

REVITALISASI PERAN PKBI DALAM PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN ANAK DI DESA EKATETA

Akrianus Parlan Gesing¹, Putry Roslin Siki², Iin Mirawati Samah³, Kresentia Anggreani Nahak⁴,
Lasarus Jehamat⁵, Helga M. E. Gero⁶, Imelda Nahak⁷

¹²³⁴ Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Nusa Cendana

ARTICLE INFO

Article history:

Received Januari, 2026

Revised Januari, 2026

Accepted Januari, 2026

Available Januari, 2026

gesingiky@gmail.com,
putrysikixx@gmail.com,
iinsamah3@gmail.com,
raninahak3@gmail.com,
jehamat.lasarus@yahoo.co.id,
helgagero@gmail.com,
imelda_nahak@staf.undana.ac.id

*This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.
Copyright © 2023 by Author. Published by Cahaya Ilmu
Bangsa Institute*

ABSTRAK

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) masih menjadi permasalahan serius kesehatan masyarakat di Indonesia, khususnya di wilayah pedesaan yang memiliki keterbatasan akses layanan kesehatan dan kuatnya pengaruh sosial budaya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) melalui Proyek TAKENUSA dalam merevitalisasi upaya penurunan AKI dan AKA di Desa Ekateta. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis secara deskriptif-analitis dengan menggunakan kerangka Model Tiga Keterlambatan (*Three Delays Model*) dan determinan kematian ibu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKBI berperan strategis dalam mengurangi keterlambatan pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan kesehatan melalui pendekatan berbasis hak kesehatan seksual dan reproduksi, penyediaan informasi yang komprehensif, serta dialog dengan tokoh masyarakat. Selain itu, penguatan kapasitas Kader Kesehatan Desa berkontribusi pada percepatan sistem rujukan dan peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan, yang ditunjukkan oleh tidak ditemukannya lagi praktik persalinan di rumah. Kolaborasi antara PKBI, Pemerintah Desa, dan Puskesmas juga mendorong integrasi isu kesehatan ibu dan anak ke dalam perencanaan desa. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penurunan AKI dan AKA di tingkat desa memerlukan pendekatan kolaboratif lintas sektor yang mengintegrasikan intervensi medis dengan pemberdayaan sosial dan penguatan tata kelola desa.

Kata kunci: Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Anak, PKBI, Three Delays Model, kolaborasi lintas sektor.

ABSTRACT

The high Maternal Mortality Rate (MMR) and Child Mortality Rate (CMR) remain critical public health challenges in Indonesia, particularly in rural areas characterized by limited access to health services and strong socio-cultural influences. This study aims to analyze the role of the Indonesian Planned Parenthood Association (PKBI) through the TAKENUSA Project in revitalizing efforts to reduce maternal and child mortality in Ekateta Village. This research employs a qualitative approach with a case study design. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document analysis, and examined using a descriptive-analytical method based on the Three Delays Model and the determinants of maternal mortality. The findings indicate that PKBI plays a strategic role in reducing delays in decision-making to seek health care through

*Corresponding author

E-mail addresses: gesingiky@gmail.com

a rights-based approach to sexual and reproductive health, comprehensive information dissemination, and engagement with community leaders. Strengthening the capacity of village health cadres has contributed to faster referral systems and increased utilization of health facilities, as evidenced by the absence of home deliveries in the intervention area. Furthermore, collaboration among PKBI, village governments, and primary health centers has facilitated the integration of maternal and child health issues into village planning processes. This study concludes that reducing maternal and child mortality at the village level requires a cross-sectoral collaborative approach that integrates medical interventions with social empowerment and strengthened local governance.

Keywords: *Maternal Mortality Rate, Child Mortality Rate, PKBI, Three Delays Model, cross-sector collaboration.*

1. PENDAHULUAN

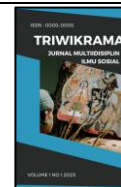
Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) masih menjadi persoalan krusial kesehatan masyarakat di Indonesia. Masalah ini tidak sekadar mencerminkan capaian indikator kesehatan, tetapi juga menunjukkan ketimpangan struktural dalam sistem pelayanan kesehatan, kondisi sosial ekonomi, serta tata kelola pembangunan yang berdampak langsung pada keselamatan perempuan dan anak. Berbagai kajian menegaskan bahwa AKI dan AKA di Indonesia hingga kini masih berada di atas target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs), terutama di wilayah pedesaan yang memiliki kerentanan multidimensi (BPS; SDKI; Kementerian Kesehatan).

Kajian akademik yang menjadi salah satu rujukan utama artikel ini secara tegas menyoroti bahwa persoalan AKI dan AKA di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari konteks desa sebagai ruang hidup masyarakat yang paling rentan. Buku tersebut menegaskan bahwa ketertinggalan pencapaian target SDGs pada indikator kesehatan ibu dan anak berkorelasi kuat dengan keterbatasan akses layanan kesehatan, kualitas infrastruktur, serta faktor sosial budaya di tingkat komunitas desa.

Secara global, World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa pada tahun 2020 terdapat sekitar 287.000 kematian ibu di seluruh dunia, dengan kesenjangan yang sangat tajam antara negara berpendapatan rendah dan tinggi. Angka kematian ibu di negara berpendapatan rendah mencapai 430 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi dibandingkan 13 per 100.000 kelahiran hidup di negara berpendapatan tinggi (WHO, 2024). Penyebab utama kematian ibu meliputi perdarahan hebat, infeksi pascapersalinan, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), komplikasi persalinan, serta praktik aborsi tidak aman.

Dalam konteks nasional, data Sensus Penduduk 2020 menunjukkan AKI sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 16,85 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu di Indonesia tercatat sebanyak 4.005 kasus pada tahun 2022 dan meningkat menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023. Pada periode yang sama, kematian bayi juga mengalami peningkatan, dari 20.882 kasus pada tahun 2022 menjadi 29.945 kasus pada tahun 2023. Penyebab utama kematian ibu didominasi oleh hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan, sedangkan kematian bayi paling banyak disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR), prematuritas, dan asfiksia (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Berbagai penelitian menjelaskan bahwa tingginya AKI dan AKA merupakan peristiwa yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkelindan. Thaddeus dan Maine (1994) melalui Model Tiga Keterlambatan (Three Delays Model) menjelaskan bahwa kematian ibu dan anak dipengaruhi oleh keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari



pertolongan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan akibat kendala geografis dan infrastruktur, serta keterlambatan memperoleh penanganan medis yang memadai di fasilitas kesehatan. Kerangka ini relevan untuk menjelaskan kondisi pedesaan di Indonesia, di mana hambatan akses, kualitas layanan, dan faktor sosial budaya masih menjadi persoalan utama.

Lebih lanjut, Poerwandari dan Akmal (2000) menegaskan bahwa masalah kehamilan dan persalinan, termasuk AKI, dipengaruhi oleh status kesehatan dan kesiapan ibu untuk hamil, kualitas pemeriksaan antenatal, pertolongan persalinan, perawatan pascapersalinan, serta faktor sosial budaya. Bappenas (2010) menambahkan bahwa terbatasnya akses perempuan—terutama di wilayah Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)—terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas menjadi tantangan besar dalam pencapaian target pembangunan kesehatan. Ketersediaan fasilitas PONEK, PONEK, Posyandu, serta sistem rujukan yang belum optimal, diperparah oleh kondisi infrastruktur dan faktor budaya lokal.

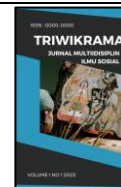
Secara konseptual, kematian ibu dipahami sebagai hasil interaksi antara determinan dekat, determinan antara, dan determinan jauh (McCarthy & Maine, dikutip dalam Aeni, 2013). Determinan dekat meliputi gangguan obstetrik langsung seperti perdarahan, preeklamsia/eklamsia, infeksi, serta penyakit penyerta. Determinan antara mencakup status kesehatan reproduksi ibu, akses terhadap layanan kesehatan, dan perilaku pencarian layanan. Sementara itu, determinan jauh berkaitan dengan faktor demografi dan sosiokultural, seperti pendidikan, kondisi sosial ekonomi, pemberdayaan perempuan, norma budaya, serta kebijakan publik. Sejumlah penelitian empiris menunjukkan bahwa praktik persalinan non-medis, rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat, serta keterbatasan sarana kesehatan berpengaruh signifikan terhadap tingginya angka kematian ibu (Pertiwi, 2012; Aristia, 2011).

Kondisi tersebut tercermin secara nyata di Desa Ekateta sebelum masuknya intervensi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) melalui Proyek TAKENUSA. Permasalahan kesehatan ibu dan anak di desa ini tidak hanya berkaitan dengan keterbatasan layanan medis, tetapi juga dipengaruhi oleh norma sosial budaya, relasi gender yang timpang, lemahnya sistem rujukan, serta tata kelola desa yang belum responsif terhadap kebutuhan kesehatan perempuan. Praktik persalinan di rumah, penggunaan metode tradisional, rendahnya pemanfaatan layanan keluarga berencana, tingginya pernikahan usia anak, serta minimnya edukasi kesehatan reproduksi remaja menjadi faktor yang memperbesar risiko kematian ibu dan bayi.

Di sisi lain, upaya penurunan AKI dan AKA yang hanya mengandalkan satu aktor, baik Puskesmas maupun Pemerintah Desa, terbukti tidak cukup efektif. Puskesmas memiliki keterbatasan dalam menjangkau determinan sosial budaya dan non-medis, sementara Pemerintah Desa tidak memiliki kapasitas teknis untuk intervensi kesehatan klinis. Kondisi ini menunjukkan perlunya pendekatan kolaboratif lintas sektor yang melibatkan aktor non-pemerintah dengan keahlian spesifik.

Dalam konteks tersebut, PKBI hadir sebagai lembaga swadaya masyarakat dengan pengalaman panjang dalam isu kesehatan reproduksi, keluarga berencana, pencegahan perkawinan usia anak, dan pemberdayaan komunitas berbasis hak dan sensitif gender. Melalui pendekatan kolaborasi multi-pemangku kepentingan yang melibatkan PKBI, Pemerintah Desa, Puskesmas, dan kader kesehatan, diharapkan tercipta model intervensi yang lebih komprehensif, berkelanjutan, dan kontekstual.

Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan untuk menganalisis fenomena revitalisasi peran PKBI dalam kolaborasi lintas sektor sebagai strategi penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Anak di Desa Ekateta. Analisis ini penting untuk menunjukkan bahwa



penanganan AKI dan AKA tidak hanya membutuhkan intervensi medis, tetapi juga transformasi sosial, penguatan tata kelola desa, dan pemberdayaan komunitas secara berkelanjutan.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus untuk memahami secara mendalam dan kontekstual fenomena revitalisasi kolaborasi dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) di Desa Ekateta. Pendekatan kualitatif dipilih karena memungkinkan peneliti untuk menggali data yang kaya berupa perspektif, pengalaman, dan mekanisme kerja antaraktor di lapangan.

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara mendalam (in-depth interview) kepada pihak-pihak terkait. Secara khusus, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) menjadi informan kunci untuk memperoleh informasi mengenai model program yang telah mereka laksanakan, strategi revitalisasi peran LSM, serta mekanisme mereka dalam menjalin kolaborasi dengan Pemerintah Desa dan Puskesmas. Selain PKBI, wawancara juga dilakukan kepada Pemerintah Desa, Puskesmas, dan Kader Kesehatan setempat untuk triangulasi dan melihat perspektif kolaborasi dari berbagai sisi.

Sementara itu, data sekunder dikumpulkan melalui analisis dokumen yang bersumber dari PKBI. Dokumen-dokumen yang dianalisis meliputi laporan program, modul pelatihan yang digunakan PKBI untuk melatih Kader, serta laporan evaluasi kinerja program kesehatan reproduksi yang telah diimplementasikan di wilayah studi. Analisis dokumen ini bertujuan untuk memvalidasi dan memperkuat temuan wawancara mengenai struktur program, keahlian spesifik PKBI, serta keberlanjutan intervensi mereka. Kombinasi metode ini memastikan data yang diperoleh komprehensif, berbasis pada pengalaman lapangan, dan didukung oleh bukti-bukti administratif yang terstruktur.

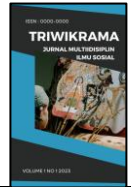
3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kehadiran Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) melalui Proyek TAKENUSA memainkan peran strategis dalam merevitalisasi upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) di Desa Ekateta. Revitalisasi ini tidak dimaknai sekadar sebagai penambahan kegiatan atau perluasan jangkauan program, melainkan sebagai proses pendalaman dampak yang berorientasi pada perubahan sosial, penguatan kapasitas komunitas, serta integrasi isu kesehatan ibu dan anak ke dalam tata kelola desa. Dengan kata lain, PKBI hadir tidak hanya sebagai pelaksana program, tetapi sebagai aktor perubahan yang berupaya membangun ekosistem desa yang lebih responsif terhadap hak dan keselamatan perempuan serta anak.

Sebagaimana disampaikan oleh Project Officer PKBI dalam wawancara mendalam, TAKENUSA dirancang untuk menciptakan lingkungan yang memungkinkan perempuan memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan keberanian dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi secara aman dan bermartabat. Pendekatan ini menekankan pentingnya informasi yang akurat, komprehensif, dan dapat dipercaya sebagai fondasi pengambilan keputusan perempuan terkait kesehatan reproduksi, keluarga berencana, serta asuhan pasca keguguran. Hal ini tercermin dalam pernyataan informan berikut:

“TAKENUSA hadir untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan memungkinkan perempuan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi, keluarga berencana, dan asuhan pasca keguguran melalui informasi yang akurat, komprehensif, dan terpercaya.” (Wawancara, Project Officer PKBI)



Fokus utama Program TAKENUSA di Desa Ekateta adalah penguatan pelayanan kesehatan berbasis masyarakat. Upaya ini diwujudkan melalui penyebaran informasi kesehatan reproduksi yang lebih inklusif, peningkatan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi risiko kehamilan sejak dini, serta penguatan sistem rujukan dari tingkat keluarga dan komunitas menuju fasilitas kesehatan primer dan sekunder. Pendekatan ini dipilih karena PKBI memandang bahwa persoalan AKI dan AKA di tingkat desa tidak semata-mata disebabkan oleh keterbatasan layanan klinis, melainkan juga oleh kuatnya faktor sosial dan budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat.

Keunikan peran PKBI dibandingkan aktor formal seperti Puskesmas dan Pemerintah Desa terletak pada pendekatan berbasis hak kesehatan seksual dan reproduksi (HKSR). PKBI tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga menempatkan perempuan sebagai subjek yang memiliki hak atas informasi, pilihan, dan persetujuan dalam setiap keputusan terkait tubuh dan kesehatan reproduksinya. Pendekatan ini memungkinkan isu-isu sensitif, seperti keluarga berencana, kehamilan tidak diinginkan, hingga asuhan pasca keguguran, dibahas secara terbuka dan empatik. Hal ini ditegaskan oleh informan sebagai berikut:

“Kami bekerja dengan pendekatan hak kesehatan seksual dan reproduksi. Jadi bukan hanya bicara layanan medis, tetapi memastikan perempuan punya hak atas informasi, pilihan, dan persetujuan, termasuk dalam isu-isu sensitif seperti KB, kehamilan tidak diinginkan, sampai asuhan pasca keguguran.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

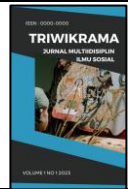
Pendekatan berbasis hak tersebut memungkinkan PKBI masuk ke ruang-ruang sosial yang selama ini sulit dijangkau oleh aktor formal. Melalui dialog intensif dengan tokoh adat, tokoh agama, tokoh perempuan, serta keluarga, PKBI berupaya membangun pemahaman bersama tentang risiko praktik kesehatan yang tidak aman. Alih-alih menolak secara frontal praktik budaya yang telah mengakar, PKBI memilih strategi dialogis yang menghargai nilai lokal, sembari memperkenalkan perspektif kesehatan dan keselamatan ibu serta bayi. Strategi ini tercermin dalam pernyataan informan berikut:

“Kami tidak langsung menolak praktik budaya. Yang kami lakukan adalah berdialog, mencari titik temu, lalu membahas mana praktik yang aman dan mana yang membahayakan keselamatan ibu dan bayi.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

Temuan penting lainnya dalam penelitian ini adalah penguatan kapasitas Kader Kesehatan Desa sebagai ujung tombak intervensi berbasis komunitas. PKBI menerapkan model pelatihan partisipatif dan reflektif yang tidak hanya meningkatkan pengetahuan teknis kader, tetapi juga membangun kesadaran peran mereka sebagai pendamping perempuan dan agen perubahan sosial. Dalam kerangka ini, kader tidak lagi diposisikan semata sebagai penyampai pesan kesehatan, melainkan sebagai figur yang dipercaya, mampu mendengar tanpa menghakimi, dan menjembatani masyarakat dengan layanan kesehatan formal. Sebagaimana diungkapkan oleh informan:

“Kader itu pintu pertama perempuan sebelum ke layanan formal. Jadi yang kami tekankan bukan hanya pengetahuan, tapi cara berkomunikasi yang tidak menghakimi, bisa mendengar, dan bisa dipercaya.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

Materi pelatihan yang diberikan kepada kader menitikberatkan pada pemahaman komprehensif tentang kesehatan reproduksi, keluarga berencana, dan asuhan pasca keguguran; kemampuan deteksi dini tanda bahaya kehamilan dan persalinan; serta keterampilan melakukan rujukan cepat dan tepat. Penguatan kapasitas ini diperkuat melalui pendampingan lapangan yang berkelanjutan dan koordinasi rutin dengan Puskesmas, sehingga kader menjadi bagian integral dari sistem rujukan desa.



Dampak dari penguatan kader dan pendekatan berbasis komunitas ini terlihat jelas dalam perubahan perilaku masyarakat. Berdasarkan hasil evaluasi internal PKBI, di tiga desa intervensi—termasuk Desa Ekateta—tidak lagi ditemukan praktik persalinan di rumah. Seluruh persalinan kini dilakukan di fasilitas kesehatan. Informan menggambarkan perubahan ini sebagai lompatan besar, mengingat sebelumnya persalinan di rumah masih dianggap sebagai praktik yang wajar dan aman oleh sebagian masyarakat:

“Sekarang di desa intervensi, semua persalinan sudah dilakukan di fasilitas kesehatan. Itu perubahan besar, karena sebelumnya melahirkan di rumah masih dianggap biasa.”
(Wawancara, Project Officer PKBI)

Selain perubahan pada praktik persalinan, penelitian ini juga menemukan peningkatan penggunaan keluarga berencana, meningkatnya keteraturan pemeriksaan kehamilan, serta menurunnya penggunaan obat tradisional yang berisiko terhadap kesehatan reproduksi. Perubahan ini tidak terlepas dari strategi PKBI yang secara aktif melibatkan laki-laki dalam program. Keterlibatan suami dan tokoh laki-laki menjadi kunci dalam menggeser pandangan bahwa kesehatan reproduksi dan KB adalah semata-mata urusan perempuan. Sebagaimana disampaikan informan:

“Kami melibatkan suami dan tokoh laki-laki karena KB dan keselamatan ibu bukan hanya urusan perempuan. Sekarang laki-laki mulai ikut Posyandu, ikut merujuk ibu hamil ke faskes, dan mendukung istrinya ber-KB.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

Pada kelompok remaja, PKBI memperkenalkan edukasi seksualitas komprehensif yang disesuaikan dengan konteks sosial dan budaya setempat. Penelitian ini menemukan bahwa penyediaan ruang aman bagi remaja untuk berdiskusi tentang pubertas, menstruasi, kehamilan, dan kesehatan reproduksi berkontribusi pada meningkatnya literasi kesehatan serta kemampuan remaja membedakan antara mitos dan fakta. Informan menyatakan:

“Remaja sekarang sudah tidak tabu bicara soal menstruasi, kehamilan, dan kesehatan reproduksi. Mereka mulai bisa membedakan mana mitos dan mana fakta.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

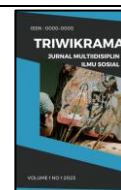
Dalam aspek tata kelola desa, PKBI berperan sebagai fasilitator yang mendorong integrasi isu kesehatan ibu dan anak ke dalam proses perencanaan dan penganggaran desa. Melalui fasilitasi pra-musrenbang, berbagai kelompok masyarakat dilibatkan untuk mengidentifikasi persoalan kesehatan perempuan dan anak serta merumuskan solusi yang relevan. Meskipun hingga penelitian ini dilakukan belum terbentuk Peraturan Desa khusus, advokasi PKBI telah membuka ruang kebijakan dan kesadaran pemerintah desa untuk mulai memasukkan isu kesehatan perempuan dalam dokumen perencanaan dan alokasi anggaran desa. Hal ini ditegaskan oleh informan sebagai berikut:

“Memang belum sampai ke Perdes, tapi desa sudah mulai memasukkan isu kesehatan perempuan ke dalam perencanaan dan anggaran. Itu langkah awal yang sangat penting.”
(Wawancara, Project Officer PKBI)

Terkait keberlanjutan program, PKBI menyadari keterbatasan peran LSM dalam pendampingan jangka panjang. Oleh karena itu, strategi keluar (exit strategy) dirancang melalui workshop keberlanjutan yang melibatkan Pemerintah Desa, Puskesmas, kader kesehatan, dan kelompok masyarakat. Strategi ini bertujuan memastikan bahwa praktik baik yang telah dibangun dapat diambil alih dan dilanjutkan oleh aktor lokal. Sebagaimana disampaikan oleh Project Officer PKBI:

“Tujuan kami bukan selamanya di desa, tapi memastikan praktik baik ini diambil alih dan dilanjutkan oleh pemerintah desa dan komunitas.” (Wawancara, Project Officer PKBI)

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa revitalisasi peran PKBI dalam penurunan AKI dan AKA di Desa Ekateta terletak pada kemampuannya mengisi kesenjangan sosial dan budaya yang tidak dapat dijangkau sepenuhnya oleh aktor formal, memperkuat kapasitas



kader sebagai ujung tombak komunitas, serta mendorong kolaborasi yang lebih inklusif dan berkelanjutan antara Pemerintah Desa, kader kesehatan, dan sistem layanan kesehatan formal. Pendekatan ini menunjukkan bahwa penurunan AKI dan AKA memerlukan strategi yang melampaui intervensi medis semata, dengan menempatkan perubahan sosial dan tata kelola desa sebagai elemen kunci keberhasilan.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa revitalisasi peran PKBI melalui Proyek TAKENUSA di Desa Ekateta dapat dipahami secara komprehensif melalui kerangka **Model Tiga Keterlambatan (Three Delays Model)** yang dikemukakan oleh Thaddeus dan Maine (1994). Model ini menjelaskan bahwa tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) bukan semata-mata disebabkan oleh faktor medis, melainkan oleh rangkaian keterlambatan sosial, struktural, dan sistemik yang saling berkelindan. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi PKBI bekerja secara simultan pada ketiga jenis keterlambatan tersebut, terutama melalui pendekatan berbasis hak, pemberdayaan komunitas, dan penguatan tata kelola desa.

Revitalisasi Peran PKBI dan Pengurangan Keterlambatan Pengambilan Keputusan (Delay I)

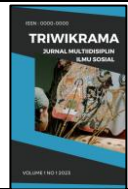
Keterlambatan pertama dalam Model Tiga Keterlambatan adalah keterlambatan keluarga dan perempuan dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum intervensi PKBI, keputusan untuk mengakses layanan kesehatan di Desa Ekateta sangat dipengaruhi oleh norma sosial dan budaya, seperti kepercayaan terhadap praktik persalinan non-medis, penggunaan obat tradisional, serta persepsi bahwa kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa “alami” yang tidak selalu membutuhkan layanan kesehatan formal. Kondisi ini sejalan dengan determinan jauh dalam kerangka McCarthy dan Maine, yaitu faktor sosiokultural dan relasi gender yang membatasi otonomi perempuan.

Melalui pendekatan berbasis hak kesehatan seksual dan reproduksi (HKSR), PKBI secara strategis menargetkan keterlambatan ini dengan memperkuat kapasitas perempuan dan keluarga dalam pengambilan keputusan yang sadar dan berinformasi. Penyediaan informasi yang akurat, komprehensif, dan tidak menghakimi tentang kehamilan, keluarga berencana, serta asuhan pasca keguguran memungkinkan perempuan memahami risiko dan hak mereka atas layanan kesehatan. Temuan ini menguatkan pandangan bahwa peningkatan literasi kesehatan reproduksi berperan penting dalam menurunkan keterlambatan pengambilan keputusan, sebagaimana ditegaskan oleh Poerwandari dan Akmal (2000) bahwa kesiapan psikologis dan sosial ibu merupakan faktor kunci dalam keselamatan kehamilan dan persalinan.

Selain itu, dialog PKBI dengan tokoh adat dan agama menunjukkan bahwa perubahan perilaku kesehatan lebih efektif ketika dilakukan melalui pendekatan dialogis dan kontekstual, bukan konfrontatif. Strategi ini berkontribusi pada pergeseran norma sosial yang sebelumnya membenarkan praktik berisiko. Dengan demikian, temuan penelitian ini menegaskan bahwa pengurangan Delay I tidak cukup dilakukan melalui edukasi medis semata, tetapi memerlukan intervensi sosial yang mampu mengubah kerangka berpikir kolektif masyarakat.

Penguatan Kader dan Penurunan Keterlambatan Mencapai Fasilitas Kesehatan (Delay II)

Keterlambatan kedua dalam Model Tiga Keterlambatan berkaitan dengan hambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan, yang sering dipengaruhi oleh faktor geografis, infrastruktur, dan lemahnya sistem rujukan. Dalam konteks Desa Ekateta, penelitian ini menemukan bahwa sebelum intervensi PKBI, tidak adanya alur rujukan yang jelas dan minimnya peran kader sebagai



penghubung menyebabkan keluarga sering terlambat membawa ibu hamil atau bersalin ke fasilitas kesehatan.

Penguatan kapasitas Kader Kesehatan Desa oleh PKBI terbukti menjadi strategi kunci dalam menurunkan keterlambatan ini. Kader dilatih tidak hanya untuk mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan, tetapi juga untuk melakukan komunikasi persuasif dan rujukan cepat. Temuan ini mengonfirmasi peran kader sebagai determinan antara dalam kerangka McCarthy dan Maine, yaitu sebagai aktor yang memengaruhi akses dan pemanfaatan layanan kesehatan.

Perubahan signifikan berupa tidak ditemukannya lagi praktik persalinan di rumah di Desa Ekateta menunjukkan bahwa sistem rujukan berbasis komunitas yang diperkuat mampu mengatasi hambatan non-geografis, seperti keraguan keluarga dan rendahnya kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan. Dengan kata lain, meskipun keterbatasan infrastruktur fisik masih ada, keberadaan kader yang dipercaya mampu meminimalkan Delay II melalui penguatan jaringan sosial dan kepercayaan komunitas.

Kolaborasi PKBI-Puskesmas dan Reduksi Keterlambatan Mendapatkan Pelayanan (Delay III)

Keterlambatan ketiga dalam Model Tiga Keterlambatan adalah keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai di fasilitas kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun PKBI bukan penyedia layanan medis, perannya dalam memperkuat koordinasi antara kader dan Puskesmas berkontribusi pada penurunan risiko Delay III. Kader yang terlatih mampu memberikan informasi awal yang akurat kepada tenaga kesehatan, sehingga mempercepat proses penanganan kasus kegawatdaruratan.

Temuan ini memperkuat argumen bahwa pengurangan Delay III tidak hanya bergantung pada ketersediaan tenaga medis dan fasilitas, tetapi juga pada kualitas sistem pendukung di tingkat komunitas. Dalam konteks ini, PKBI berfungsi sebagai aktor penghubung (*bridging actor*) yang memperkuat integrasi antara sistem layanan formal dan komunitas, sebuah peran yang sering kali tidak dapat dijalankan secara optimal oleh Puskesmas maupun Pemerintah Desa jika bekerja secara terpisah.

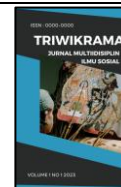
Pendekatan Berbasis Hak dan Determinan Jauh AKI dan AKA

Jika dikaitkan dengan kerangka determinan dekat-antara-jauh, intervensi PKBI melalui TAKENUSA menunjukkan kontribusi yang signifikan pada determinan jauh AKI dan AKA. Edukasi seksualitas komprehensif bagi remaja, pelibatan laki-laki dalam program KB, serta advokasi isu kesehatan perempuan dalam perencanaan desa merupakan upaya strategis untuk mengatasi faktor sosial budaya, ketimpangan gender, dan rendahnya pemberdayaan perempuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Pertiwi (2012) dan Aristia (2011) yang menegaskan bahwa perilaku kesehatan rumah tangga dan dukungan lingkungan sosial memiliki pengaruh signifikan terhadap kematian ibu. Dengan melibatkan laki-laki dan tokoh masyarakat, PKBI berhasil memperluas basis tanggung jawab kesehatan ibu dan anak dari ranah privat perempuan ke ranah sosial dan kolektif.

Revitalisasi Peran LSM dalam Perspektif Tata Kelola Kesehatan Desa

Pembahasan ini juga menunjukkan bahwa revitalisasi peran PKBI tidak dapat dilepaskan dari konteks tata kelola desa. PKBI berperan sebagai fasilitator yang mendorong integrasi isu kesehatan ibu dan anak ke dalam perencanaan dan penganggaran desa. Meskipun belum menghasilkan Peraturan Desa, langkah ini menunjukkan proses awal institusionalisasi isu kesehatan reproduksi dalam kebijakan lokal. Hal ini menguatkan pandangan bahwa penurunan AKI dan AKA memerlukan pendekatan multi-sektor dan kolaboratif, di mana LSM berfungsi sebagai katalis perubahan sosial dan kebijakan.



Secara keseluruhan, pembahasan hasil penelitian ini menegaskan bahwa keberhasilan Proyek TAKENUSA di Desa Ekateta terletak pada kemampuannya bekerja secara simultan pada tiga jenis keterlambatan dalam Model Thaddeus dan Maine. Melalui pendekatan berbasis hak, penguatan kader, dan kolaborasi lintas sektor, PKBI berhasil mengintervensi determinan dekat, antara, dan jauh AKI dan AKA. Temuan ini memperkuat argumen bahwa upaya penurunan kematian ibu dan anak tidak dapat mengandalkan intervensi medis semata, tetapi harus disertai dengan transformasi sosial, penguatan komunitas, dan tata kelola desa yang responsif terhadap hak kesehatan perempuan dan anak.

4. SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kehadiran PKBI melalui Proyek TAKENUSA berperan strategis dalam merevitalisasi upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Anak (AKA) di Desa Ekateta melalui pendekatan berbasis komunitas dan hak kesehatan seksual dan reproduksi. Intervensi PKBI tidak hanya memperluas aktivitas program, tetapi terutama memperdalam dampak dengan mendorong perubahan sosial, meningkatkan literasi dan kesadaran kesehatan reproduksi, serta memperkuat kapasitas Kader Kesehatan Desa sebagai penghubung utama antara masyarakat dan sistem layanan kesehatan formal.

Ditinjau dari Model Tiga Keterlambatan (Three Delays Model), intervensi TAKENUSA terbukti berkontribusi dalam menurunkan keterlambatan pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, mempercepat akses dan rujukan ke fasilitas kesehatan, serta memperkuat koordinasi layanan di tingkat desa. Temuan ini menegaskan bahwa penurunan AKI dan AKA di tingkat desa tidak dapat dicapai melalui pendekatan medis semata, melainkan memerlukan kolaborasi lintas sektor yang mengintegrasikan pemberdayaan sosial, penguatan tata kelola desa, dan peran aktif aktor non-pemerintah seperti PKBI secara berkelanjutan.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan agar Pemerintah Desa Ekateta dan pemangku kepentingan terkait menginstitutionalisasi praktik baik yang telah dibangun melalui Proyek TAKENUSA ke dalam kebijakan dan perencanaan desa, antara lain melalui penguatan alokasi Dana Desa untuk program kesehatan ibu dan anak, pengembangan regulasi desa yang mendukung persalinan aman, pencegahan perkawinan usia anak, serta penguatan sistem rujukan berbasis komunitas. Penguatan kapasitas Kader Kesehatan Desa perlu dilanjutkan secara berkelanjutan melalui pelatihan lanjutan dan koordinasi rutin dengan Puskesmas agar peran kader sebagai ujung tombak pencegahan AKI dan AKA tetap optimal.

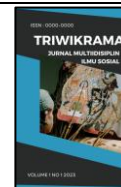
Selain itu, disarankan agar kolaborasi lintas sektor antara Pemerintah Desa, Puskesmas, dan organisasi masyarakat sipil seperti PKBI terus diperkuat dan direplikasi di desa lain dengan karakteristik serupa. Penelitian selanjutnya dapat mengkaji secara kuantitatif dampak jangka panjang intervensi berbasis komunitas terhadap penurunan AKI dan AKA, serta mengeksplorasi faktor keberlanjutan program setelah berakhirnya pendampingan LSM guna memperkaya model intervensi kesehatan ibu dan anak yang kontekstual dan berkelanjutan.

5. DAFTAR PUSTAKA

RI, B. K. D., Lt, G. N. I., & Subroto, J. J. G. ANGKA KEMATIAN IBU: FAKTOR PENYEBAB DAN UPAYA PENANGANANNYA.

*Corresponding author

E-mail addresses: gesingiky@gmail.com



- INDONESIA, R., & Nasional, B. P. P. (2010). Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.
- Aeni, N. (2013). Faktor risiko kematian ibu. *Kesmas*, 7(10), 453-459.
- Pertiwi, L. D., Salamah, M., & Sutikno, S. (2012). Spatial Durbin Model untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kematian ibu di Jawa Timur. *Jurnal Sains dan Seni ITS*, 1(1), D165-D170.
- Sari, A. N. (2016). Analisis Jalur Faktor-faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian Ibu di Jawa Timur. *JMPM: Jurnal Matematika dan Pendidikan Matematika*, 1(2), 119-132.
- Badan Pusat Statistik. (2023). Statistik Indonesia 2023. <https://www.bps.go.id>
- Campbell, O. M. R., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284-1299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1)
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Nusa Tenggara Timur. (2023). Dokumen program TAKENUSA (Tekad Bersama untuk Kesehatan Perempuan Nusa Tenggara Timur). PKBI NTT.
- Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Journal of Global Health*, 4(1), 010401. <https://doi.org/10.7189/jogh.04.010401>.
- Rifkin, S. B. (2018). Community participation in maternal and child health. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 37(14). <https://jhpn.biomedcentral.com>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & 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)
- World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.13>
- World Health Organization. (2015). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.03>