

Praktik obstetri tradisional dan keterlambatan rujukan pada suku Akit, Riau

Hamidah Hamidah^{1*}, Evi Martha¹, Indra Supradewi², Besral Besral¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

²Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Pusat

Email: hamidah12@ui.ac.id*; evie.martha@ui.ac.id ; i.supradewi@yahoo.com ; besral@ui.ac.id

Abstrak

Kematian maternal dan neonatal masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat di komunitas adat, meskipun cakupan persalinan di fasilitas kesehatan terus meningkat. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menganalisis bagaimana praktik obstetri tradisional dan pengambilan keputusan rujukan beroperasi sebagai mekanisme sosial yang meningkatkan risiko maternal dan neonatal pada masyarakat adat Suku Akit di Riau. **Metode:** Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain etnografi. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi etnografis terbatas, serta telaah dokumen terhadap 29 informan (ibu, dukun bayi, bomoh, tenaga kesehatan, kader, dan tokoh adat). Analisis dilakukan menggunakan *reflexive thematic analysis* dan diinterpretasikan melalui kerangka *Three Delays*. **Hasil:** Hasil menunjukkan dua mekanisme utama pembentukan risiko. Pertama, praktik antenatal tradisional seperti urut diposisikan sebagai jalur perawatan utama, termasuk pada kondisi berisiko (misalnya posisi janin tidak normal), sehingga menunda pemantauan klinis dan rujukan dini. Kedua, respons non medis pada fase intrapartum hingga neonatal awal seperti tindakan manipulasi abdomen/tolak, penafsiran ketuban pecah dini sebagai normal, perawatan bayi tradisional, serta penundaan rujukan menjadikan rujukan sebagai pilihan terakhir. **Kesimpulan:** Temuan ini menegaskan bahwa keterlambatan rujukan dipengaruhi legitimasi praktik komunitas, keputusan kolektif keluarga, pengalaman layanan, dan kelemahan sistem rujukan.

Kata Kunci: kesehatan maternal; komunitas adat; dukun bayi; rujukan obstetri; *three delays*

Traditional obstetric practices and delayed referral among the Akit community in Riau

Abstract

Maternal and neonatal mortality remains a public health challenge in Indigenous communities, despite increasing coverage of facility-based childbirth. **Objective:** This study examines how traditional obstetric practices and collective referral decision-making function as social mechanisms producing maternal and neonatal risk in the Indigenous Akit community in Riau, Indonesia. **Methods:** A qualitative ethnographic design was employed. Data were collected through semi-structured in-depth interviews, limited ethnographic observation, and document review involving 29 informants (mothers, traditional birth attendants, spiritual healers/bomoh, health workers, community health volunteers, and customary leaders). Data were analysed using reflexive thematic analysis and interpreted through the *Three Delays* framework. **Results:** Findings reveal two main mechanisms of risk production. First, traditional antenatal practices, particularly abdominal massage (*urut*), were positioned as the primary care pathway, including in high-risk situations such as malpresentation, contributing to delayed clinical monitoring and early referral. Second, non-medical responses during the intrapartum and the early neonatal period, such as abdominal manipulation during prolonged labour, interpreting premature rupture of membranes as a normal condition, traditional newborn care, and delayed neonatal referral, framed referral as a last resort. **Conclusion:** These findings suggest that referral delays are not driven by limited awareness alone but are shaped by the social legitimacy of community practices, collective family authority, women's experiences with health services, and weaknesses in local referral systems.

Keywords: maternal health; Indigenous communities; traditional birth attendants; obstetric referral; *three delays*

1. Pendahuluan

Kematian maternal dan neonatal masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat utama di banyak negara berpendapatan rendah dan menengah (*low- and middle-income countries/LMICs*), terutama di wilayah terpencil dan komunitas adat yang menghadapi hambatan akses terhadap layanan obstetri tepat waktu. Meskipun perluasan persalinan di fasilitas kesehatan dan peningkatan cakupan tenaga kesehatan terlatih terus dipromosikan secara global, penolong persalinan tradisional seperti dukun bayi masih memainkan peran sentral dalam praktik kehamilan dan persalinan di berbagai konteks, termasuk di wilayah yang secara administratif telah memiliki layanan kesehatan (Aryastami & Mubasyiroh, 2021; Omer et al., 2021). Keberlanjutan praktik tersebut tidak semata mencerminkan preferensi budaya, tetapi juga keterbatasan struktural, legitimasi sosial, serta relasi historis yang kompleks antara komunitas dan sistem kesehatan formal.

Di Indonesia, ketimpangan pemanfaatan layanan persalinan aman masih terlihat nyata, khususnya pada komunitas adat dan wilayah dengan hambatan geografis. Meskipun cakupan fasilitas kesehatan meningkat secara nasional, persalinan di rumah dengan bantuan dukun bayi tetap ditemukan di berbagai komunitas adat (Aryastami & Mubasyiroh, 2021). Pada masyarakat adat Suku Akit di wilayah pesisir Provinsi Riau, praktik obstetri tradisional masih menjadi rujukan utama, termasuk pada kondisi kehamilan yang secara klinis berisiko. Praktik ini kerap disertai keterlambatan rujukan ke fasilitas kesehatan formal, yang pada akhirnya meningkatkan risiko komplikasi maternal dan neonatal yang seharusnya dapat dicegah melalui intervensi medis tepat waktu (Thaddeus & Maine, 1994).

Keterlambatan rujukan dalam konteks komunitas adat tidak dapat dijelaskan semata sebagai penolakan terhadap layanan formal atau akibat rendahnya pengetahuan perempuan mengenai risiko kehamilan. Studi-studi menunjukkan bahwa perempuan dan keluarga sering kali mampu mengenali tanda bahaya selama kehamilan atau persalinan, namun keputusan untuk mencari pertolongan medis tetap tertunda (Withers et al., 2018). Penundaan tersebut dibentuk oleh mekanisme pengambilan keputusan yang bersifat kolektif, di mana praktik obstetri tradisional, norma komunitas, otoritas adat, serta pengalaman sebelumnya dengan layanan kesehatan saling berinteraksi. Selain itu, pengalaman tidak menyenangkan di fasilitas kesehatan, seperti komunikasi yang buruk, perlakuan tidak menghormati, atau diskriminasi dapat memperkuat ketergantungan pada dukun bayi sebagai penolong persalinan yang dianggap lebih dapat dipercaya dan mudah diakses (Bohren et al., 2019; Flanagan et al., 2021).

Dampak kesehatan masyarakat dari dinamika tersebut sangat signifikan. Persalinan tanpa pendampingan tenaga kesehatan terlatih berkaitan dengan meningkatnya risiko perdarahan postpartum, infeksi, asfiksia neonatal, hingga kematian bayi baru lahir (Olowokere et al., 2020; Omer et al., 2021). Dalam banyak konteks, dukun bayi tidak memiliki pelatihan klinis memadai, peralatan medis, maupun keterhubungan yang kuat dengan sistem rujukan untuk menangani kegawatdaruratan obstetri (Kassie et al., 2022; Mulneh et al., 2020). Akibatnya, keselamatan ibu dan bayi sering kali bergantung pada respons non medis yang dapat menunda intervensi klinis yang seharusnya segera diberikan.

Model Three Delays menyediakan kerangka konseptual yang relevan untuk memahami bagaimana risiko maternal dan neonatal terbentuk melalui keterlambatan mengenali komplikasi, mengambil keputusan mencari pertolongan, serta mencapai fasilitas kesehatan yang mampu memberikan layanan obstetri emergensi (Thaddeus & Maine, 1994). Pada komunitas adat dan wilayah terpencil, keterlambatan ini sering diperkuat oleh lemahnya integrasi antara dukun bayi dan sistem kesehatan formal, ketidakjelasan otoritas rujukan, serta keputusan kolektif yang memosisikan rujukan medis sebagai pilihan terakhir (Kassie et al., 2022; Rahman et al., 2022).

Meskipun kolaborasi antara dukun bayi dan tenaga kesehatan formal semakin banyak dipromosikan, masih terbatas kajian yang memetakan secara rinci bagaimana praktik obstetri tertentu dan proses rujukan beroperasi sebagai mekanisme aktif yang memengaruhi waktu, jalur, dan hasil rujukan dalam sistem kesehatan lokal, khususnya pada komunitas adat Indonesia. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengkaji bagaimana praktik obstetri tradisional berisiko dan pengambilan keputusan rujukan yang kolektif berkontribusi terhadap keterlambatan rujukan dan pembentukan risiko maternal-neonatal di komunitas Suku Akit. Melalui data etnografi kualitatif, studi ini menganalisis praktik antenatal dan intrapartum tradisional, respons non medis terhadap komplikasi, serta dinamika rujukan yang melibatkan ibu, keluarga, dukun bayi, otoritas adat, dan tenaga kesehatan. Temuan

penelitian diharapkan memperkaya kajian kesehatan masyarakat mengenai sistem rujukan obstetri yang sensitif konteks sosial budaya serta strategi penurunan ketimpangan kesehatan maternal dan neonatal di komunitas adat.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain etnografi di Desa Titi Akar, Kecamatan Rupert Utara, Kabupaten Bengkalis, Provinsi Riau. Data dikumpulkan pada September 2024–Maret 2025 melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi etnografis terbatas, dan telaah dokumen layanan KIA (catatan Posyandu dan laporan Puskesmas). Observasi difokuskan pada praktik perawatan kehamilan yang dapat diakses secara sosial (misalnya urut) serta respons awal keluarga/komunitas terhadap keluhan atau tanda bahaya; pengamatan langsung proses persalinan tidak dilakukan karena pertimbangan etika dan privasi. Wawancara direkam dengan persetujuan informan dan ditranskrip verbatim.

Informan dipilih secara *purposive* dan *snowball*, melibatkan 29 informan kunci: ibu hamil/nifas (n=7), dukun bayi (n=6), penyembuh tradisional/bomoh (n=4), tenaga kesehatan formal (n=5), kader (n=5), dan tokoh adat (n=2). Analisis dilakukan secara induktif menggunakan *Reflexive Thematic Analysis*, kerangka *Three Delays* digunakan pada tahap interpretasi analitis mengikuti tahapan pengembangan tema Braun & Clarke (2023). Kredibilitas temuan diperkuat melalui triangulasi sumber, audit trail, dan diskusi reflektif tim peneliti untuk meminimalkan bias interpretasi serta meningkatkan konsistensi analisis (Carter et al., 2014; O'Brien et al., 2014).

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (Nomor: Ket-582/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2024). Persetujuan informan diperoleh secara tertulis atau lisan sesuai konteks budaya setempat, dan kerahasiaan dijaga melalui penggunaan pseudonim serta penghilangan informasi yang berpotensi mengidentifikasi individu maupun komunitas.

3. Hasil dan Pembahasan

Bagian ini menyajikan temuan penelitian mengenai praktik obstetri tradisional berisiko dan mekanisme keterlambatan rujukan di masyarakat adat Suku Akit. Hasil disusun untuk menjelaskan bagaimana praktik perawatan kehamilan dan persalinan, respons terhadap komplikasi, serta proses pengambilan keputusan kolektif beroperasi sebagai mekanisme yang membentuk risiko maternal dan neonatal. Temuan dianalisis menggunakan kerangka *Three Delays* Thaddeus & Maine (1994) untuk menautkan praktik komunitas dengan keterlambatan mengenali risiko, mengambil keputusan rujukan, dan mencapai layanan obstetri emergensi.

3.1. Akumulasi Risiko Sejak Kehamilan: Urut sebagai Jalur Perawatan Utama

Vignette: “Urut sebagai Jalur Perawatan Utama pada Kehamilan”

Berdasarkan narasi ibu, dukun bayi, kader, dan tenaga kesehatan. Pada kehamilan muda, urut diposisikan sebagai langkah preventif untuk “menguatkan kandungan” dan menjaga kondisi ibu. Ketika muncul keluhan seperti nyeri, perut terasa tegang, atau kekhawatiran terhadap posisi janin, respons awal keluarga cenderung berupa pengulangan urut, bukan pemeriksaan ANC formal. Pada kondisi sungsang atau lintang, urut dan penataan manual dipersepsikan mampu “mebetulkan posisi bayi”, sehingga risiko obstetri dinilai masih dapat dikendalikan secara tradisional. Akibatnya, pemantauan klinis dan rujukan formal sering dipandang tidak mendesak dan baru dipertimbangkan setelah muncul tanda yang lebih berat. Praktik ini diperkuat oleh pertimbangan biaya, jarak, dan kenyamanan sosial karena dukun bayi dinilai lebih mudah dijangkau dan fleksibel.

Temuan menunjukkan bahwa urut pada kehamilan muda merupakan jalur perawatan awal yang paling umum dilakukan. Praktik ini dipahami sebagai strategi pencegahan kesulitan persalinan dan upaya menjaga kestabilan kehamilan. Seorang ibu menjelaskan urut dilakukan berulang sejak usia kehamilan empat hingga lima bulan:

“ke mak [dukun bayi 1] bu, urut perut tuk naikkan peranakan bu... diurut umur kehamilan 4 bulan, 5 bulan gitu bu” (Ibu 4).

Dukun bayi memaknai urut sebagai upaya memperbaiki kondisi fisik ibu dan posisi janin ketika keluhan dianggap mengganggu aktivitas:

“Minta urut... kadang ada yang sakit jadi kita perbaiki lah... ada yang 4 bulan, 5 bulan... anaknya turun” (Dukun Bayi 2).

Pada kasus posisi janin tidak normal, urut/penataan manual tetap menjadi langkah awal yang dominan. Seorang tenaga kesehatan menjelaskan praktik tersebut sebagai proses memutar posisi janin yang dilakukan pada waktu tertentu dan dipercaya lebih mudah dilakukan:

“misalnya sungsang... diputar dukun bayi selama 3 pagi... kalau siang kan keras” (Nakes 2).

Praktik ini dapat menurunkan urgensi pemeriksaan formal. Bahkan ketika usia kehamilan berlanjut, pemeriksaan posisi janin tidak selalu dilakukan di fasilitas kesehatan formal, melainkan melalui akses informal atau tetap kembali ke jalur tradisional:

“Misalnya dah 6 bulan die pergi ke bidan kampong minta raba, nyungsang atau tidak” (Kader 5).

Dalam beberapa kasus, rujukan tetap tertunda meskipun rekomendasi klinis telah diberikan. Seorang tenaga kesehatan menjelaskan situasi ketika surat rujukan sudah diberikan, namun keluarga kembali pada praktik tradisional hingga komplikasi baru diketahui saat memburuk:

“dah dikasih surat rujukan... mutar ke dukun kampungnya... pas lahir... plasentanya lengket baru kami dipanggil” (Nakes 3).

Tema ini menunjukkan bahwa praktik antenatal tradisional khususnya urut pada kehamilan muda serta urut perut pada janin sungsang/lintang, menjadi mekanisme awal akumulasi risiko obstetri. Praktik ini bukan sekadar “kebiasaan budaya”, tetapi berfungsi sebagai jalur perawatan utama yang dapat menunda pemantauan klinis. Temuan ini menguatkan bahwa praktik antenatal tradisional dan kesiapan persalinan di komunitas pedesaan/adat dibentuk oleh norma keluarga dan legitimasi lokal, sehingga jalur perawatan non-formal sering menjadi respons awal sebelum layanan formal dipertimbangkan (Aryastami & Mubasyiroh, 2021; Maryuni et al., 2024). Bukti dari konteks Asia juga menunjukkan bahwa sebagian perempuan dan keluarga dapat mengenali tanda bahaya, namun respons pertama tetap diarahkan pada praktik tradisional karena pertimbangan akses, kenyamanan, dan dukungan sosial (Ahmad Tajuddin et al., 2020; Ahmed, Raynes-Greenow, et al., 2020; Withers et al., 2018)

Dalam kerangka *Three Delays*, praktik ini terutama memperpanjang keterlambatan tahap pertama (pengenalan risiko klinis) sekaligus membentuk dasar keterlambatan tahap kedua (keputusan rujukan), karena risiko dibingkai sebagai kondisi yang masih dapat dikendalikan melalui mekanisme non medis (Thaddeus & Maine, 1994). Pada konteks dengan keterbatasan sumber daya, praktik tradisional dapat berfungsi sebagai strategi yang dipandang ‘rasional’ untuk mengelola hambatan ekonomi dan akses layanan (Abdi et al., 2024). Selain itu, pemanfaatan layanan persalinan institusional juga dipengaruhi oleh irisan pendidikan, kekayaan, dan otonomi pengambilan keputusan rumah tangga (Rahman et al., 2022). Temuan ini mengindikasikan bahwa strategi peningkatan keselamatan maternal tidak cukup hanya meningkatkan cakupan ANC, tetapi membutuhkan penguatan peran aktor komunitas sebagai penghubung rujukan. Model pemberdayaan kader dan penolong persalinan tradisional di Indonesia terbukti meningkatkan deteksi dini serta perubahan praktik kesehatan, sehingga relevan dijadikan pendekatan penguatan rujukan komunitas yang terintegrasi dengan sistem formal (Martha et al., 2018, 2020).

3.2. Respons Non-Medis Intrapartum–Neonatal Awal: Rujukan sebagai Pilihan Terakhir

Vignette: “Menangani sendiri dulu, rujukan belakangan”

Ketika persalinan mulai sulit, misalnya ibu dianggap tidak kuat mengejan atau persalinan berlangsung lama, respons awal sering berupa manipulasi abdomen (“tolak/urut”) agar persalinan tetap dapat diselesaikan di rumah. Tanda bahaya seperti ketuban pecah dini ditafsirkan sebagai kondisi yang masih normal, sehingga keluarga memilih menunggu beberapa hari. Pada komplikasi berat (perdarahan dan kejang), tindakan awal dapat berupa penanganan non medis seperti kompres atau pemanggilan pihak tertentu di komunitas (bomoh). Setelah bayi lahir, perawatan tali pusat dengan bahan tradisional tetap dilakukan, dan rujukan neonatal dapat ditunda meskipun bayi tampak lemah atau demam. Dalam situasi ini, rujukan tidak diposisikan sebagai respons pertama, tetapi sebagai pilihan terakhir setelah upaya non medis dianggap tidak berhasil.

Temuan menunjukkan bahwa ketika persalinan berlangsung dan tanda kegawatan muncul, respons awal umumnya diarahkan pada tindakan non medis berupa manipulasi abdomen. Peran dukun bayi dipahami sebagai pembagian kerja, di mana sebagian “menolak” dan sebagian “menyambut” bayi:

“Mak [dukun bayi 5] tukang tolak, mak [dukun bayi 6] tukang sambut gitu” (Ibu 1).

Dukun bayi menyatakan praktik tersebut merupakan warisan turun-temurun, terutama ketika ibu tidak kuat mengejan:

“kalau ibu hamilnya tidak kuat mengejan... nenek moyang pakai tolak” (Dukun Bayi 2).

Selain itu, temuan menunjukkan salah tafsir terhadap ketuban pecah dini (KPD). KPD dimaknai sebagai “kembar air”, sehingga keluarga menunggu hingga air ketuban habis sebelum persalinan dianggap dekat:

“keluar air-air... dua hari keluar... dah kering baru ada ghesa, baru melahirkan” (Ibu 5).

Pada kondisi yang dipersepsikan berat, keluarga juga dapat melibatkan aktor penyembuh tradisional di komunitas yang mereka sebut “Bomoh”. Dukun bayi menggambarkan tindakan awal pada perdarahan postpartum sebagai upaya penanganan domestik dan pemanggilan bomoh:

“kita kasih es batu, kita minta bantu Bomoh” (Dukun Bayi 4).

Bomoh menegaskan perannya terutama ketika muncul kondisi seperti perdarahan atau kejang:

“nanti kalau terjadi masalah melahirkan, seperti banyak darah keluar atau kejang, nanti keluarga minta bantu ke kita untuk menawarnya, pakai selusuh” (Bomoh 2).

Risiko neonatal juga berlanjut setelah persalinan melalui praktik perawatan non medis dan keterlambatan rujukan. Perawatan tali pusat dengan bahan tradisional yang tidak steril masih dilakukan untuk mempercepat pengeringan, misalnya menggunakan kunyit, gambir, atau abu:

“gambir sama kunyit, kalau mau cepat di tambah abu diletakkan di lingkaran pusat” (Ibu 5).

Praktik ini menunjukkan bahwa perawatan neonatal awal lebih diposisikan sebagai praktik domestik berbasis pengalaman komunitas, sehingga koneksi ke layanan postnatal formal tidak selalu teraktivasi sebagai bagian dari *continuum of care*.

Ketika bayi menunjukkan tanda awal kegawatan, rujukan tidak selalu menjadi pilihan pertama, bahkan ketika tenaga kesehatan telah menyarankan rujukan:

“bu bidan suruh rujuk, tapi kami ngak mau bu...” (ibu 4).

Tema ini menunjukkan bahwa respons non medis intrapartum dan neonatal awal berfungsi sebagai mekanisme pembentukan risiko yang memperpanjang waktu sebelum intervensi klinis dilakukan. Pola ini sejalan dengan literatur bahwa praktik persalinan tradisional dapat menunda aktivasi layanan obstetri darurat meskipun tanda bahaya telah muncul (Kassie et al., 2022; Omer et al., 2021). Dari perspektif keselamatan obstetri, manipulasi abdomen saat persalinan dan penundaan respons terhadap KPD berpotensi meningkatkan risiko komplikasi maternal neonatal karena memperpanjang waktu menuju intervensi klinis yang tepat. Keterlambatan mencapai intervensi klinis tepat waktu menjadi faktor kunci memburuknya luaran obstetri, terutama pada komplikasi yang sensitif terhadap waktu (Thaddeus & Maine, 1994).

Temuan ini menegaskan bahwa penundaan bukan hanya soal pengetahuan, melainkan dibentuk oleh norma komunitas, pengalaman sosial, dan kualitas relasi layanan. Studi menunjukkan bahwa pengenalan tanda bahaya tidak selalu diikuti pencarian layanan formal ketika pengalaman layanan tidak nyaman, komunikasi buruk, atau ketidakpercayaan terhadap fasilitas kesehatan lebih dominan (Bohren et al., 2019; Flanagan et al., 2021; Withers et al., 2018). Di banyak konteks LMICs, keputusan rujukan merupakan hasil negosiasi keluarga, bukan keputusan ibu semata (Ahmed, Alam, et al., 2020; Taye et al., 2022). Oleh karena itu, penguatan rujukan perlu disertai perbaikan kualitas layanan yang lebih berpusat pada perempuan. Dalam konteks Indonesia, pendekatan kebidanan yang sensitif gender dan memperkuat posisi perempuan dalam pengambilan keputusan terbukti berhubungan dengan peningkatan pengetahuan, sikap, serta kesiapan perempuan dalam mengakses layanan maternal (Supradewi et al., 2021, 2022)

Pada periode neonatal, pola perawatan berbasis komunitas termasuk praktik perawatan tali pusat dengan bahan tradisional berpotensi tidak sejalan dengan prinsip perawatan bayi baru lahir yang aman dan higienis sebagaimana ditekankan dalam rekomendasi perawatan maternal neonatal pascapersalinan (World Health Organization (WHO), 2022). Keterlambatan rujukan neonatal juga diperkuat oleh faktor multilevel, termasuk norma keluarga dan lemahnya integrasi layanan pascakelahiran (Dessie et al.,

2022; Perry et al., 2023). Dalam kerangka *Three Delays*, tema ini menunjukkan interaksi antara keterlambatan interpretasi kegawatan (*Delay 1*) dan keterlambatan keputusan rujukan (*Delay 2*), yang berujung pada keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan (*Delay 3*) ketika kondisi sudah memburuk (Thaddeus & Maine, 1994). Dengan demikian, risiko maternal dan neonatal di komunitas ini lebih tepat dipahami sebagai konsekuensi mekanisme sosial dan sistem layanan yang belum terintegrasi, bukan sekadar akibat keputusan individual ibu atau keluarga.

Penelitian ini berkontribusi pada kajian kesehatan maternal dan neonatal dengan menunjukkan bahwa risiko dan keterlambatan rujukan di komunitas adat tidak semata dipicu kurangnya pengetahuan individu, tetapi terbentuk melalui interaksi lintas level, praktik obstetri tradisional, keputusan keluarga, legitimasi komunitas, respons layanan, dan dukungan kebijakan. Integrasi Model *Three Delays* memperjelas bahwa keterlambatan rujukan merupakan mekanisme sosial yang berulang dan terlembaga, sehingga intervensi efektif perlu dirancang sebagai paket multi komponen yang menjembatani rumah tangga, komunitas, fasilitas, dan sistem (Ariff et al., 2024; Perry et al., 2023). Secara praktis, peningkatan keselamatan maternal dan neonatal memerlukan pendekatan multilevel: penguatan peran dukun bayi dan kader sebagai penghubung deteksi dini dan aktivasi rujukan, peningkatan kualitas layanan yang berpusat pada perempuan serta komunikasi yang menghormati, dan integrasi pembiayaan untuk menekan hambatan biaya rujukan. Dengan demikian, penguatan sistem rujukan di komunitas adat harus sensitif konteks, memiliki batas klinis yang jelas, dan didukung sistem layanan serta kebijakan yang akuntabel.

4. Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa praktik obstetri tradisional di komunitas adat Suku Akit tidak hanya berperan sebagai latar budaya, tetapi menjadi mekanisme sosial yang membentuk risiko maternal dan neonatal melalui keterlambatan rujukan. Risiko mulai terakumulasi sejak fase antenatal ketika urut diposisikan sebagai jalur perawatan utama, termasuk pada kondisi yang secara klinis memerlukan pemantauan lebih ketat seperti posisi janin tidak normal. Pada fase intrapartum hingga neonatal awal, respons non medis seperti manipulasi abdomen saat persalinan, penafsiran ketuban pecah dini sebagai kondisi normal, serta perawatan bayi secara tradisional mendorong rujukan menjadi pilihan terakhir. Temuan ini menegaskan bahwa keterlambatan rujukan tidak semata disebabkan kurangnya pengetahuan, tetapi dibentuk oleh legitimasi praktik komunitas, pengambilan keputusan kolektif keluarga, pengalaman layanan kesehatan, dan keterbatasan sistem rujukan. Upaya peningkatan keselamatan maternal neonatal memerlukan pendekatan multilevel yang mengintegrasikan aktor komunitas serta penguatan layanan yang lebih berpusat pada perempuan.

5. Ucapan terimakasih

Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atas dukungan pendanaan melalui Bantuan pendanaan penelitian disertasi, yang memungkinkan pelaksanaan penelitian ini. Dukungan tersebut berkontribusi secara signifikan terhadap proses pengumpulan data, analisis, serta penyusunan naskah penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Abdi, K. A., Jayamohan, M. K., & Adem, M. (2024). The Nexus Between Poverty and Maternal Healthcare Utilization With a Focus on Antenatal Care Visits and Choice of Place of Birth in Somaliland. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1417883>
- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Abu Bakar, A. I., Othman, S. S., Tajuddin, N. A. N. A., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Bakar, A. I. A., & Othman, S. S. (2020). Why Women Chose Unassisted Home Birth in Malaysia: A Qualitative Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- Ahmed, J., Alam, A., Khokhar, S., Khowaja, S., Kumar, R., & Greenow, C. R. (2020). Exploring women's experience of healthcare use during pregnancy and childbirth to understand factors contributing to perinatal deaths in Pakistan: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(5), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232823>

- Ahmed, J., Raynes-Greenow, C., & Alam, A. (2020). Traditional practices during pregnancy and birth, and perceptions of perinatal losses in women of rural Pakistan. *Midwifery*, *91*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102854>
- Ariff, S., Jiwani, U., Rizvi, A., Muhammad, S., Hussain, A., Ahmed, I., Hussain, M., Usman, M., Iqbal, J., Memon, Z., Soofi, S. B., & Bhutta, Z. A. (2024). Effect of Maternal and Newborn Care Service Package on Perinatal and Newborn Mortality: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *7*(2), e2356609. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.56609>
- Aryastami, N. K., & Mubasyiroh, R. (2021). Traditional practices influencing the use of maternal health care services in Indonesia. *PLoS ONE*, *16*(9 September), e0257032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257032>
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Baldé, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoğlu, A. M., Soumah, A.-M. M., ... Tunçalp, Ö. (2019). How Women Are Treated During Facility-Based Childbirth in Four Countries: A Cross-Sectional Study With Labour Observations and Community-Based Surveys. *The Lancet*, *394*(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31992-0)
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, *24*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, *41*(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Dessie, A. M., Geremew, H., Feleke, S. F., Anley, D. T., Mruts, K. B., Yenew, C., Bantie, B., Misganaw, N. M., Kerebeh, G., Gebeyehu, A. A., Asnakew, D. T., & Anteneh, R. M. (2022). Multilevel analysis of individual and community level factors associated with the application of cow dung and oil on the umbilical cord stump in Ethiopia. *Frontiers in Pediatrics*, *10*(November), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1044056>
- Flanagan, S. V., Razafinamanana, T., Warren, C., & Smith, J. (2021). Barriers inhibiting effective detection and management of postpartum hemorrhage during facility-based births in Madagascar: findings from a qualitative study using a behavioral science lens. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03801-w>
- Kassie, A., Wale, A., Girma, D., Amsalu, H., & Yechale, M. (2022). The role of traditional birth attendants and problem of integration with health facilities in remote rural community of West Omo Zone 2021: exploratory qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(425). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04753-5>
- Martha, E., Nadira, N. A., Sudiarti, T., Mayangsari, A. P., Enjaini, E. F., Ryanthi, T. P., & Bangun, D. E. (2020). The Empowerment of Cadres and Traditional Birth Attendants in the Early Detection and Prevention of Stunting in North Bogor District, Bogor, West Java. *The Indonesian Journal of Public Health*, *15*(2), 153–161. <https://doi.org/10.20473/ijph.v15i2.2020.153-161>
- Martha, E., Pratomo, H., & Qomariyah, S. N. (2018). Effectiveness of the training model to increase the knowledge, attitude, and practice of traditional birth attendants about early initiation of breastfeeding in Bogor District, Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, *9*(12), 723–729. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01923.X>
- Maryuni, M., Prasetyo, S., Martha, E., Devy, S. R., Pardosi, J. F., Anggraeni, L., & Subu, M. A. (2024). Local cultural perspectives of birth preparedness: a qualitative study in a rural subdistrict of Indonesia. *British Journal of Midwifery*, *32*(8), 412–420. <https://doi.org/10.12968/bjom.2024.32.8.412>
- Muluneh, A. G., Anmut, Y., & Ayele, T. A. (2020). Spatial Clustering and Determinants of Home Birth After at Least One Antenatal Care Visit in Ethiopia: Ethiopian Demographic and Health Survey 2016 Perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2793-6>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, *89*(9), 1245–1251.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

- Olowokere, A. E., Oyedele, A. T., Komolafe, A. O., & Olajubu, A. O. (2020). Birth preparedness, utilization of skilled birth attendants and delivery outcomes among pregnant women in Ogun State, Nigeria. *European Journal of Midwifery*, 4(May). <https://doi.org/10.18332/ejm/120116>
- Omer, S., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2021). The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. *Reproductive Health*, 18(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01151-6>
- Perry, H. B., Stollak, I., & Valdez, M. (2023). Reducing inequities in maternal and child health in rural Guatemala through the CBIO+ Approach of Curamericas: 10. Summary, cost effectiveness, and policy implications. *International Journal for Equity in Health*, 21(Suppl 2), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01762-w>
- Rahman, M., Saha, P., & Uddin, J. (2022). Associations of antenatal care visit with utilization of institutional delivery care services in Afghanistan: intersections of education, wealth, and household decision-making autonomy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04588-0>
- Supradewi, I., Maryanah, & Gusti Made Ayu Agung Budhi, N. (2022). The Influence Of Gender Sensitive Obstacial Care Models On Pregnant Women. *Journal of Positive School Psychology*, 6(12), 690–699. <https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/14778>
- Supradewi, I., Oktalia, J., Kusumastuti, A., Joennata, M. B., & Mentari, P. S. (2021). How Women's Role Against Gender Fair? *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 8(3), 558–563. <https://doi.org/10.18415/ijmmu.v8i3.2525>
- Taye, B. T., Kebede, A. A., & Wondie, K. Y. (2022). Intention to use maternal health services and associated factors among women who gave birth at home in rural Sehal Seyemit district: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04447-y>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158–170. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>