mereka dalam menggunakan pengobatan tradisional. Kedudukan dan peran mereka 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 *paraji* adalah perantara dunia manusia dan dunia halus, melalui kemampuan mereka dalam menyembuhkan anggota komunitas yang sakit. Peran *paraji* juga dilihat sebagai perantara antara komunitas dan sistem kepercayaan tradisional sekaligus dengan sistem KIA modern.

*Paraji* berperan lebih sedikit dalam menolong persalinan, karena bila dibandingkan dengan *bidan* desa, mereka tidak memiliki pendidikan formal. Bidan yang dianggap ahli diperkenankan membantu perempuan dalam persalinan karena kemungkinan dapat terjadi risiko. Keluarga harus mempelajari bagaimana membuat keputusan yang relevan dengan kesehatannya sendiri.

Penelitian ini menunjukkan bahwa proses kelahiran dan rencana penanganannya, 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 sampai dengan siapa yang akan menangani pekerjaan rumah tangganya 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. Pengambilan keputusan pilihan penggunaan layanan KIA bergantung kepada penafsiran perempuan dan keluarganya dalam pengalaman gejala-gejala fisik kehamilannya. Salah satu bentuk perhatian itu adalah upaya pencarian keterangan dari orang-orang terdekat. Berdasar berbagai 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 kompleks. 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. Penggunaan istilah –tradisional; –modern; atau –asli dan –barat dalam memahami keragaman layanan kesehatan tidak dapat dihindari.

Selama hamil, melahirkan dan pasca-melahirkan, fokus perhatian diberikan kepada perempuan. Beberapa kemampuan dalam kehidupannya akan mempengaruhi kebutuhan untuk mendapatkan perawatan seperti, pendapatan, status sosial, jaringan sosial, kemandirian dan pertanggungjawaban. Hal ini menjelaskan betapa rumitnya 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*, keterlambatan dalam mengidentifikasi tanda-tanda bahaya suatu kehamilan yang berisiko karena terkait dengan tidak berdayaan perempuan untuk memutuskan sendiri atau bersama anggota keluarga. Komunikasi 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. *Keterlambatan kedua*, banyak berkaitan dengan isu pendanaan dan kondisi geografis. Keputusan mencari perawatan pada fasilitas kesehatan yang memadai (merujuk), membutuhkan uang untuk kendaraan/transportasi. Mereka terkadang harus membawa ibu hamil dirujuk dengan “ditandu” karena area yang berbukit dan pegunungan. Semakin banyak orang maka semakin banyak dukungan dana dibutuhkan. *Keterlambatan ketiga*, dapat terjadi di fasilitas kesehatan. 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.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Implementasi sistem KIA modern, yang di dukung oleh Kementerian Kesehatan sesungguhnya menghadapi suatu proses perubahan sosio-budaya dari sistem tradisional. Kontak kebudayaan dengan sistem medis yang berkuasa mempengaruhi pandangan mengenai sistem kesehatan tradisional dalam suatu masyarakat. *Paraji* sebagai satu-satunya sistem yang bertanggung jawab menolong kehamilan dan kelahiran dalam komunitas masyarakat yang sulit dijangkau, 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 berisiko tinggi, higienis, pelayanan pengobatan, teknik dan sarannya.

Sistem informasi yang terintegrasi dapat menghasilkan rekaman yang terkonsolidasi, dan 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.

### Saran

Memanfaatkan *paraji* sebagai kepanjangan tangan sistem pelayanan KIA di masyarakat yang masih mempercayainya dengan membangun komunikasi di antara mereka.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adimihardja, K. 2005. *Paraji*, Tinjauan Antropologi kesehatan Reproduksi. Dalam: Sarwono P, (ed). Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Ambaretnani, Prihartini. 2012. *Paraji and Bidan in Rancaekek: Integrated Medicine and Advanced Partnerships Among Traditional Birth Attendants and Community Midwives in he Sunda Region of West Java, Indonesia*. Disertasi. Ducth: Universitas Leiden.
- Berita Daerah (sabtu, 16 Juni 2012) menuliskan bahwa saat ini terdapat 6.201 hektar lahan cengkeh di Kab. Lebak. Dari lahan seluas itu, Kab. Lebak mampu menyumbang sebesar 582 ton cengkeh pada setiap musim panennya. Tersedia pada: <http://beritadaerah.com/berita/jawa/66379>. [Diakses pada t12 November 2012].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Lebak*. Lebak.
- Handayani, L. Dkk. 2012. *Peran Sosial Budaya dalam Upaya Meningkatkan Pemanfaatan Program Jaminan Persalinan Jampersal*. Laporan Penelitian. Surabaya: Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Notosoedirjo M & Latipun. 2002. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Puskesmas Cirinten. 2012. *Profil Kesehatan Puskesmas Cirinten*.
- Suparlan, P. 1991. *The Javanese Dukun*. Jakarta: Peka Publication.